

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Avenants à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005

NOR : SANS0750484X

Sont réputés approuvés, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les avenants n° 17 bis, n° 18, n° 21 et n° 22 publiés ci-dessous, conclus le 7 février 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

A V E N A N T N° 1 7 B I S

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses annexes et avenants,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article unique

A l'annexe 8.13 de la convention nationale, les alinéas 1 à 5 du point 8.13.3 sont remplacés par :

« Au titre de leur participation à une formation agréée FPC, les médecins peuvent prétendre au versement d'une indemnité quotidienne (hors dimanches et jours fériés) pour perte de ressources, sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- exercer sous le régime de la présente convention nationale ;
- suivre intégralement une action de formation agréée dans les conditions définies par la présente convention, et d'une durée :
 - soit égale à une journée entière, entendue comme 7 heures de formation effective hors temps de pause et de repas ;
 - soit au moins égale à deux journées entières consécutives ;
 - soit au moins égale à trois journées entières consécutives ou non, pour un cursus de formation selon les modalités du cahier des charges défini par le CPN FPC. »

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 1 8

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Preamble

Le dispositif du médecin traitant place le médecin généraliste au cœur de l'organisation et de la coordination des soins. Les parties signataires se sont attachées à renforcer les missions du médecin traitant, notamment dans le domaine de la prévention, de la permanence des soins et de la formation professionnelle continue.

La convention nationale prévoit la mise en œuvre d'un dispositif permettant la convergence du médecin traitant et de l'option médecin référent.

A cet effet, les parties signataires souhaitent, par le présent avenant, fixer les modalités de versement d'une indemnité individuelle, proportionnelle et dégressive afin d'assurer cette convergence.

Article 1^{er}

Les dispositions de l'article 1.1.5 « Cas des praticiens ayant adhéré à l'option médecin référent » de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sont remplacées par ce qui suit :

« Les parties signataires ont convenu de la nécessité de réexaminer la situation des options conventionnelles, notamment celle de l'option médecin référent, afin d'assurer sa convergence avec le dispositif du médecin traitant.

Les parties signataires conviennent d'attribuer, en fonction de la situation de chaque médecin référent concerné, une indemnité forfaitaire proportionnelle et dégressive calculée en fonction du nombre de patients adhérents au médecin référent au 12 février 2005 et selon les modalités définies en annexe au présent avenant.

Par ailleurs, les patients qui ont choisi leur médecin référent comme médecin traitant, et leurs ayants droit continuent de bénéficier de la dispense d'avance des frais. »

Article 2

Les dispositions de l'annexe 8-15 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie relatives à l'option conventionnelle du médecin référent sont abrogées, exceptées celles concernant l'application de la dispense d'avance des frais prévues aux articles 5-9 et 5-12 du chapitre 8-15-1 et article 6 du chapitre 8-15-2, maintenues jusqu'au 31 décembre 2009.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A N N E X E

MODALITÉS DE CALCUL DE L'INDEMNISATION INDIVIDUELLE, FORFAITAIRE ET DÉGRESSIVE

I. – *Éléments à prendre en compte dans le calcul*

N0 = nombre de patients adhérents au dispositif du médecin référent au 12 février 2005.

N1 = nombre de patients en ALD, adhérents au dispositif du médecin référent, qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12 février 2006.

N2 = nombre de patients en ALD pour lesquels le médecin n'était pas médecin référent et qui l'ont choisi comme médecin traitant au 12 février 2006.

II. – *Calcul de l'indemnité*

$(N0 \times 45,73 \text{ €}) - 40 \text{ €} (N1 + N2) = Y.$

Si Y est inférieur ou égal à 0 : aucune indemnité n'est due car il n'y a pas perte de ressources.

Si Y est supérieur à 0 : versement d'une indemnité selon les modalités du paragraphe III, du fait de la perte de ressources.

III. – *Modalités de versement*

L'indemnité fera l'objet de versements annuels, au plus tard le 31 décembre de l'année concernée, et sera réglée comme suit :

- en 2007 : $Y \times 1$;
- en 2008 : $Y \times 0,66$;
- en 2009 : $Y \times 0,33$.

