



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF



# WEBINAIRE CENTRES DE SANTÉ FRANCILIENS

Île-de-France – Mardi 18 octobre 2022

DCGDR Île-de-France  
ARS Île-de-France

**01** > à destination de tous les CDS

**AVENANT 4 À L'ACCORD NATIONAL : QUELS CHANGEMENTS ET NOUVEAUTÉS ?**

**02** > à destination des CDS polyvalents et médicaux

**SÉGUR DU NUMÉRIQUE DES CDS**



# 01

## AVENANT 4 À L'ACCORD NATIONAL : QUELS CHANGEMENTS ET NOUVEAUTÉS ?

> à destination de tous les CDS



# L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ

L'Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a été signé le 8 juillet 2015 par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie pour 5 ans.

Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

Il a été complété par :

- un avenant n°1 publié au JO du 17 novembre 2017
- un avenant n°2 publié au JO du 5 juillet 2019
- un avenant n°3 publié au JO du 3 septembre 2020
- un avenant n°4 réputé approuvé au 21 juin 2022 (JO du 5 octobre)

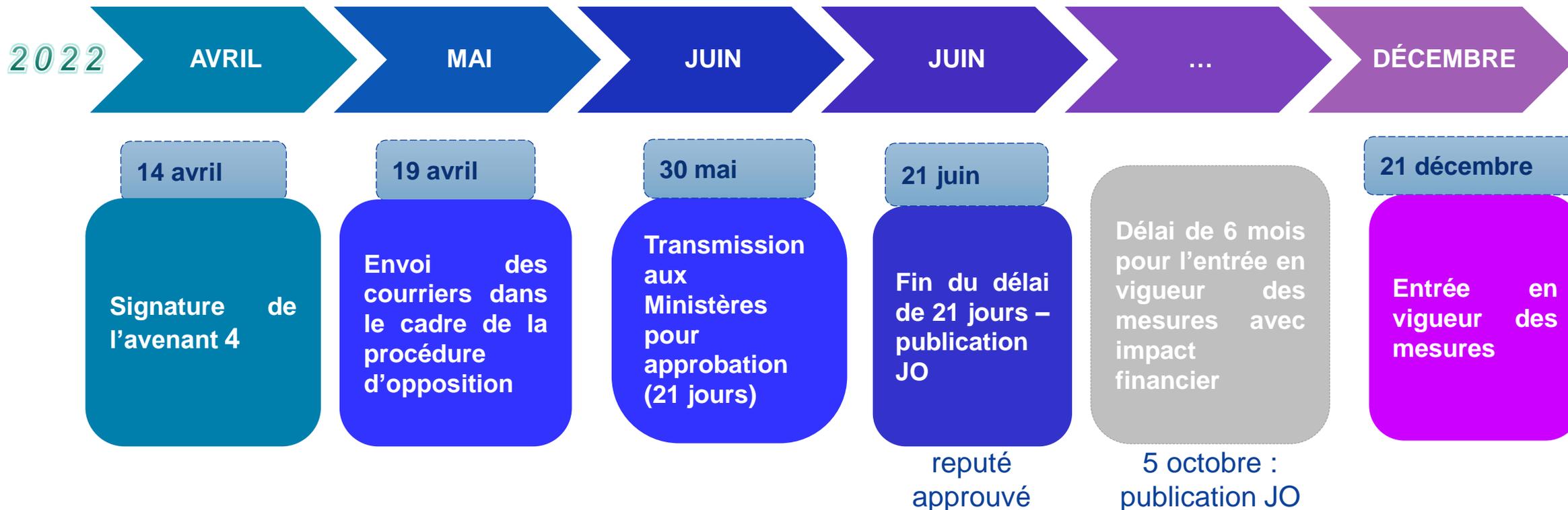
Textes consultables en ligne : <https://www.ameli.fr/seine-et-marne/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national>

Objectif de l'accord = conforter la place des centres de santé dans les soins de proximité

- améliorer l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins en centre de santé
- améliorer l'accès aux soins de proximité
- améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient

Conformément aux dispositions de l'article 71 de la LFSS pour 2022, le **conventionnement** des centres de santé à l'Accord National est **désormais explicite**.

# CALENDRIER DE L'AVENANT 4



En l'absence de publication au Journal officiel dans un délai de 21 jours à compter de la réception du texte par le ministère des Solidarités et de la santé et le ministre délégué chargé des comptes publics, l'avenant est réputé approuvé depuis le 21 juin 2022.

# ÉVOLUTIONS ET DÉLAIS DE MISE EN ŒUVRE DE L'AVENANT 4

## 1/ Les nouvelles modalités d'adhésion à l'accord national

- Mesures applicables à compter du 21 juin 2022.

## 2/ Les évolutions de la rémunération forfaitaire spécifique

- Les mesures portant sur des rémunérations entrent en vigueur 6 mois après la fin du délai d'approbation par le Ministère à défaut de publication de l'avenant au journal officiel soit au 21 décembre.
- Les revalorisations et nouveaux indicateurs (atteints) seront payés en mai 2023 au titre de l'ensemble de l'année 2022 (*aucune proratisation ne sera appliquée*).

## 3/ Le contrat d'aide au démarrage de l'activité exclusive IPA

- Les contrats d'aide au démarrage des IPA pourront être signés à partir du 21 décembre (délai de 6 mois).

## 4/ La télésanté

## 5/ Le numérique en santé

## 6/ La régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers

## 7/ Autres mesures

- Ces autres mesures sont applicables à compter du 21 juin 2022.

# 01

## NOUVELLES MODALITÉS D'ADHÉSION À L'ACCORD NATIONAL



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

# ADHÉSION À L'ACCORD NATIONAL

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

**Mise à jour de l'article 50 de l'accord national dans le prolongement de l'article 71 de la LFSS pour 2022 qui met fin au conventionnement implicite :**

- CDS doit **formuler sa demande de conventionnement auprès de sa CPAM et transmettre les informations suivantes** : données administratives du centre (raison sociale, numéro Finess, adresse, nom du représentant légal), projet de santé, récépissé d'engagement de conformité délivré par l'ARS, statuts et règlement intérieur, liste des professionnels de santé (y compris le numéro RPPS, qui devra être mise à jour en cas de changement) et personnels administratifs, contrat de travail, preuve d'inscription à l'ordre.
- Sous réserve de la transmission de l'ensemble des pièces justificatives, le **conventionnement intervient dans le mois suivant la demande.**
- **Accompagnement renforcé des CDS** dans les 6 mois après le conventionnement = **échange entre le centre de santé et la caisse** sur la bonne mise en œuvre des dispositions de l'accord national (modalités de facturation *via* SESAM-Vitale, gestion carte CPS, dossiers partagés, ...), et **si besoin visite sur site** par les personnes habilitées de l'Assurance Maladie pour vérifier les bonnes conditions de mise en œuvre et possibilité notamment de consulter tous les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels qui y exercent.

