



Ministère des solidarités et de la santé

Ministère des solidarités et de la santé
Direction générale de l'offre de soins
Sous-direction
Personne chargée du dossier : Eve Robert
Cheffe de projet Accès aux soins
Mél. : eve.robert(a)sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des Agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/DIR/2019/XX du 30 janvier 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires ».

Date d'application : immédiate
Classement thématique : profession de santé

Validée par le CNP le 1^{er} février 2019 - Visa CNP 2019-07
Visée par le SGMCAS le 1^{er} février 2019

Publiée au BO : non
Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

Résumé : mise en œuvre de la mesure « 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires ».
Mots-clés : médecins généralistes – médecins salariés – assistants partagés ville/hôpital en médecine générale - post-DES - crédits MERRI – crédits FIR – Ma Santé 2022– STSS- territoires fragiles- QPV-centres de santé-
Textes de référence : Instruction DGOS/RH1/2018 sur les 300 postes d'assistants spécialistes à exercice mixte ville-hôpital
Diffusion : Les agences régionales de santé

Le 18 septembre 2018, le Président de la République s'est engagé à ce que « 400 postes supplémentaires de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital puissent être financés et envoyés dans les territoires prioritaires, salariés par le centre hospitalier de proximité ou un centre de santé pour y proposer des consultations ».

Cette mesure a pour objectif d'apporter une réponse immédiate aux problèmes d'accès aux soins que connaissent certains territoires. En effet, les tensions s'accroissent aujourd'hui en matière de démographie médicale alors que les réformes plus structurelles conduites dans le cadre du plan d'accès aux soins ou de la stratégie « Ma Santé 2022 » ne pourront pleinement porter leurs fruits qu'à horizon d'un ou deux ans. Il convient donc de veiller au déploiement rapide de cette mesure prioritaire.

Cette mesure se déclinera en deux volets complémentaires : elle reposera, d'une part (« le volet 1 »), sur le déploiement de postes de jeunes médecins généralistes à exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et un exercice ambulatoire (dans un cadre libéral ou salarié) et, d'autre part (« le volet 2 »), sur un soutien financier apporté à des acteurs susceptibles de proposer des postes de médecins généralistes salariés dans les territoires prioritaires.

Les structures ambulatoires d'accueil du volet 1 et les postes créés dans le cadre du volet 2 devront se situer dans des zones sous-denses au sens du 1° de l'article L 1434-4 du code de la santé publique (c'est-à-dire des zones d'intervention prioritaire ou des zones d'actions complémentaires) ou dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Cette déclinaison en deux volets distincts doit permettre de toucher un vivier de recrutement le plus large possible, et de répondre aux besoins de territoires aux caractéristiques et aux dynamiques différentes.

La présente instruction détaille les modalités d'application de cette mesure, ainsi que la préparation régionale des postes et des financements pour chacun des deux volets.

I – Le volet 1 : des postes de jeunes médecins généralistes à exercice partagé ville / hôpital

a) Principe

Ce premier volet permet le recrutement, pour deux ans, d'au minimum 200 postes de médecins généralistes, sur des postes mixtes combinant un exercice hospitalier à temps partiel et un exercice ambulatoire (en libéral ou en salariat).

Ce dispositif vise à favoriser la mixité d'exercice et à améliorer le lien entre la ville et l'hôpital de manière concrète. Il offre un élargissement des dispositifs offerts aux jeunes médecins généralistes, qui doit leur permettre, à l'issue de leurs études, d'appréhender plusieurs formes d'exercice dans un cadre souple et sécurisant. Il est susceptible de contribuer à ce titre à renforcer l'attractivité de l'exercice ambulatoire dans les zones sous-denses.

b) Organisation du temps partagé

L'exercice hospitalier peut être réalisé dans des établissements de santé de toute nature. Dans les établissements de santé publics, il est réalisé sous le statut de praticien contractuel à temps partiel. Les établissements de santé privés peuvent, dans ce cadre, bénéficier de financements équivalents à ceux des établissements publics.