A V E N A N T N° 2 1

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes ;

Vu le protocole d'accord signé le 21 décembre 2006 entre les parties signataires à la convention nationale des médecins libéraux relatif aux bénéficiaires de la CMU-C, et notamment son point 4,

Préambule

Les parties conventionnelles réaffirment solennellement leur attachement à l'égalité d'accès aux soins : tous les assurés, quel que soit leur niveau de revenu, doivent pouvoir bénéficier des soins qui leur sont nécessaires.

Les parties conventionnelles rappellent également leur refus de toute discrimination. Les discriminations sont inacceptables et contraires à l'éthique médicale. Elles constatent d'ailleurs que l'immense majorité des professionnels de santé, et notamment des médecins, partagent ces valeurs et soignent chaque jour tous leurs patients sans aucune distinction, si ce n'est celle de leur besoin de soins.

S'appuyant sur les préconisations formulées par le ministre de la santé et des solidarités le 19 décembre 2006 et leur protocole d'accord en date du 21 décembre 2006, les parties conventionnelles ont souhaité décider des mesures à mettre en œuvre dans les meilleurs délais pour répondre aux difficultés rencontrées.

L'UNCAM s'engage à informer les bénéficiaires de la couverture maladie universelle de leurs droits à être soignés en dispense d'avance de frais par l'ensemble des professionnels de santé et des procédures mises en place pour résoudre les difficultés d'accès aux soins et de refus de soins. L'UNCAM s'engage à rappeler à l'ensemble des acteurs ses devoirs, notamment la nécessité de respecter le parcours de soins pour bénéficier de la meilleure prise en charge et de la coordination des soins.

L'assurance maladie s'engage également à accompagner les personnes en situation de précarité et à améliorer l'information donnée aux bénéficiaires de la CMU-C lors d'une nouvelle ouverture de droit ou du renouvellement de leur droit à ces prestations et à inciter à cette occasion les bénéficiaires de ces prestations qui ne l'ont pas encore fait à choisir leur médecin traitant.

Les professionnels qui assurent la dispense d'avance de frais ont droit à un remboursement rapide des soins assurés.

Pour ce faire, l'assurance maladie s'engage à tenir les objectifs fixés par l'Etat dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion en termes de délais tant pour la délivrance des cartes Vitale aux bénéficiaires de la CMU-C que pour le remboursement effectif des soins.

A cet effet, un bilan des délais de remboursement et de délivrance des cartes Vitale sera réalisé par l'assurance maladie, d'ici le 31 mars 2007. Une analyse du processus de renouvellement des droits sera réalisée dans les mêmes délais.

L'UNCAM rappellera aux professionnels de santé les finalités de la couverture maladie universelle et des obligations qui leur incombent en application des textes réglementaires.

Les caisses d'assurance maladie informeront quant à elles les commissions paritaires locales des saisines du conseil de l'ordre qu'elles pourraient être amenées à réaliser en cas de refus de soins.

La situation des assurés dont la caisse de rattachement n'est pas connue sera examinée dans le cadre du groupe de travail sur les simplifications administratives.

Par ailleurs, les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article 1^{er}

A la suite du troisième alinéa de l'article 7.2 de la convention nationale, est ajouté : « Par dérogation, à titre transitoire et au plus tard jusqu'à la fin de la présente convention, lorsqu'à l'occasion d'une consultation auprès d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'avait pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien au titre de la dispense d'avance des frais. »

Article 2

Au premier alinéa de l'article 1.4.4 de la convention nationale, après : « et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient », est ajouté : « et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire ».

