

ACCORD NATIONAL
destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé
et les caisses d'Assurance Maladie

Entre, d'une part,

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Nicolas REVEL

Et, d'autre part,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président ;

La Croix-Rouge française, représentée par Jean-Jacques EDELJAM, président ;

La Fédération des mutuelles de France, représentée par Jean-Paul BENOIT, président ;

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Etienne CANIARD, président ;

La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Richard LOPEZ, président ;

La Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, représentée par Timothy PERERA vice-président ;

L'Union nationale ADMR, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente ;

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Francis CONTIS, président ;

La Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers, représentée par Bernard TALOUD, président ;

La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, représentée par Michel BONIN, Directeur général ,

Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

En application des articles L.162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale, sont convenues des termes de l'accord national qui suit.

PRÉAMBULE

Préserver l'égalité d'accès aux soins et faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies sont des priorités de santé publique. Les centres de santé représentent, à ce titre, un maillon indispensable du système de soins.

L'assurance maladie et les représentants des gestionnaires de centres de santé entendent contribuer conjointement au renforcement de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi, afin de conforter la place des centres de santé dans l'offre de soins ambulatoires, les parties signataires ont défini ensemble un cadre rénové de partenariat permettant de donner un nouvel essor à la modernisation et à l'adaptation des structures aux besoins actuels des assurés sociaux, dans le respect de l'ONDAM et sur la base d'indicateurs de processus et de résultats.

Afin de reconnaître leur identité commune, ce nouveau cadre conventionnel s'adresse à l'ensemble des centres de santé quel que soit leur type d'activité.

Les parties signataires s'accordent sur la mise en œuvre de mesures visant à développer la prise en charge coordonnée des patients par les différents professionnels de santé, à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, à valoriser la qualité des pratiques et l'efficacité et enfin à simplifier les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie.

Offrir des nouveaux services aux patients en mettant à profit le travail d'équipe

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de leur qualité de vie. Dans ce cadre, elles souhaitent mettre en place une organisation permettant d'améliorer l'accessibilité des soins, la coordination des professionnels de santé et le développement des systèmes d'information facilitant le travail en équipe au sein des centres de santé.

Elles entendent également encourager au sein des centres de santé, des dynamiques d'amélioration continue de la qualité dans l'organisation et la dispensation des soins, ainsi qu'une démarche d'accompagnement des patients présentant des problématiques sociales complexes qui nécessitent une orientation particulière pour une prise en charge adaptée de leur santé.

A ce titre, les parties signataires valorisent l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins en centres de santé par une rémunération forfaitaire fondée sur leur engagement à remplir ces objectifs partagés.

Renforcer l'accès aux soins

Le renforcement de l'accès aux soins est une priorité de l'accord national. Les parties signataires mettent ainsi en place des mesures en faveur de l'amélioration de la répartition de l'offre de soins et de son accessibilité. En outre, l'accord propose un engagement optionnel aux centres de santé ayant une activité dentaire visant à favoriser l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique des soins conservateurs.

Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales

Les signataires de l'accord affirment leur volonté de mettre en place les mesures nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales et à leur efficacité, notamment par la poursuite de l'informatisation des centres de santé afin de favoriser la tenue du dossier médical et le partage de l'information en interne, comme avec les autres acteurs externes de la prise en charge, de manière sécurisée.

Les signataires réaffirment leur engagement dans la prévention et dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,

Les parties signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer la rémunération des centres de santé de manière à valoriser l'activité du médecin traitant pour son rôle de coordination des soins et de suivi des patients notamment en matière de prévention en transposant notamment les majorations prévues pour les médecins libéraux dans ce cadre et par la mise en place d'une rémunération liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité des prescriptions.

Moderniser et améliorer les échanges et la vie conventionnelle

Les signataires de l'accord s'engagent dans une démarche de modernisation des relations entre les centres de santé et l'assurance maladie. L'accord vise à simplifier et sécuriser les échanges, notamment dans la pratique du tiers payant tout en maîtrisant les coûts de gestion du système de soins en développant de nouveaux services en ligne et en s'engageant dans une démarche visant à la dématérialisation des échanges.