# PROCÉDURE CONVENTIONNELLE

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

## Évolutions des dispositions pour non respect des engagements conventionnels :

- **Ajout de nouveaux manquements :**
  - non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens du présent accord et de la réglementation ;
  - facturation d'actes fictifs non réalisés ;
  - non respect de l'obligation de réaliser à titre principal des prestations remboursables par l'assurance maladie;
  - non respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de l'usage des cartes professionnels et des cartes vitales ;
  - manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe 26 du présent accord lorsqu'il est obligatoire;
  - non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation des actes dentaires;
  - non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un des médecins salariés du centre de santé ;
  - non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémédecine telles que prévues par la convention médicale
- **Procédure de sanction :**
  - dans le cadre de la facturation d'actes fictifs, suppression de l'étape « mise en demeure ». Démarrage de la procédure directement au relevé de constatation.
- **Nouvelle sanction :**
  - Suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte (rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, FPMT, MPA, ...)

# 02

## RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

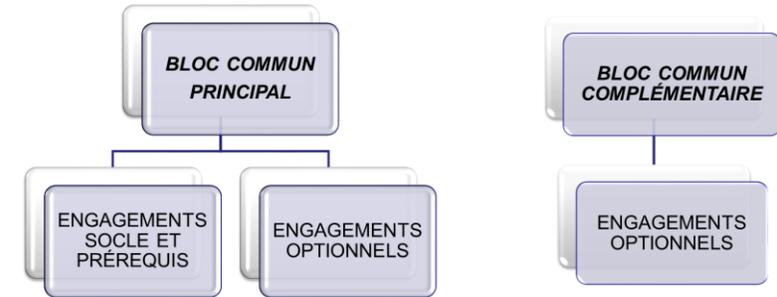
DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

# PRINCIPE DE LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE

La rémunération forfaitaire spécifique a pour objectif de permettre aux centres de santé d'optimiser leur organisation en renforçant notamment la coordination et les échanges d'information entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients.

- Elle est constituée :
  - d'un **bloc commun principal** et d'un **bloc commun complémentaire**,
  - d'engagements selon 3 axes :
    - **Axe 1 : Accès aux soins**
    - **Axe 2 : Travail en équipe/coordination,**
    - **Axe 3 : Échange/Système d'information**



- Ce cadre est identique pour les trois types de centres (polyvalents-médicaux, dentaires, infirmiers) ; cependant, les engagements peuvent être spécifiques à chaque type de structure.
- Il faut distinguer :
  - les **engagements « socle et pré-requis »**
  - les **engagements « optionnels »**
- La **rémunération par points (1 point = 7 €)** en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs (rémunération fixe ou variable en fonction de la taille de la patientèle/ou du nombre d'ETP), qui peut être assortie de minorations.
- Pour les centres de santé polyvalents ayant rempli leurs objectifs et ayant une forte activité dentaire ou infirmière (*les seuils de forte activité sont définis à l'article 7 de l'accord national*), des rémunérations supplémentaires propres à ces activités peuvent s'ajouter.

Le CDS doit saisir annuellement les données nécessaires ouvrant droit à la rémunération sur la plateforme gérée par l'ATIH (tous les ans et au plus tard avant le 26 janvier pour les indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et avant le 28 février pour les autres indicateurs).

# BLOC COMMUN PRINCIPAL CDS MÉDICAUX-POLYVALENTS

CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL ou POLYVALENT	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accessibilité du centre</b> (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés ( <i>socle et prérequis</i> )	800	
<b>Mission de santé publique</b> (2 missions au maximum) ( <i>optionnel</i> )		700
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	200	
Si forte activité infirmière : 1 mission infirmière supplémentaire ( <i>optionnel</i> )		200
Si forte activité dentaire : 1 mission dentaire supplémentaire ( <i>optionnel</i> )		200
<b>Diversification de l'offre de soins</b> (4 critères <i>optionnels</i> ) :		
- <b>Consultations de spécialistes</b> de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 2 jours/mois)	300	
- <b>Consultations de spécialistes</b> de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)	300	
- <b>Offre d'une diversité de services de soins</b> médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions para-médicales différentes)	300	
- <b>Offre d'une diversité de services de soins</b> médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)	300	
<b>Accueil d'au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale</b> y compris pour les centres de santé infirmiers ou dentaires ayant changé de spécialité au sens de Finess du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié ( <i>optionnel</i> )	200	
<b>Réponse aux crises sanitaires graves</b> : rédaction d'un plan de préparation (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour ( <i>socle et prérequis</i> )	100	
Mise en œuvre d'actions dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation rédigé		350
<b>Soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins</b> ( <i>optionnel</i> ) Le centre de santé s'organise pour participer au SAS et répondre aux indicateurs tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6	200	
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Concertation pluriprofessionnelle</b> formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) ( <i>socle</i> )		1000
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA ( <i>optionnel</i> )		200
Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) ( <i>optionnel</i> )	200	
<b>Formation des jeunes PS</b> (2stages/an)( <i>optionnel</i> ):		
Stagiaire médecins (dans la limite des 2 stages/an. 1 stage étant valorisé 50 points) supplémentaire ( <i>optionnel</i> )	450	
Si 3 <sup>ème</sup> stage et 4 <sup>ème</sup> stage (points par stage) ( <i>optionnel</i> )	100	
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière ( <i>optionnel</i> )	225	
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire ( <i>optionnel</i> )	225	
<b>Coordination externe</b> : procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux ( <i>optionnel</i> )		200
Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un Ehpad ou un établissement de santé médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilans) ( <i>optionnel</i> )	200	
<b>Protocoles pluri-professionnels</b> : élaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés ( <i>socle</i> )		
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (40 points par protocoles dans la limite de 8) ( <i>optionnel</i> )	800	
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (40 points par protocoles dans la limite de 8) ( <i>optionnel</i> )	320	
<b>Fonction de coordination</b> assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement ( <i>socle et prérequis</i> )	1000	1700
<b>Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS</b> (ETP médecins généralistes) ( <i>optionnel</i> )		200
- agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes/ETP MG par semaine ;		200
- être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de SNP dans le cadre du SAS.		200
<b>valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS: jusqu'à 160 points au-delà de 100 SNP réalisés sur le trimestre</b>		160
<b>Protocoles de coopération SNP</b> ( <i>optionnel</i> ) dans la limite des 6 protocoles nationaux	600	
<b>Parcours insuffisance cardiaque</b> ( <i>optionnel</i> )		100
<b>parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité</b> ( <i>optionnel</i> )	100	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Système d'information</b> : conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau standard intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un CDS ( <i>socle et prérequis</i> )	500	200
Si forte activité dentaire : système d'information permettant la tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre de santé polyvalent ( <i>optionnel</i> )		450
Système d'information pluriprofessionnel conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau avancé ( <i>optionnel</i> )	100	
<b>TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL</b> si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative et tranche SNP)	<b>6.895</b>	<b>4.650</b>