Article 3

Le second alinéa de l'article 4.1.3.1 est remplacé par l'alinéa suivant :

« Les médecins ne peuvent facturer de dépassements sur ces actes qu'en cas d'exigence particulière du patient, au sens du point a de l'article 4.3 de la présente convention. »

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A V E N A N T N° 2 2

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-5 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 et publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses annexes et avenants,

Les parties signataires à la convention nationale conviennent de ce qui suit :

Article unique

Conformément à l'article 3 de l'avenant n° 15 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, ont convenu, par le présent avenant de déterminer les modalités de participation des médecins stomatologistes au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et ce conformément, à ce qui est déjà prévu dans le cadre de la convention nationale des chirurgiens-dentistes.

1. *Parties concernées*

Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

Les médecins stomatologistes

Les médecins stomatologistes relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à l'action de prévention.

2. *Contenu du dispositif*

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire...), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir, au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, cotés respectivement par les lettres clés SCM, KC, Z de la NGAP dont le champ est précisé à l'article 1^{er} de l'avenant n° 15 à la convention nationale.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

- La rémunération de l'examen systématique annuel de prévention pour les jeunes âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans est fixée initialement à 25 euros. Elle est versée directement par la caisse d'assurance maladie au médecin stomatologiste.

- Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie(s) intrabuccale(s) rémunérée(s) sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :
 - pour la réalisation de un ou deux clichés : 11 euros ;
 - pour la réalisation de trois ou quatre clichés : 22 euros.

3. Modalités pratiques

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 est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Conformément à l'avenant n° 15, les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou du choix de ses parents, 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.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme 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 médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste 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 trois mois qui suivent cet examen et s'achever dans les six mois suivant la date de début des soins.

En ce qui concerne les soins consécutifs éventuels, dans l'attente de la possibilité de leur télétransmission, la feuille de soins bucco-dentaire habituelle acquittée est adressée directement par le bénéficiaire ou l'assuré dont il dépend à l'organisme d'affiliation en vue du remboursement, sauf dans les cas de dispense d'avance des frais prévus par la loi.

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à permettre la télétransmission de cet examen et des soins consécutifs à partir du 1^{er} janvier 2007.

4. Engagements des parties

Les engagements du médecin stomatologiste

Le médecin stomatologiste s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la convention nationale en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention ;
- 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 :
 - conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire ;
 - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

Les engagements de l'UNCAM

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 annuel et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux médecins stomatologistes ;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes ;

- restituer aux médecins stomatologistes dans le cadre des commissions paritaires locales 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.

5. *Evaluation du dispositif*

Les dispositions générales

Les parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des médecins stomatologistes concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Le contenu des volets de l'évaluation

Les parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. Domaine médical :

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins/nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention ;
- nombre de programmes de soins réalisés/nombre de programme de soins proposés ;
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention ;
- analyse de l'indice CAO.

2. Domaine économique :

- suivi de l'indice CAO ;
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. Domaine social :

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des stomatologistes ;
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible ;
- enquête de satisfaction auprès des stomatologistes ;
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses trois composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

6. *Modalités de suivi par les instances conventionnelles*

Les partenaires conventionnels conviennent d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Le suivi par la commission paritaire nationale

La commission paritaire nationale confie à un comité paritaire de suivi qu'il désigne, le soin de suivre l'application du dispositif, d'en analyser les effets et de proposer d'éventuels aménagements.

Celui-ci coordonne et oriente l'application du dispositif au niveau local.

Les commissions paritaires locales

Les commissions paritaires locales examinent les conditions d'application du dispositif de prévention bucco-dentaire et tiennent informée la commission paritaire nationale.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

NOR : SANX0710194A

Le ministre de la santé et des solidarités,

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

Arrête :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, annexé au présent arrêté, et conclu le 7 février 2007 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 mars 2007.

XAVIER BERTRAND

A V E N A N T N° 2 0

À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 12 JANVIER 2005

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

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005, publiée au *Journal officiel* du 11 février 2005, ses avenants et ses annexes,

Préambule

L'amélioration de la répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire national constitue l'une des priorités des partenaires conventionnels.