Les structures ambulatoires d'accueil, situées obligatoirement en zones sous-denses ou quartiers politique de la ville (QPV)¹ peuvent être, quant à elles, des cabinets libéraux, des maisons de santé et des centres de santé.

¹ Il s'agit des zones d'intervention prioritaire, des zones d'action complémentaires ainsi que des quartiers politique de la ville, même lorsque ceux-ci ne sont pas classés en zone sous-dense au sens du code de la santé publique.

La répartition des activités entre le temps hospitalier et celui ambulatoire s'effectuera à hauteur de quatre, cinq ou six demi-journées hebdomadaires selon le projet de chaque candidat et des structures qui l'accueillent. Ainsi le jeune médecin pourra choisir d'effectuer 40%, 50% ou 60% de son activité professionnelle à l'hôpital et consacrer le reste de son temps à l'exercice ambulatoire.

Il est également possible de proposer, dans le cadre de ce dispositif, des postes partagés entre une structure ambulatoire et un établissement social ou médico-social (notamment au sein d'un EHPAD en tant que médecin coordinateur), voire une PMI ; dans ce cas de figure toutefois, il ne sera pas attribué de financement spécifique.

c) Conditions d'accès, statut et modalités d'indemnisation

Le dispositif s'adresse à tous les médecins ayant validé leur diplôme d'études spécialisées de médecine générale (DES) et ayant soutenu leur thèse mais cible prioritairement les jeunes médecins à la sortie de leur cursus de troisième cycle en novembre 2019.

Contrairement aux assistants spécialistes déployés en 2018², les médecins généralistes ne seront recrutés par les établissements de santé que pour une partie de leurs activités et de leur temps de travail. L'exercice ambulatoire devra être effectué non pas sous la forme de consultations avancées mais en exercice libéral ou comme salarié d'un centre de santé.

Vous trouverez, en annexe de la présente instruction, un récapitulatif des modes d'exercice possibles pour réaliser l'exercice ambulatoire dans le cadre de ce dispositif ainsi que leurs implications. Vous veillerez à proposer un accompagnement particulier aux bénéficiaires de ce dispositif dans le choix du statut approprié et la réalisation des démarches administratives associées.

d) Mise en œuvre

Vous pouvez, dès à présent, identifier les établissements de santé et les structures ambulatoires de votre territoire (situées en zones sous denses au sens du 1° de l'article L 1434-4 du code de la santé publique) susceptibles de proposer de tels postes en partenariat. Les agences régionales de santé sont responsables, en lien avec les doyens des facultés de médecine et leurs départements de médecine générale, de sélectionner les projets les plus pertinents, notamment ceux qui présentent un intérêt réel du point de vue de l'accès territorial aux soins.

Le projet dans lequel le jeune professionnel s'inscrira devra faire l'objet d'une attention particulière, afin de garantir sa bonne intégration au sein des deux équipes et, autant que possible, la complémentarité de ses deux formes d'exercice. Une convention établie entre les parties concernées décrira ce projet et organisera les dimensions opérationnelles du partenariat.

Dès le printemps 2019, vous pourrez organiser la promotion de ces postes auprès des internes effectuant leur dernière année de DES de médecine générale sur votre territoire, en vous appuyant notamment sur les doyens de faculté départements de médecine générale et, dans la perspective d'une prise de poste à la rentrée universitaire de septembre 2019. Ces postes pourront notamment être proposés aux signataires du contrat d'engagement de service public (CESP) : ils alors comptabilisés comme honorant leur engagement au titre de ce contrat pour une durée pro-ratisée au temps consacré à leur activité ambulatoire en zone sous-dense (40, 50 ou 60% de leur exercice professionnel).