# BLOC COMMUN COMPLÉMENTAIRE CDS MÉDICAUX-POLYVALENTS

CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL ou POLYVALENT	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accompagnement des publics vulnérables</b> : (optionnel) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)		
Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)		200
Si présence d'un médiateur	300	
Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées)		500
Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800
<b>Implication des usagers</b> (optionnel)		
Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200	
Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		200
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Démarche qualité</b> : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux)(optionnel)		
1 <sup>er</sup> niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100	
2 <sup>ème</sup> niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25
3 <sup>ème</sup> niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25
4 <sup>ème</sup> niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Télétransmission et téléservices</b> (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) (optionnel)		
Télétransmission (aide pérenne)		440
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)		46
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (optionnel)	90	
Équipement pour <b>vidéotransmission sécurisée</b> nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (optionnel)	50	
<i>Si le centre de santé salarie des infirmières participant à la téléconsultation : valorisation de l'équipement pour vidéotransmission</i>	50	
<b>Équipements médicaux connectés</b> , utiles à la réalisation d'actes de télémedecine (par ETP médicaux et infirmiers) (optionnel)		25
<b>Capacité à coder les données</b> (optionnel)	100	
<b>Remplissage du DMP</b> (optionnel) 20 % des consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP (par ETP - limite 5 ETP méd. généralistes)		40
<b>Usage de la MSS</b> (optionnel) au moins 5 % des consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé (par ETP - limite 5 ETP médecins généralistes)		40
<b>2023 - e-prescription</b> (optionnel) 50 % des prescriptions de produits de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription (par ETP - limite 5 ETP médecins généralistes)		40
<b>2023 - Application carte Vitale</b> (optionnel) 5 % des FSE réalisées avec l'application carte Vitale (par ETP- limite 5 ETP médecins généralistes)		40
<b>TOTAL BLOC COMPLÉMENTAIRE</b> si tous les critères et objectifs sont remplis (hors 2023)	<b>1.340</b>	<b>2.341</b>

# BLOC COMMUN PRINCIPAL CDS INFIRMIERS

CENTRE DE SANTÉ INFIRMIER ( <i>Structure mono-professionnelle</i> )	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accessibilité du centre</b> : accès à des soins programmés et non programmés ( <i>socle et prérequis</i> )	200	
<b>Mission de santé publique</b> : relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé (2 campagnes au maximum) ( <i>optionnel</i> )		400
<b>Réponse aux crises sanitaires graves</b> : rédaction d'un plan de préparation (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour ( <i>socle et prérequis</i> )	100	
Mise en œuvre d'actions dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation rédigé		350
<b>Concertation professionnelle</b> : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) ( <i>socle</i> )	400	
Concertation professionnelle si convention entre MSP et CDS ( <i>optionnel</i> )	100	
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Formation des jeunes PS</b> (1 stage/an) ( <i>optionnel</i> )	250	
1 stage supplémentaire ( <i>optionnel</i> )	225	
<b>Coordination externe</b> (4 critères) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux,</li> <li>- conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations,</li> <li>- répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale,</li> <li>- retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale (<i>socle</i>)</li> </ul>		300
<b>Protocoles pluri-professionnels (8 protocoles au maximum)</b> : participation à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels dans le cadre d'une convention avec une MSP ( <i>optionnel</i> )	200	
<b>Fonction de coordination</b> : fonction de coordination interne organisée ( <i>socle et prérequis</i> )	200	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Système d'information</b> : permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé structuré partagé entre professionnels du centre, l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) ( <i>socle et prérequis</i> )	400	100
Acquisition d'un logiciel pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé ( <i>optionnel</i> )	150	
<b>TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL</b> <i>si tous les critères et objectifs sont remplis</i>	<b>2.225</b>	<b>1.150</b>

# BLOC COMMUN COMPLÉMENTAIRE CDS INFIRMIERS

CENTRE DE SANTÉ INFIRMIER ( <i>Structure mono-professionnelle</i> )	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accompagnement des publics vulnérables</b> : ( <i>optionnel</i> ) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)		
Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)		200
Si présence d'un médiateur	300	
Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées)		500
Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800
<b>Implication des usagers</b> ( <i>optionnel</i> )		
Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200	
Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		200
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Démarche qualité</b> : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS (4 niveaux) ( <i>optionnel</i> )		
1 <sup>er</sup> niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100	
2 <sup>ème</sup> niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25
3 <sup>ème</sup> niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25
4 <sup>ème</sup> niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Télétransmission et téléservices</b> (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) ( <i>optionnel</i> )		
Télétransmission (aide pérenne)		240
SCOR		83
Équipement pour <b>vidéotransmission sécurisée</b> nécessaire à la réalisation de la téléconsultation ( <i>optionnel</i> )	50	
<b>Équipements médicaux connectés</b> , utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ( <i>optionnel</i> )		25
<b>TOTAL BLOC COMPLÉMENTAIRE</b> si tous les critères et objectifs sont remplis ( <i>hors 2023</i> )	<b>1.100</b>	<b>2.098</b>

# BLOC COMMUN PRINCIPAL CDS DENTAIRES

CENTRE DE SANTÉ DENTAIRE ( <i>Structure mono-professionnelle</i> )	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accessibilité du centre</b> (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés ( <i>socle et prérequis</i> )	400	
<b>Mission de santé publique ou bilans bucco-dentaires</b> auprès de population ciblée (1 mission au maximum) ( <i>optionnel</i> )		200
<b>Réponse aux crises sanitaires graves</b> : rédaction d'un plan de préparation (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour ( <i>socle et prérequis</i> )	100	
Mise en œuvre d'actions dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation rédigé		350
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Concertation professionnelle</b> : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) ( <i>socle</i> )	200	
<b>Formation des jeunes PS</b> (1 stage/an) ( <i>optionnel</i> )	250	
1 stage supplémentaire ( <i>optionnel</i> )	225	
<b>Coordination externe</b> formalisée par une contractualisation (2 contrats au maximum) avec un Ehpad ou un établissement de santé ou médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilan) ( <i>optionnel</i> )	500	
<b>Fonction de coordination</b> : assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement ( <i>socle et prérequis</i> )	200	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Système d'information</b> : permettant la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) ( <i>socle et prérequis</i> )	250	200
<b>TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL</b>	<b>2.125</b>	<b>750</b>