A l'heure actuelle et hors DOM, la densité de médecins libéraux par habitant varie d'un rapport de 1 à 2 entre les départements. A court terme, deux facteurs sont susceptibles de renforcer les inégalités territoriales et de pénaliser l'accès aux soins et la permanence des soins : l'accélération des départs en retraite liée à l'arrivée à la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre et l'accroissement des besoins de soins, notamment du fait de l'allongement de la durée de vie et des progrès techniques.

Ainsi, alors que, depuis vingt ans, les effectifs et la densité de médecins se sont régulièrement accrus, cette tendance devrait brutalement s'inverser dans les quelques années à venir, rendant ainsi plus que nécessaire d'améliorer la répartition des médecins, en particulier des omnipraticiens, sur le territoire national, de manière à ne pas générer de nouveaux « déserts médicaux ».

Les missions régionales de santé (MRS), créées par la loi du 13 août 2004, ont défini en 2006 des zones sous-médicalisées pour les médecins généralistes. Ainsi définies à la date d'effet de cet avenant et telles que publiées au recueil des actes administratifs, ces zones dites déficitaires constituent une priorité d'action pour les parties signataires. Y exercent aujourd'hui environ 1 600 médecins généralistes, répartis sur 4 500 communes, correspondant à une population de 2,6 millions d'habitants.

Les partenaires conventionnels considèrent nécessaire, par des mesures structurantes favorisant le regroupement et le recours au remplacement, de privilégier l'implantation des médecins libéraux dans ces zones et de favoriser le maintien de l'activité des médecins qui y sont d'ores et déjà installés. Les parties signataires souhaitent permettre ainsi à chaque médecin de consacrer plus de temps à ses patients, se former, et, de cette manière, contribuer à la qualité des soins délivrés.

Ils disposent, à cet effet, de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui prévoit la possibilité de mettre en place dans ces zones une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité, des modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour favoriser l'exercice regroupé.

A cette fin, ils créent une option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires, dans le cadre de laquelle les honoraires des médecins exerçant dans ces zones en cabinet de groupe pourront être majorés de 20 %.

Cette aide vise à inciter les médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables à :

- s'installer ou exercer en cabinet de groupe ou en maisons médicales pluridisciplinaires. L'exercice regroupé favorise en effet les échanges professionnels, libère du temps pour la formation et la vie personnelle, tout en facilitant la continuité des soins ;
- recourir à des collaborations libérales et des remplacements dans les zones déficitaires, ce qui permet d'alléger la charge de travail et également de s'absenter plus facilement, notamment dans le cadre de la formation médicale continue. En intégrant le statut de collaborateur libéral, les partenaires conventionnels souhaitent également faciliter l'installation de jeunes professionnels dans ces zones.

Compte tenu du caractère évolutif de l'adéquation entre l'offre mesurée en nombre de médecins libéraux installés exerçant en cabinet et les besoins de soins, les partenaires conventionnels décident de limiter l'existence de cette option à la date du 11 février 2010.

Ils mettent en place un observatoire conventionnel de la démographie médicale afin d'évaluer, la portée de ce dispositif conventionnel en terme d'amélioration de l'offre de soins et des conditions d'exercice des médecins exerçant dans ces zones.

Sur la base des travaux issus de l'observatoire, les partenaires conventionnels s'entendront pour envisager une éventuelle prorogation ou adaptation du dispositif.

Les partenaires conviennent de poursuivre leurs réflexions en matière de démographie médicale, notamment en étudiant la possibilité d'octroi de bourses d'études aux étudiants en médecine s'engageant à s'installer dans une zone déficitaire.

Option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Article 1^{er}

Objet et champ de l'option

L'option est proposée aux médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en groupe, dans le secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option de coordination telle que définie à l'article 1.2.3 de la convention nationale, s'installant ou installés dans une zone déficitaire.

Conditions générales d'adhésion

Conditions liées à l'exercice en groupe :

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux médecins généralistes dans les mêmes locaux, installés dans une zone déficitaire et liés entre eux par :

- un contrat ordinal de collaboration libérale ;
- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
- ou par tout autre contrat de société dès lors qu'ils ont également conclu un contrat d'association validé par l'ordre.