La répartition régionale de ces postes à exercice mixte figure en annexe de la présente instruction.

e) Financement et répartition des postes

Ce premier volet sera financé en MERRI des établissements de santé publics, au pro-rata du temps de travail hospitalier réalisé par le jeune médecin (financement des postes en référence au

² *Instruction n° DGOS/RH1/2018/158 du 27 janvier 2018 relative à la répartition régionale des postes d'assistants spécialistes à temps partagé pour la période 2018-2020*

coût moyen d'un praticien contractuel recruté à temps partiel à 50% au 2^{ème} échelon). Les établissements de santé privés toucheront un financement équivalent.

Pour la partie libérale, le professionnel réalisera une activité facturée directement à l'assurance maladie, soit directement en son nom, soit par le médecin dont il est assistant ou par le centre de santé qui l'emploie (cf tableau en annexe 1).

II – Le volet 2 : des postes de médecins généralistes salariés

a) Principe

Le second volet de la mesure consiste à soutenir la création de postes de médecins généralistes salariés en apportant à leurs employeurs potentiels une garantie financière pendant leurs deux premières années, période qui correspond au temps de constitution de la patientèle.

Ce dispositif vise à implanter ou réimplanter une offre médicale dans les territoires les plus en difficulté en misant sur l'attractivité croissante des postes salariés auprès, notamment, des jeunes médecins. Il constitue un nouveau levier, complémentaire des actions déjà entreprises en région, pour parvenir à doubler les structures d'exercice coordonné d'ici la fin du quinquennat.

b) Ciblage des territoires

Le dispositif est réservé aux zones sous-denses au sens du 1° de l'article L 1434-4 du code de la santé publique (c'est-à-dire des zones d'intervention prioritaire ou des zones d'actions complémentaires) ainsi qu'aux quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

Au sein de ces zones il devra être ciblé sur les territoires disposant d'une offre de médecine générale insuffisante par rapport à leurs besoins et dans lesquels aucun projet ou initiative de nature à répondre à ces difficultés à court ou moyen terme n'a pu être identifiée. Cette situation sera objectivée par un constat de carence, partagé avec vos partenaires, notamment les élus, les établissements de santé, l'assurance maladie, les médecins installés sur le territoire ou à proximité immédiate, ainsi que le Conseil départemental de l'ordre des médecins, l'URPS et les représentants des centres de santé.

c) Identification des porteurs de projets

Pour identifier les acteurs susceptibles de proposer des postes de médecins généralistes salariés, vous pourrez procéder par le biais d'appels à projets régionaux ou départementaux formalisés et/ou à une identification et à une sélection au fil de l'eau, selon ce qui vous semblera le plus propice à un déploiement rapide de la mesure.

Trois types d'employeurs sont éligibles à ce dispositif :

- D'une part, toute personne morale autorisée à gérer un centre de santé selon les termes de l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux centres de santé³, c'est-à-dire des organismes à but non lucratif – tels que des associations ou des mutuelles –, des collectivités territoriales ou EPCI, des établissements publics ou privés de santé, ou encore des sociétés coopératives d'intérêt collectif.

Le dispositif pourra alors permettre la création *ex nihilo* d'un centre de santé, dans les conditions prévues par ladite ordonnance. Si le guide relatif aux centres de santé⁴ rappelle qu'en principe un centre de santé compte plusieurs professionnels de santé, il souligne également la possibilité de déroger à ce principe et d'envisager la création d'une structure ne comportant qu'un seul professionnel de santé, ici un médecin, « dans les zones connaissant des difficultés démographie

³ Art. L. 6323-1-3 du Code de la santé publique

⁴ Direction générale de l'offre de soins – *Guide relatif aux centres de santé* - https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_centres_sante.pdf_19-07.pdf

médicale ». Ce cas de dérogation s'applique pleinement dans le cadre du présent dispositif qui, précisément, ne concerne que les zones sous-denses et les QPV en situation de carence⁵.

Le dispositif pourra également permettre la création d'un ou plusieurs nouveaux postes de médecins généralistes dans un centre de santé existant, que celui-ci soit implanté dans une zone sous-dense ou qu'il choisisse à cette occasion d'y implanter une antenne⁶. Les projets de recrutement de médecins généralistes au sein de centres de santé infirmiers ou dentaires y sont naturellement éligibles.