# BLOC COMMUN COMPLÉMENTAIRE CDS DENTAIRES

CENTRE DE SANTÉ DENTAIRE ( <i>Structure mono-professionnelle</i> )	Points fixes	Points variables
<b>Accès aux soins</b>		
<b>Accompagnement des publics vulnérables</b> ( <i>optionnel</i> ) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)		
Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)		200
Si présence d'un médiateur	300	
Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées)		500
Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800
<b>Implication des usagers</b> ( <i>optionnel</i> )		
Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200	
Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		200
<b>Travail en équipe/coordination</b>		
<b>Démarche qualité</b> : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) ( <i>optionnel</i> )		
1 <sup>er</sup> niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100	
2 <sup>ème</sup> niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25
3 <sup>ème</sup> niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25
4 <sup>ème</sup> niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150	
<b>Échange/Système d'information</b>		
<b>Télétransmission et téléservices</b> (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) ( <i>optionnel</i> ) : télétransmission (aide pérenne)		120
<b>TOTAL BLOC COMPLÉMENTAIRE</b> si tous les critères et objectifs sont remplis ( <i>hors 2023</i> )	<b>1.050</b>	<b>1.870</b>

# MISSION CRISE SANITAIRE GRAVE

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

## Nouvel indicateur prérequis :

→ articulation nécessaire avec la mission crise sanitaire grave des CPTS

Quelle que soit la situation  
sanitaire  
(versé tous les ans)

Rédaction d'un plan de préparation (ex: protocoles organisationnels)

100 points fixes

Survenue d'une crise  
sanitaire (caractérisée par  
l'ARS)



Toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients :  
prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire  
(protocoles, prévention, etc...) et adaptation de la structure pour  
faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de  
crise → en lien avec le plan de préparation pré-rédigé

350 points variables  
(selon la patientèle de référence)

Au titre de 2022, cet indicateur n'est pas considéré comme prérequis, l'indicateur sera donc à titre dérogatoire **considéré comme optionnel pour 2022.**

# SOINS NON PROGRAMMÉS : PARTICIPATION DANS LE CADRE DE LA RÉGULATION SAS

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

**Modification de l'indicateur optionnel existant « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale » pour les CDS polyvalents/médicaux**

→ À compter de 2022, **nouveau libellé « valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS »**

→ **2 critères cumulatifs :**

avoir un agenda ouvert au public ou partagé avec la structure de régulation du dispositif SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes par ETP de médecin généraliste par semaine



être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

200 points variables / ETP MG

→ Engagement du CDS dans le dispositif SAS pour l'ensemble de ses médecins généralistes salariés

# SOINS NON PROGRAMMÉS : EFFECTION DANS LE CADRE DE LA RÉGULATION SAS

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

- ➔ **Nouvel indicateur optionnel « valoriser l'effectif des soins non programmés régulés par le SAS » :**
  - pour la prise en charge par le centre de santé de patients SNP supplémentaires (hors patientèle médecin traitant du centre *via* la régulation du Service d'accès aux soins) dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous *via* les outils de prise de rendez-vous en ligne.
  
- ➔ **Valorisation selon le barème suivant :**
  - 10 points (70€) de 5 à 15 SNP réalisés sur le trimestre
  - 30 points (210€) de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre
  - 50 points (350€) de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre
  - 70 points (490€) de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre
  - 90 points (630€) de 46 à 75 SNP réalisés sur le trimestre
  - 120 points (840€) de 76 à 100 SNP réalisés sur le trimestre
  - 160 points (1120€) au-delà de 100 SNP réalisés sur le trimestre
  
- ➔ **suivi trimestriel puis paiement annuel dans le cadre de la rémunération forfaitaire spécifique.**

# SOINS NON PROGRAMMÉS : INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

→ **Nouvel indicateur optionnel en sus valorisant la participation du centre de santé en tant que structure au dispositif SAS**

Valorisation supplémentaire du CDS pour sa participation au SAS. Dès lors que le centre de santé s'organise pour participer au SAS et répondre aux indicateurs « participation » et « effectif »