Sous la réserve d'un cadre juridique conforme à la définition précisée ci-dessus, sont également concernés par le dispositif les médecins généralistes installés dans un cabinet pluridisciplinaire, que les autres professionnels du regroupement soient médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, ou directeurs de laboratoire, dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exercent dans les mêmes locaux.

Condition d'activité :

Pour adhérer, le médecin généraliste doit justifier par ailleurs d'une activité réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone sous-médicalisée.

Conditions de cumul avec d'autres dispositifs conventionnels

L'adhésion à l'option décrite dans le présent avenant est exclusive de toute adhésion à l'un des deux contrats de bonne pratique relatifs à l'exercice des médecins généralistes en milieu rural et en zones franches urbaines signés le 12 janvier 2005.

Dès lors, si le médecin a en cours une adhésion à l'un de ces contrats, l'adhésion à l'option ne pourra intervenir qu'après sa résiliation auprès de la caisse selon les règles fixées dans chacun des CBP.

Article 2

Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Aide forfaitaire

Cette aide, liée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, est versée sous la forme d'un forfait annuel.

Elle représente 20 % de l'activité (C + V) du professionnel dans la zone.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Son versement intervient dans le courant du premier trimestre de l'année suivante, sous réserve du respect des engagements du praticien adhérent décrits à l'article 3 du présent texte, et de la vérification pour l'année de référence du maintien par le praticien adhérent de la condition d'activité définie ci-dessus.

Suivi personnalisé de l'adhérent

L'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre, par le biais des caisses primaires, un accompagnement individualisé des médecins adhérent à l'option, pour toute la durée de l'adhésion.

Dans cet objectif, l'assurance maladie a développé une démarche d'offre de services aux professionnels s'installant en zones déficitaires par le biais de l'outil carto@santé mis à disposition des professionnels, en ligne concernant l'offre de soins, et directement auprès de la CPAM pour les données relatives à la consommation de soins dans la circonscription.

Il s'agit notamment d'aider les médecins à établir une analyse de la zone où ils souhaitent s'installer et de les accompagner dans les démarches administratives afférentes à leur installation, de les informer sur les maisons médicales, les réseaux, les modalités d'organisation de la permanence des soins existant dans la zone où ils vont exercer. Un autre outil, « instals@nté », qui intègre la nature des aides des collectivités territoriales et permet ainsi d'organiser la rencontre entre ces collectivités et les professionnels de santé, a été mis en ligne dans le courant de l'année 2006.

Le suivi personnalisé du médecin se traduira aussi par l'accueil, le soutien, le conseil et l'aide d'un correspondant identifié au sein de la caisse, dans les diverses démarches liées à cette nouvelle installation et au développement de son activité ; il devra tendre également à faciliter pour le médecin installé la recherche de remplaçants, l'organisation des vacations de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux et ses démarches institutionnelles et administratives.

Article 3

Engagements du médecin généraliste adhérent

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors départ en retraite, ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Dans le cadre de son exercice regroupé, le praticien adhérent assure la continuité des soins aux patients résidant dans la zone.

En contrepartie de l'aide forfaitaire qui lui est allouée, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone déficitaire et les conditions d'exercice du médecin notamment pour ce qui concerne sa charge de travail, le professionnel adhérent s'engage à :

- favoriser le développement de collaborations libérales au sein de son cabinet ;
- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du regroupement, pour répondre à toute demande de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux.

Il participe à la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux telle qu'elle est définie réglementairement.

Le médecin s'engage enfin à participer avec les autres médecins de la zone et l'assurance maladie au projet d'évolution de l'organisation et de la démographie de la zone notamment par la sensibilisation des décideurs locaux sur les problèmes de la zone.

Article 4

Adhésion à l'option

Modalités d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin d'un groupe donné devra accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 1 du présent avenant) qu'il adresse à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe tel que défini dans les conditions générales d'adhésion.

Sans réponse de la caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, dans la limite de la durée de la convention nationale telle que définie au premier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit jusqu'au 11 février 2010.