- D'autre part, des établissements de santé qui s'engageraient à recruter à cette occasion un médecin généraliste affecté à un exercice strictement ambulatoire, sans que cela ne s'inscrive nécessairement dans la création à court ou moyen terme d'un centre de santé.
- Enfin, tout médecin libéral s'engageant à salarier directement un médecin généraliste dans le cadre d'un contrat de collaboration salariée⁷.

d) Conditions d'accès au dispositif

Vous veillerez à ce que ces créations de postes :

- constituent pour les porteurs de projets des postes nouveaux et s'inscrivent dans un projet de santé, présenté à l'appui de leur candidature ;
- permettent le recrutement de médecins à temps complet ou à temps partiel pour une quotité de temps de travail supérieure à 50% ;
- permettent le recrutement de médecins non encore installés (fin de cursus de DES de médecine générale, médecins remplaçants) ou installés précédemment dans une zone n'étant pas considérée comme sous-dense.

e) Garantie financière et accompagnement

Les porteurs de projets sélectionnés par l'ARS bénéficieront dès l'embauche du médecin généraliste et pour une durée de deux ans d'une garantie de ressources calculée pour couvrir l'éventuel déséquilibre entre son coût salarial total et le montant total généré par les actes qu'il réalise. Le mode de calcul de cette garantie, détaillé en annexe, est précisé dans une convention établie avec l'ARS.

Vous noterez que le coût salarial utilisé pour ce calcul constitue seulement un plafond pour le versement par l'ARS de la garantie de coût salarial. Les employeurs peuvent, s'ils le souhaitent, proposer des salaires supérieurs ou les assortir d'avantages en nature si cela leur semble nécessaire à l'attractivité du poste.

La convention précise les objectifs fixés à la structure en termes de développement ou de modes d'organisation. Ces objectifs feront l'objet d'un accompagnement proposé par l'ARS. Il pourra notamment s'agir de toute mesure favorisant la pérennité du recrutement du médecin généraliste et notamment :

- du recrutement d'un second médecin, lorsque la structure n'en comptait pas antérieurement parmi ses effectifs, afin d'éviter l'isolement du médecin recruté dans le cadre du dispositif ; *a minima*, si le centre de santé a été créé avec seulement un médecin, il convient d'envisager le recrutement rapide d'un autre professionnel de santé⁸.

⁵ Comme indiqué dans le guide précité, dans de telles circonstances, lorsque le centre prévoit le recrutement d'un seul médecin à sa création, l'accompagnement des ARS pourra être particulièrement utile.

⁶ Cf. notamment les art. L. 6323-1-11 et D. 6323-1 du Code de la santé publique.

⁷ En revanche, les médecins salariés d'une société d'exercice (SEL, SCM) sont considérés comme des libéraux au regard de la convention médicale, à laquelle ils adhèrent en leur nom propre. Ils sont, à ce titre, éligibles au dispositif PTMG. Il n'est donc pas possible d'ouvrir aux SEL ou SCM le bénéfice de cette garantie financière.

⁸ Le *Guide relatif aux centres de santé* prévoit que lorsque le gestionnaire ouvre le centre de santé avec un seul professionnel de santé, les ARS « pourront (...) contractualiser avec le centre pour envisager un accompagnement pour

- de l'inscription dans un projet pluri-professionnel, à l'échelle de la structure elle-même (centre de santé polyvalent) ou du territoire (participation à une CPTS) ;
- de l'agrément du médecin comme maître de stage universitaire.

f) Répartition des postes

Les postes seront financés par les crédits issus du Fonds d'intervention régional (FIR) pour 2019. Il vous est loisible de proposer, si vous le souhaitez, un nombre de postes plus important que l'objectif fixé par la présente instruction, puisque la dotation FIR correspondante sera globalisée pour un ensemble de mesures relatives aux priorités gouvernementales en matière d'accès aux soins.