200 points fixes

# INTÉGRATION DES IPA DANS LES CENTRES DE SANTÉ : VALORISATION D'INDICATEURS EXISTANTS (1/2)

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

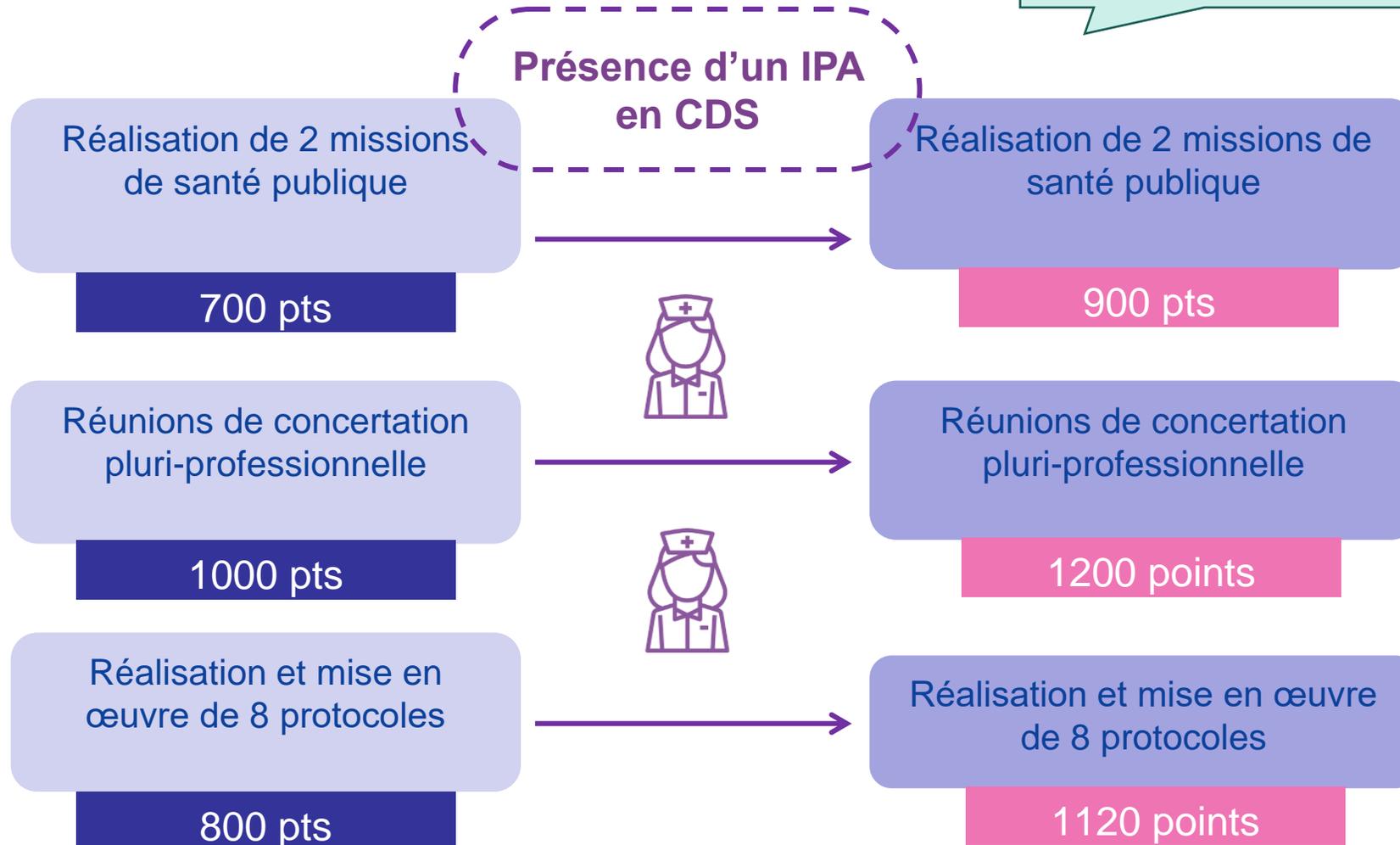
**Valorisation de l'intégration des infirmiers en pratique avancée dans les centres de santé polyvalents/médicaux *via* 2 modalités :**

- Revalorisation d'indicateurs déclenchée en cas de présence d'un IPA :
  - **+ 200 points fixes** pour les 2 missions de santé publique
  - **+ 200 points variables** pour les réunions de concertation pluri-professionnelle
  - **+ 40 points fixes** pour chaque protocole pluriprofessionnel (dans la limite de 8)

# INTÉGRATION DES IPA DANS LES CENTRES DE SANTÉ : VALORISATION D'INDICATEURS EXISTANTS (2/2)

Applicable aux CDS polyvalents et médicaux

Entrée en vigueur le 21/06/2022



# RÉVISION DE L'INDICATEUR « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES »

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

- L'indicateur existant portant sur **l'accompagnement des publics vulnérables a été modifié et revalorisé** selon une approche thématique et selon le niveau d'implication de la structure.
- 4 axes thématiques retenus :
  - **Identifier et repérer les publics**
  - **Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités**
  - **Aller vers et faire avec**
  - **Se coordonner avec les acteurs.**
- Chaque axe se décline en différentes actions réparties par niveau (3 niveaux).
- La rémunération se fait par niveau dès lors qu'au moins deux thématiques sont remplies dans le niveau concerné.
  - Par exemple, pour valider le niveau 1, le centre de santé doit aider à la prise de rendez-vous des soins de second recours (thématique aller vers et faire avec) ET proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilité (thématique comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités)
- Ces niveaux se cumulent et la validation d'un niveau dépend de la validation du niveau inférieur. Le niveau de cette rémunération est ensuite fixé en fonction de la patientèle C2S et AME du centre de santé.
- Par ailleurs, la présence d'un médiateur en santé au sein du centre de santé fait l'objet d'une valorisation (300 points fixes), rendue possible dès lors que le centre de santé a validé *a minima* le niveau 1 de l'échelle définie.

# RÉVISION DE L'INDICATEUR « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES » : NIVEAU 1

Applicable à tous les CDS

Entrée en vigueur le 21/06/2022

Niveau 1

## Identifier et repérer les publics

> Disposer d'un diagnostic des freins principaux de l'accès aux soins de la patientèle du centre

*ET/OU*

> Identification de la patientèle vulnérable permettant une prise en charge complémentaire à la prise en charge des soins.

## Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités

> Proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilités

## Aller vers et faire avec

> Aider à la prise de RDV des soins de second recours

## Se coordonner avec les acteurs

> Orienter de manière structurée (fiche de liaison) cette patientèle vers des partenaires sociaux et médico-sociaux

200 points variables

# RÉVISION DE L'INDICATEUR « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES » : NIVEAU 2

Applicable à tous les CDS

Entrée en vigueur le 21/06/2022

Niveau 2

Identifier et repérer les publics

> Organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité

Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités

> Construire des outils de communication ciblés pour faciliter le parcours de santé

*ET/OU*

> Organiser des solutions d'interprétariat communautaire en amont des consultations

Aller vers et faire avec

> Aider à l'instruction des droits santé

*ET/OU*

> Pratiquer le tiers payant intégral

*ET/OU*

> Accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droit / soins)

Se coordonner avec les acteurs

> Construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes

*ET/OU*

> Contribuer à des réunions cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes / santé mentale / pathologie chronique)

400 points variables

# RÉVISION DE L'INDICATEUR « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES » : NIVEAU 3

Applicable à tous les CDS

Entrée en vigueur le 21/06/2022

Niveau 3

## Identifier et repérer les publics

> Mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants / hôtels sociaux)

## Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités

> Disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle

*ET/OU*

> Mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour faciliter la distanciation et encourager l'empowerment des patients

## Aller vers et faire avec

> Proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage / prévention)

*ET/OU*

> Mise en œuvre d'une Pass de ville (permanence d'accès aux soins de santé)

## Se coordonner avec les acteurs

> Structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données

800 points variables

# 03

## AIDE AU DÉMARRAGE IPA



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

# INTÉGRATION DES IPA DANS LES CENTRES DE SANTÉ : AIDE AU DÉMARRAGE D'ACTIVITÉ EXCLUSIVE

Applicable aux CDS  
polyvalents/médicaux/infirmiers

Entrée en vigueur le  
21/12/2022

## Mesures prévues à l'avenant 4 accord national CDS :

Mise en place d'un nouveau contrat d'aide au démarrage de l'activité d'IPA exclusive salariée en CDS :