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse enverra au praticien ayant opté une fiche (modèle en annexe 2 du présent avenant) à lui retourner et dont l'objet sera d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion à l'option sur ses conditions d'exercice.

Rupture d'adhésion

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le non-respect des engagements est constaté après le versement des rémunérations, et hors cas de force majeure (décès...), la caisse peut procéder à une action en récupération des sommes indûment versées selon les procédures en vigueur.

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par la lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse du courrier ; elle remet en cause son droit à l'aide forfaitaire et peut donner lieu à une action en récupération des sommes indûment versées.

Article 5

Evaluation du dispositif optionnel Observatoire conventionnel de la démographie médicale

Les parties signataires conviennent de suivre l'application de cette option pendant toute sa durée qui ne pourra excéder celle de la convention nationale telle que définie au premier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, soit le 11 février 2010. Elles souhaitent en évaluer la portée en termes de maintien et d'amélioration de l'offre de soins dans les zones déficitaires.

Est créé à cet effet un observatoire conventionnel de la démographie médicale qui se réunira au terme de chaque année civile suivant la publication du présent avenant au *Journal officiel*. Cet observatoire est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur général de l'UNCAM et par les présidents des syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires du présent texte.

Au regard des résultats de ces évaluations annuelles, un bilan général sera réalisé dans le courant du premier trimestre 2009 qui permettra aux partenaires conventionnels de décider des éventuelles mesures d'ajustement du dispositif, si les effets du présent avenant s'avéraient insuffisants, en appliquant des mesures de régulation complémentaires, le cas échéant financières, notamment dans les zones médicalement très surdotées, aux médecins conventionnés qui s'installeraient dans ces zones.

Fait à Paris, le 7 février 2007.

Pour l'UNCAM :
F. VAN ROEKEGHEM,
directeur général

Au titre des médecins généralistes :

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

Au titre des spécialistes :

Pour Alliance :

F. BENOUAICH,
président

Pour la CSMF :

M. CHASSANG,
président

Pour le SML :

D. CABRERA,
président

A N N E X E 1

MODÈLE DE FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'OPTION CONVENTIONNELLE DESTINÉE À FAVORISER L'INSTALLATION ET LE MAINTIEN DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN ZONES DÉFICITAIRES

Adhésion à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal, qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du médecin :

« Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

N° d'identification :

Adresse du lieu d'exercice principal :

Secteur conventionnel :

Secteur 1.

Secteur 2 option de coordination.

Exercice en groupe formalisé selon le mode :

(copie du ou des contrat[s] à annexer au formulaire)

– contrat de collaboration libérale ;

– SEL ;

– SCP ;

– autre contrat de société et contrat d'association,

déclare adhérer à l'option conventionnelle destinée à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins libéraux, publié au *Journal officiel* du 28 mars 2007. »

Cachet du médecin

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la caisse :

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée :

Motif :

Cachet de la caisse

Date

A N N E X E 2

MODÈLE DE FICHE ÉVALUATIVE

Partie préremplie par la caisse

Année évaluée : 2...

Identification du médecin signataire du contrat :

Nom :

Prénom :

N° d'identification :

Date d'adhésion :

Exercice en groupe :

– nombre de généralistes exerçant dans le groupe :

Précisez les modifications du cadre juridique de l'exercice survenues durant l'année (arrivée ou départ d'un associé, d'un collaborateur libéral, nouveau statut juridique) :

Outil informatique :

– nombre d'ordinateurs au cabinet :

– connexion haut débit : oui non

– dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements dans ce domaine effectués durant l'année (achat matériel ou service, connexion haut débit) :

Accueil, secrétariat :

– nombre de personnes salariées du cabinet :

– conjoint collaborateur :

Précisez les évolutions du cabinet dans ce domaine durant l'année (engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux) :

Sur l'année :

– nombre de jours de remplacement contractualisés :

– nombre des vacances, au sein du cabinet, de médecins spécialistes :

Participation à des réseaux de soins :