Le paiement de la garantie aux bénéficiaires du dispositif sera assuré par les caisses d'assurance maladie. Les ARS devront leur transmettre les ordres de paiement. Elles seront responsables du respect des engagements, mais pourront compter sur la collaboration des caisses d'assurance maladie pour procéder à d'éventuels contrôles. Des instructions complémentaires sur ce circuit seront diffusés ultérieurement au réseau de l'Assurance maladie et aux ARS.

III - Les modalités de suivi, d'évaluation et de communication

Une campagne de communication sera organisée pour promouvoir le dispositif au mois de mars 2019. Des supports adaptables régionalement vous seront adressés à cette occasion et pourront être relayés localement, en particulier auprès des doyens de faculté, des départements de médecine générale, des représentants des jeunes médecins et étudiants.

Lorsqu'aucun candidat n'aura été pré-identifié par le gestionnaire, les offres d'emploi proposées dans le cadre du volet 2 feront l'objet d'une promotion nationale.

La mise en œuvre de cette mesure fera l'objet d'un suivi dans le cadre du Plan d'accès aux soins (échanges téléphoniques de janvier et de mars, Sharepoint Accès aux soins, etc.). La cheffe de projet Accès aux soins de la DGOS se tient à votre disposition pour répondre à vos demandes. Je vous invite à lui faire part des éventuelles difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente instruction. Un bilan global, quantitatif et qualitatif, du dispositif, sera réalisé à l'automne.

Pour la ministre et par délégation

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales

vu au titre du CNP

Annexe 1 : Statuts possibles pour la réalisation de l'exercice ambulatoire des médecins généralistes à temps partagé

Mode d'exercice ambulatoire du médecin	cadre juridique	situation au regard de l'assurance maladie	Implications / commentaires
installation libérale	article 91 du code de déontologie – contrat d'association ⁹		Le médecin exerce en tant que libéral conventionné en propre et facture donc lui-même ses actes. Il bénéficie de l'ensemble des avantages conventionnels (participation à la prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1, ROSP, forfait structure, forfait patientèle etc.).
collaboration libérale	article 87 du code de déontologie - médecin collaborateur ¹⁰	adhésion individuelle à la convention médicale* (article 30)	<p>S'il est installé dans une zone d'intervention prioritaire et qu'il y exerce au moins 2 jours et demi par semaine, il est éligible au contrat démographie d'aide à l'installation (CAIM). Celui-ci est pro-ratisé (en fonction du temps d'activité en libéral). S'il est installé dans une zone d'intervention complémentaire, il est éligible au contrat PTMG, également pro-ratisé en fonction du temps d'activité.</p> <p>En revanche, bénéficiaire de ces différents avantages pendant ces deux années d'exercice à temps partagée (aide démographie et PTMG) implique d'y renoncer pour l'avenir.</p> <p>Ainsi, si le jeune médecin décide d'opter pour un exercice libéral à l'issue de ses deux années d'exercice à temps partagé, il ne sera plus éligible au CAIM, dont il n'est possible de bénéficier qu'une seule fois, ni au PTMG, dont on ne peut bénéficier que pendant deux ans maximum. S'il exerce en zone d'intervention prioritaire, il pourra toutefois être éligible au contrat démographie pour le maintien en zone sous dense-COSCOM.</p>
Médecin assistant	article 88 du code de déontologie - assistant ¹¹	pas d'adhésion à la convention médicale* (article 35)	Le médecin assistant exerce sous la responsabilité d'un autre médecin et n'est pas conventionné en propre. La facturation de ses actes à l'assurance maladie s'effectue sous le numéro de facturation du médecin assisté. Le médecin assistant perçoit une rétrocession des honoraires perçus par le médecin installé.

⁹ « Toute association ou société entre médecins en vue de l'exercice de la profession doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux ».