- Signature des **1<sup>ers</sup> contrats à compter du 21 décembre 2022**
- Durée du contrat : **4 ans non renouvelable**
- L'activité exclusive concerne les IPA qui exercent **a minima 0,5 ETP au sein du centre de santé en tant qu'IPA, sans cumul possible avec une activité de soins infirmiers généraux** dans la même structure.
- Montant de l'aide : 27 000 €/ETP IPA salarié sur 2 ans
  - **1<sup>ère</sup> année : 17 000 €**
  - **2<sup>ème</sup> année : 10 000€**

Versement d'une avance de 50% à la signature du contrat au titre de la 1<sup>ère</sup> année puis solde à date anniversaire et versement de l'avance au titre de la 2<sup>ème</sup> année

  - **conditions minimales : 50 patients la 1<sup>ère</sup> année et 150 patients la 2<sup>ème</sup> année - et d'un maximum de 300 patients**

**Modifications à venir par transposition des mesures de l'avenant 9 à la convention infirmiers signé le 27 juillet 2022 avec mesures applicables en mars 2023**

# CONTRAT D'AIDE AU DÉMARRAGE DE L'ACTIVITÉ SALARIÉE D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE EXERÇANT EN CENTRE DE SANTÉ

## Modifications à apporter au contrat d'aide au démarrage de l'activité salariée d'IPA prévu par l'avenant 4 à l'accord national des centres de santé à l'entrée en vigueur de l'avenant 9 à la convention infirmiers :

### ✓ La condition d'activité exclusive IPA est supprimée

➔ Mise en place de seuils d'activité minimale IPA (25% 1<sup>ère</sup> année, 50% 2<sup>ème</sup> année, 85% 3<sup>ème</sup> année)

Soit pour les CDS :

- 25% de l'activité globale par ETP d'IPA, la première année après le recrutement de l'IPA
- 50% de l'activité globale par ETP d'IPA la deuxième année après le recrutement de l'IPA
- 85% de l'activité globale par ETP d'IPA la troisième année après le recrutement de l'IPA

➔ Suivi d'un minimum de patients (1<sup>ère</sup> année = 30 patients/ 2<sup>ème</sup> année = 60 patients)

Soit pour les CDS :

- minimum de 30 patients par ETP d'IPA la première année
- minimum de 60 patients par ETP d'IPA la deuxième année

### ✓ Les montants de l'aide sont modifiés

- 40 000 € (1<sup>ère</sup> année = 30 000€ et 2<sup>ème</sup> année = 10 000€) si l'IPA exerce dans un centre de santé situé en zone sous-dense médiale qualifiée de ZIP
- 27 000€ (1<sup>ère</sup> année = 20 000€ et 2<sup>ème</sup> année = 7 000€) si l'IPA exerce dans un centre de santé situé en dehors de ces zones

- Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat.
- Pour les centres de santé, possibilité d'intégrer tout au long du contrat (4ans) de nouveaux ETP.

- ✓ Non transposition du bonus si l'IPA s'engage en tant que maître de stage : l'accord national des centres de santé valorise déjà la formation des jeunes PS.
- ✓ La durée du contrat d'aide au démarrage de l'activité salariée IPA en CDS (4 ans non renouvelable) n'est pas modifiée.

# 04

## TÉLÉSANTÉ



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

- ➔ **Application du seuil maximal d'activité de télémédecine aux centres de santé (transposition du seuil de 20% mis en place par l'avenant 9 médecins)**
  - **Principe :**
    - un centre de santé conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance
    - **application du seuil de 20% annuel aux médecins salariés pour leur activité de télémédecine (téléconsultation + téléexpertise) au sein du centre de santé**
    - un suivi du seuil sera mis en place et transmis au CDS (*modalités en cours de développement*)
  - **Ces dispositions seront assorties comme pour les médecins de sanctions conventionnelles.**
- ➔ **Télésanté : inscription du principe de transposition automatique des mesures télésanté qui viendraient à être définies dans les accords monoprotationnels, et application du seuil maximal d'activité de télésanté défini pour les professions présentes au sein du CDS (seuil de 20% mis en place par les avenants orthophonistes, orthoptistes, sages-femmes et infirmiers).**

# 05

## NUMÉRIQUE EN SANTÉ



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

# NUMÉRIQUE EN SANTÉ

*Les centres de santé étaient représentés dans la task force SÉGUR de la médecine de ville.*

*Les éditeurs centres de santé entrent donc dans le champ de la procédure de référencement SÉGUR (financement à l'équipement assuré via les éditeurs de logiciels).*

*Les éditeurs de logiciels centres de santé sont concernés par la procédure de référencement puis financement à l'équipement (programme SONS).*

***Ce point sera détaillé dans la seconde partie du webinaire spécifique au Ségur Numérique.***

# NUMÉRIQUE EN SANTÉ : VALORISATION DU VSM

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

Création d'un forfait « One Shot » hors rémunération forfaitaire spécifique CDS pour l'**alimentation initiale du volet de synthèse médicale (VSM) pour la patientèle ALD**



## Rémunération forfaitaire

- > **1 500 €/ETP** (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes) : VSM alimentés dans le DMP pour au moins 50% de la patientèle ALD
- > **3 000 €/ETP** (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes) : VSM alimentés dans le DMP pour au moins 90% de la patientèle ALD



## Détails

- > Forfait pondéré par la taille de la patientèle Médecin traitant (sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la ROSP)
- > **Majoration de 20%** : au moins **1/3** des VSM sont au format structuré
- > Période d'observation : **du 01/01/2022 au 30/06/2023**
- > **Versement au 2<sup>nd</sup> semestre 2023**

# NUMÉRIQUE EN SANTÉ : NOUVEAUX INDICATEURS D'USAGE

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

## 2022

- > Création d'un indicateur **d'usage du DMP (remplissage du DMP) – 40 points fixes/ETP (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)** : 20% de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)
- > Création d'un indicateur **d'usage de la Messagerie Citoyenne entre PS et patients** du service Mon espace santé – **40 points fixes/ETP (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)** : 5 % de consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec le patient via la messagerie de MES
- > Évolution de l'indicateur Cahier des Charges SV : Version avec l'addendum 8 intégrant ApCV (ou logiciel référencé Ségur) requise

## 2023

- > Création d'un indicateur **d'usage de la e-Prescription – 40 points fixes fixes/ETP (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)** : 50 % des prescriptions de produits de santé établies pour la patientèle réalisée via le service e-prescription
- > Création d'un indicateur **d'usage de l'application Carte Vitale – 40 points fixes fixes/ETP (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)** : 5% des feuilles de Soins Électroniques réalisées avec l'apCV)

➤ **Indicateurs du bloc commun complémentaire : Optionnel jusqu'en 2024**

# NUMÉRIQUE EN SANTÉ : TÉLÉTRANSMISSION

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

**Focus télétransmission : disposer d'une version de cahier des charges SESAM-Vitale intégrant les dernières fonctionnalités**

- > **Pour 2021** est requise la version du cahier des charges SESAM-Vitale avec version addendum 6 PS/SC ;
- > **Pour 2022** est requise la version du cahier des charges SESAM-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécifications de référencement Ségur cf article 19.3.1 convention ;
- > **Pour 2023** est requise la version du cahier des charges SESAM-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale.