¹⁰ « Il est interdit à un médecin d'employer pour son compte, dans l'exercice de sa profession, un autre médecin ou un étudiant en médecine. Toutefois, le médecin peut être assisté en cas d'afflux exceptionnel de population dans une région déterminée. Dans cette éventualité, si l'assistant est un docteur en médecine, l'autorisation fait l'objet d'une décision du conseil départemental de l'ordre.. »

¹¹ « Par dérogation au premier alinéa de l'article 87, le médecin peut être assisté dans son exercice par un autre médecin **en cas de circonstances exceptionnelles**, notamment d'épidémie, ou lorsque, momentanément, son état de santé le justifie. L'autorisation est accordée à titre exceptionnel par le conseil départemental pour une durée limitée à trois mois, éventuellement renouvelable. »

			<p>Ce type d'exercice est soumis à l'autorisation du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins. L'autorisation est accordée pour une période de trois mois renouvelable¹².</p> <p>Ce statut ne correspond pas à une première installation : le médecin assistant n'est donc pas éligible aux dispositifs d'aide à l'installation tels que le CAIM ou le contrat PTMG.</p> <p>Il en préserve en revanche le bénéficiaire pour l'avenir. Ainsi, s'il opte pour l'installation en libéral dans une zone sous-dense à l'issue de ses deux années d'exercice partagé, il pourra être éligible au CAIM et/ou au PTMG.</p>
salarié d'un centre de santé	<p><u>L.6323-1-5 CSP</u>¹³</p> <p><u>déontologie</u> <u>exercice de la</u> <u>médecine salariée</u></p> <p>Code du travail</p>	accord national avec les centres de santé ¹⁴	<p>C'est le centre de santé qui facture les actes à l'Assurance maladie. C'est également lui qui perçoit les rémunérations forfaitaires (forfait patientèle, ROSP...) et les éventuels contrats démographiques, selon les modalités spécifiques prévues pour les centres de santé.¹⁵</p> <p>Le médecin est salarié (à temps partiel) et bénéficie de l'ensemble des avantages associés à ce statut (affiliation au régime général de sécurité sociale, congés payés, etc.).</p> <p>Une installation en libéral à l'issue des deux années en exercice partagé sera considérée comme une première installation et pourra donc ouvrir droit aux dispositifs d'aide à l'installation (CAIM et/ou PTMG).</p>

¹² Le silence gardé pendant deux mois par le conseil départemental sur la demande d'autorisation ou de renouvellement vaut décision d'acceptation.

¹³ « Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés. »

¹⁴ <https://www.ameli.fr/centre-de-sante/textes-referance/accord-national/accord-national-centres-sante>

¹⁵ Voir l'avenant n° 1 à l'accord national des centres de santé, publié au Journal officiel du 17 novembre 2017.

Annexe 2 : Modèle économique de l'aide financière du volet 2

Le volet 2 prévoit un soutien financier aux centres de santé, durant deux ans, financé sur le Fonds d'intervention régional (FIR) pour 2019. Ce soutien financier repose sur une garantie de coût salarial (1), et pourra être complété au cas par cas par une aide forfaitaire au démarrage (2).

1. Une garantie de coût salarial

La garantie de coût salarial a pour objet de couvrir tout ou partie du déséquilibre entre le coût salarial total du médecin généraliste et le produit pour l'employeur des actes réalisés par ce dernier et tarifés à l'Assurance-maladie.

Les variables proposées dans le calcul de cette garantie s'inspirent du dispositif PTMG proposé aux médecins libéraux en médecine générale, afin de garantir une équité entre ces deux modes d'exercice.

▪ Seuil de déclenchement de la garantie

La garantie ne peut se déclencher qu'au-delà d'un nombre minimal d'actes réalisé par le médecin. Le seuil de déclenchement est fixé :

- A 100 consultations par mois en moyenne sur les 3 premiers mois
- A 165 consultations par mois à partir du 4^e mois.

Exemple 1 :

Le médecin effectue 80 consultations le premier mois, 100 le 2^e et 130 le 3^e mois : $M1 = 80 / M2 = 100 / M3 = 130$ soit une moyenne de 104 consultations par mois puis 165 consultations le 4^e mois $M4 = 165$. La structure est éligible à la garantie de coût salarial pour cette période.

Exemple 1 bis :

Le médecin effectue 70 consultations le premiers mois, 80 le 2^e et 110 le 3^e mois : $M1 = 70 / M2 = 80 / M3 = 110$ soit une moyenne de 87 consultations par mois. La structure n'est pas éligible à la garantie de coût salarial pour cette période.

Exemple 1 ter :

Le médecin effectue 110 consultations en moyenne les trois premiers mois ($M1 = 90 / M2 = 110 / M3 = 130$) puis 150 le 4^e mois, 175 le 5^e mois et 200 le 6^e mois ($M4 = 150 / M5 = 175 / M6 = 200$). La structure est éligible à la garantie d'affaires pour le 1^{er} trimestre, pour le 5^e et 6^e mois mais non pour le 4^e mois. Au deuxième trimestre, il recevra une garantie prenant en compte uniquement les deux derniers mois.

▪ Calcul de la garantie

La garantie est différentielle : elle est égale à la différence entre le montant forfaitaire mensuel garanti par l'ARS (coût salarial chargé (toutes charges comprises) d'un équivalent temps plein de médecin généraliste) et la valeur des actes réalisés par ce médecin au tarif conventionnel facturés à l'Assurance maladie¹⁶.

Garantie = montant forfaitaire garanti – nombre de consultations x 25 (valeur de la consultation en médecine générale hors majorations)

¹⁶ Par souci de simplicité, le modèle de calcul approche la valeur des actes réalisés par un nombre d'actes multiplié par le tarif de la consultation de médecine générale. Il ne tient donc pas compte des éventuelles majorations de la valeur de l'acte (consultations longues ou complexes).

Dans sa convention avec l'ARS, l'employeur s'engage à fournir tous les trimestres les données utiles au calcul de la garantie financière (nombre d'actes réalisés chaque mois par le médecin ou les médecins salarié dans le cadre de la convention), issues de son logiciel métier et/ou certifiées par une déclaration sur l'honneur.

- **Plafonnement de la garantie**

Le coût salarial maximal pouvant être garanti par l'ARS est de 9 070 euros par mois : il correspond au montant garanti du PTMG (6 900 € bruts), une fois prises en compte les charges patronales, hors allègements de charges dits « Teulade ».

Exemple : Plafonnement de la garantie

Le médecin généraliste a effectué 250 consultations au cours du mois. Il s'agit de consultations simples, tarifées à 25 euros par acte.

L'ARS prend en charge la différence entre le coût salarial plafond garanti par le dispositif – soit 9 070 Euros par mois, et la valeur des actes.

Garantie = 9 070 euros – 6 250 (250 x 25) = 2 820 euros versés à l'employeur

Le médecin généraliste a effectué 400 consultations au cours du mois.

Garantie = 9 070 euros – 10000 (400 x 25) = 0 euro versé à l'employeur

- **Prise en compte des situations de congé maternité/paternité :**

Lorsque le contrat de travail, l'accord d'entreprise ou la convention collective prévoit le maintien intégral du salaire pendant le congé maternité / paternité du médecin, l'ARS prend en charge la somme à la charge directe de l'employeur, c'est-à-dire la différence entre le salaire toutes charges comprises du salarié et les indemnités journalières qu'il perçoit pendant cette période.

Exemple

La médecin salariée ayant un coût salarial toutes charges comprises de 8 350 euros, perçoit des indemnités journalières de 80,23 euros/jour. La sécurité sociale lui verse donc 2 407 euros (80,23 x 30).

L'ARS prend en charge la différence entre le salaire toutes charges comprises et les IJ mensuelles :

8 350 – 2407 = 5943 euros mensuels versés à l'employeur.