La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. **L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie.**

# 06

## RÉGULATION DU CONVENTIONNEMENT DES CDS INFIRMIERS



# RÉGULATION EN CENTRE DE SANTÉ INFIRMIER

Applicable aux CSI

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

## **Principe : Aucun conventionnement possible en zone sur-dotée IDEL pour les nouveaux CSI (création d'un CSI)**

Ne sont pas concernés les CSI d'ores et déjà installés en zone sur-dotée et les nouvelles embauches d'IDE salariés/IPA salariés (hors antennes)

→ *Point régulier réalisé en CPN concernant les nouvelles embauches des CSI implantées dans les zones sur-dotées*

## **Mise en place d'une procédure spécifique d'examen d'un conventionnement dérogatoire en CPD CDS**

### ▪ **Pour qui ?**

CSI qui souhaitent s'installer en zone sur-dotée IDEL.

### • **Pour quoi ? Quel motif ?**

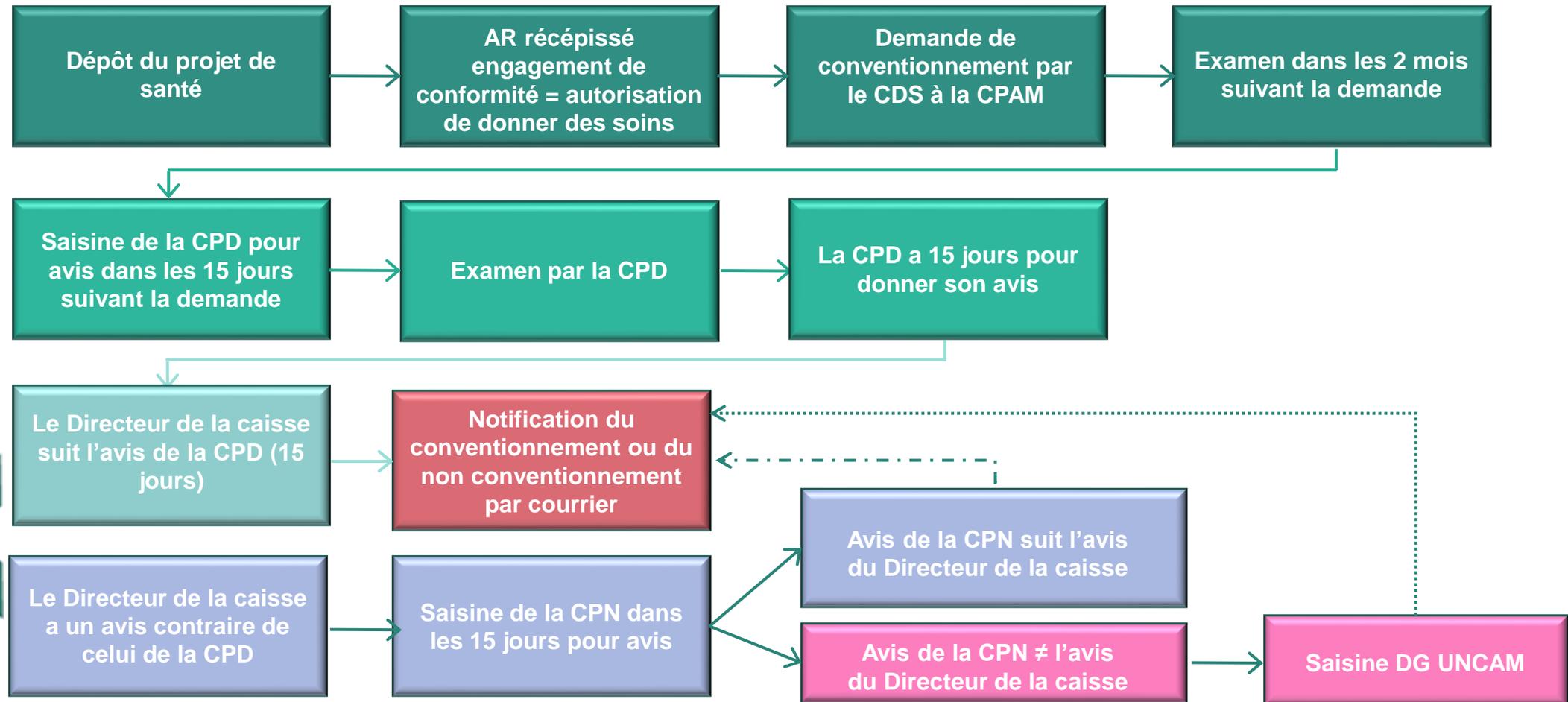
2 motifs dérogatoires : installation en quartier prioritaire de la ville (QPV) et activité spécifique (exemple : organisation spécifique en lien avec des établissements pour la prise en charge de patients atteints de pathologies complexes).

### • **Quand ?**

Dès la prise de contact avec la caisse pour demander le conventionnement à l'issue de la remise de récépissé d'engagement de conformité par l'ARS. Le CDS a alors 1 mois pour formuler une demande auprès de sa CPAM pour motif dérogatoire « activité spécifique ».

# RÉGULATION EN CENTRE DE SANTÉ : PROCÉDURE

## Circuit de conventionnement en zone sur-dotée pour motif dérogatoire (examen en CPD)



2 possibilités

# 07

## AUTRES MESURES



**l'Assurance  
Maladie**  
Agir ensemble, protéger chacun

DCGDR  
IDF

**ars**  
Agence Régionale de Santé  
Île-de-France

# TRANSPOSITION DES AVENANTS ORTHOPHONISTES ET ORTHOPTISTES

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

- **Avenant 18 orthophonistes** : valorisation de l'implication des orthophonistes dans la prise en charge des enfants présentant des troubles du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) *via* un forfait conventionnel de 50€.
- **Avenant 14 orthoptistes** : revalorisation du forfait pour l'évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère (FOT) à hauteur de 50€ (contre 33€ aujourd'hui).

# NOUVEL INDICATEUR : IMPLICATION DES USAGERS

Applicable à tous les  
CDS

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

Remplacement de l'indicateur « information du public » par un nouvel indicateur optionnel « implication des usagers » .