- **Modulation de la garantie au prorata du temps de travail :**

Lorsque le médecin est recruté à temps partiel, l'ensemble des variables de la garantie (seuil de consultations, plafond de la garantie) sont proratisées en fonction de son temps de travail.

Exemple

Cas d'un médecin à temps partiel (75%)

Le seuil minimal de consultations à atteindre pour être éligibles est de :

- *100 x 0,75 : 75 consultations en moyenne par mois les trois premiers mois*
- *165 x 0,75 : 120 consultations par mois à partir du 4^e mois.*

Le plafond de la garantie est de 9 070 x 0,75 : 6 800 Euros par mois.

Pour 200 consultations : Garantie = 6800 euros – 5000 (200 x 25) = 1800 euros versés à l'employeur

▪ **Adaptation en Outre-mer**

Dans les DROM, les consultations de médecine générale sont différemment tarifées, à **29,60** euros, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à la Réunion.

La garantie prend, dans ce cas, en compte la valorisation plus importante des actes en appliquant une majoration de son plafond en fonction du coefficient géographique. Elle est alors plus élevée.

La garantie maximale sera :

- Guadeloupe, Martinique : +27% soit $9\,070 \times 1,27 = 11\,520$ euros
- Guyane : +29% soit $9\,070 \times 1,29 = 11\,700$
- Réunion : +31% soit $9\,070 \times 1,31 = 11\,880$

(Montant forfaitaire garanti) x coefficient géographique (x1,27/1,29/1,31) – nombre de consultations x tarification de l'acte à l'unité (29,60 euros)

Exemple : médecin à temps plein en Guyane

Il effectue 250 consultations par mois tarifés à 29,60 euros par acte.

11700 (9070 x 1,29) – 7400 (250 x 29,60) = 4300 euros versés à l'employeur.

Elle est calculée sur une base mensuelle, mais versée chaque trimestre.

▪ **Cumul avec les aides conventionnelles**

Cette garantie est compatible avec les contrats démographiques conventionnels définis dans l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé (contrat d'aide à l'installation, contrat de stabilisation et de coordination notamment) et à la convention nationale des médecins pour un médecin en collaboration salarié avec un médecin libéral.

2. **Une aide forfaitaire au démarrage**

En complément de la garantie de coût salarial, les ARS pourront apporter une aide forfaitaire la première année, afin de prendre en compte les dépenses d'équipement (matériel médical, SI), les aménagements immobiliers occasionnés, pour l'employeur, par ce nouveau recrutement ou encore les éventuelles prestations d'accompagnement au changement, notamment pour les centres monoprofessionnels devenant pluri professionnels. Le montant sera déterminé au cas par cas en fonction des dépenses prévisionnelles dont feront état les porteurs de projets candidats. Cette aide forfaitaire n'est, elle, pas cumulable avec les contrats démographiques conventionnels définis dans l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé et à la convention nationale des médecins.

Annexe 3 : répartition des postes du volet 1

La répartition des postes de médecins généralistes à exercice partagé ville-hôpital s'est effectuée selon trois critères :

- Nombre de postes de médecins généralistes pourvus dans la région à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) de 2015 à 2017
- Part de la population régionale résidant dans les zones dites prioritaires (où l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est inférieur à 2,5 Cs/an/hab.)
- Densité de médecins généralistes en activité ayant une activité principale en ambulatoire dans la région (cabinet individuel ou de groupe, centre de santé ou PMI) au 1^{er} janvier 2018.

Région	Répartition
Ile-de-France	27
Centre-Val-de-Loire	13
Bourgogne-Franche-Comté	13
Normandie	14
Hauts-de-France	17
Grand-Est	20
Pays-de-la-Loire	14
Bretagne	14
Nouvelle-Aquitaine	17
Occitanie	14
Auvergne-Rhône-Alpes	20
Provence-Alpes-Côte-D'azur	12
Corse	5
Total	200

Ces chiffres constituent pour chaque région un minimum. Des candidatures supplémentaires pourront être examinées et financées le cas échéant par des redéploiements ou un réajustement des dotations MERRI.