2 niveaux (cumulables) de valorisation selon l'implication de la structure :

→ Niveau 1 : la consultation, l'information et sensibilisation des patients (*exemples : par un questionnaire de satisfaction , un sondage, une boîte à idée dans la salle d'attente, affichages dans la salle d'attente, flyers, site internet, ...*)

200 points fixes

→ Niveau 2 : la co-construction, le partenariat, la co-décision (*exemples : un référent usager dans les groupes de travail, participation d'un usager expert dans des ateliers d'ETP, implication des usagers dans les réunions de coordination du CDS, création de comités d'usagers qui ont un pouvoir décisionnel, ...*)

300 points variables

# REVALORISATIONS DES INDICATEURS : AXES ACCÈS AUX SOINS (COORDINATION) ET TRAVAIL EN ÉQUIPE :

Applicable aux CDS polyvalents et médicaux

Entrée en vigueur le 21/06/2022

- **Fonction de coordination** = + 300 points fixes + 450 points variables  
soit 1 000 points fixes + 1 700 points variables (jusqu'à 8 000 patients) + 1 100 points variables (au-delà de 8 000 patients)
- **Formation des jeunes professionnels de santé** = +225 points fixes par stage pour un troisième et quatrième stage
  - + 225 points fixes pour les CDS dentaires et infirmiers pour un stage supplémentaire
- **Offre d'une diversité de services de soins** = + 100 points fixes au total (+ 50 points niveau 1 et + 50 points niveau 2)
- **Consultations de second recours** = + 100 points fixes au total (+ 50 points niveau 1 et + 50 points niveau 2)

# 3 NOUVEAUX INDICATEURS AUTOUR DE LA COOPÉRATION SNP / PARCOURS / COORDINATION

Applicable aux CDS polyvalents  
et médicaux

Entrée en vigueur le  
21/06/2022

- **Création d'un nouvel indicateur (optionnel) valorisant la mise en place de protocoles de coopération soins non programmés** = 100 points fixes par protocoles (dans la limite des 6 protocoles nationaux)

- **Valorisation de la participation du CDS au parcours insuffisance cardiaque** = 100 points variables

Le CDS doit s'inscrire dans le parcours IC de l'assurance maladie et répondre à un ou plusieurs des objectifs suivants :

- Identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) et/ou de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ;
- Optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ;
- Optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque ;
- Promotion de l'éducation thérapeutique, incluant l'appropriation des signes annonciateurs d'une décompensation de la pathologie ;
- Optimisation de la coordination des acteurs

- **Valorisation de la coordination pour les CDS proposant un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (dispositif Mission retrouve ton cap)** - article 77 LFSS 2022 = 100 points fixes

# ANNEXES



## **Quelle est la procédure ?**

Lors de sa création ou de son transfert hors du ressort géographique de la caisse de son installation initiale, le centre de santé transmet à la caisse dont il relève :

- le formulaire de renseignement > données relatives à l'identification administrative du centre de santé (raison sociale, adresse, et le nom du représentant légal) + son numéro d'identification (numéro Finess) attribué par l'ARS,
- la copie de son projet de santé,
- le récépissé d'engagement de conformité valant autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux établi par le DG de l'ARS,
- la liste des professionnels de santé salariés du centre (préciser les noms prénoms et numéro RPPS des professionnels de santé salariés, ces informations devront être mises à jour à chaque changement en précisant les départs et arrivée de tous professionnels de santé salariés) et des personnels administratifs,
- ses statuts et son règlement intérieur le cas échéant
- les contrats de travail des professionnels de santé salariés ainsi que la preuve de leur inscription à l'Ordre, pour les professions relevant d'une profession ordinale.

## **À quelle date l'adhésion est effective ?**

L'adhésion à l'accord national est effective dans les trente jours suivant la réception par la caisse de la demande de conventionnement, sous réserve de la complétude du dossier.

Le centre de santé qui ne souhaite pas être régi par les dispositions de l'accord national doit en informer sa CPAM par lettre recommandée avec accusé de réception.

À noter : les centres de santé non conventionnés sont soumis aux tarifs d'autorité.

# CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE AUX CDS : PRINCIPE

- Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100%,
- La valeur du point est fixée à **7 €**,
- Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de :
  - **4 000 patients** pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (ou selon le nombre de PS salariés pour l'indicateur système d'information) ;
  - **2 600 patients** pour les centres de santé dentaires (ou forte activité dentaire des polyvalents) ;
  - **450 patients** pour les centres de santé infirmiers ou selon le nombre d'ETP.
- La rémunération peut être majorée en fonction du **taux de précarité des patients** du centre de santé, plafonné à **25%**,
- Des minorations sont prévues :
  - Si le centre ne parvient pas à organiser l'amplitude horaire prévue par l'accord (12h par jour en semaine et le samedi matin).
  - Le centre de santé médical ou polyvalent sans activité paramédicale peut remplir le critère de la concertation professionnelle avec une minoration de sa rémunération.

# CALCUL DE LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE AUX CDS : MINORATIONS

Art.  
15.5

Le centre de santé médical ou polyvalent ou dentaire doit respecter une amplitude horaire d'ouverture du centre pour bénéficier de la rémunération. Il **s'agit bien de l'amplitude d'ouverture du centre** et non de l'amplitude des horaires des consultations et des soins.

Si le centre ne parvient pas à organiser l'amplitude horaire prévue par l'accord, sa rémunération est minorée.

## Quelles sont ces minorations ?

- Ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin => -60 pts (*médicaux ou polyvalents*) -30 pts (*dentaires*);
- Ouverture entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et le samedi matin => -150 pts (*médicaux ou polyvalents*) -70 pts (*dentaires*);
- Fermeture le samedi => -120 pts (*médicaux ou polyvalents*) -50 pts (*dentaires*);
- Fermeture au maximum pendant 3 semaines (congés scolaires) => -30 pts (*médicaux ou polyvalents*) par semaine de fermeture, -20 pts (*dentaires*);

Les deux derniers critères sont cumulables avec l'un des deux premiers.

Par exemple un centre ouvert 11h en semaine et fermé le samedi subit une minoration de  $30 + 50 = 80$  points pour le dentaire, et  $60 + 120 = 180$  points pour le polyvalent.

---

Le centre de santé médical ou polyvalent sans activité paramédicale peut remplir le **critère de la concertation professionnelle** avec une minoration de sa rémunération.

## Quelles sont ces minorations ?

- Critère rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou professions médicales (méd., CD, SF) du centre => -250 pts
- Critère rempli lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre et des auxiliaires médicaux extérieurs au centre => -150 pts