Contenu

TITRE 1 : CONFORTER LA PLACE DES CENTRES DE SANTE DANS LES SOINS DE PROXIMITE	8
Sous-Titre 1 : Dispositions générales	8
Sous-Titre 2 : Améliorer l’accessibilité, l’organisation et la coordination des soins en centre de santé	9
Sous-Titre 3 : Améliorer l’accès aux soins de proximité	40
Sous-Titre 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient	74
TITRE 2 - MODALITES D’EXERCICE CONVENTIONNEL	102
TITRE 3 – GESTION DES ECHANGES AVEC L’ASSURANCE MALADIE.....	110
Sous-titre 1 : les échanges électroniques.....	110
Sous -Titre 2 : les outils d’aide à la gestion du tiers-payant	114
Sous-Titre 3 : Les téléservices	115
Sous-Titre 4 : Les actions d’accompagnement	116
TITRE 4 – VIE CONVENTIONNELLE.....	119
Sous-titre 1: durée, dénonciation et résiliation de l’accord national	119
Sous-titre 2 : modalités d’application de l’accord	119
Sous-titre 3 : instances conventionnelles	121
Sous-titre 4 : le non-respect des engagements conventionnels	126
ANNEXE 1 : MODALITES DE CALCUL DES REMUNERATIONS FORFAITAIRES DU BLOC COMMUN : BLOC COMMUN PRINCIPAL.....	130
ANNEXE 1 BIS : MODALITES DE CALCUL DES REMUNERATIONS FORFAITAIRES DU BLOC COMMUN : BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE	136
ANNEXE 2 : CHARTE D’ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTE MEDICAL OU POLYVALENT	139
ANNEXE 3 : CHARTE D’ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTE INFIRMIER	140
ANNEXE 4 : CHARTE D’ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTE DENTAIRE.....	142

ANNEXE 5 : MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE DEFINIES EN FONCTION DES OBJECTIFS DU PROJET REGIONAL DE SANTE.....	143
ANNEXE 7 : DISPOSITIF DE SCANNERISATION DES ORDONNANCES « SCOR »	146
ANNEXE 8 : CONTRAT INCITATIF DES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS - DISPOSITIONS TRANSITOIRES	151
ANNEXE 9 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS.....	154
ANNEXE 10 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS	155
ANNEXE 10 BIS : CONTRAT-TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS DANS LES ZONES SOUS DOTEES.....	156
ANNEXE 10 TER : CONTRAT TYPE NATIONAL DE STABILISATION ET DE COORDINATION POUR LES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS INSTALLEES DANS LES ZONES SOUS DOTEES.....	160
ANNEXE 10 QUATER : CONTRAT TYPE NATIONAL DE SOLIDARITE TERRITORIALE EN FAVEUR DES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS S'ENGAGEANT A REALISER UNE PARTIE DE LEUR ACTIVITE DANS LES ZONES SOUS DOTEES.....	164
ANNEXE 11 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE INFIRMIERS – DISPOSITIONS TRANSITOIRES	169
ANNEXE 12 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE INFIRMIERS.....	172
ANNEXE 13 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS	173
ANNEXE 14 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES – DISPOSITIONS TRANSITOIRES	182
ANNEXE 15 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES (OPTION 1).....	185
ANNEXE 16 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES (OPTION 2).....	186
ANNEXE 17 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS	187

ANNEXE 17 BIS : CONTRAT-TYPE D’AIDE A L’INSTALLATION DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES DANS LES ZONES TRES SOUS-DOTEES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES	188
ANNEXE 17 TER CONTRAT TYPE D’AIDE AU MAINTIEN DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES DANS LES ZONES LES ZONES DEFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES.....	192
ANNEXE 18 : MAJORATIONS D’ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES.....	199
ANNEXE 19 : MAJORATIONS SPECIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRES.....	203
ANNEXE 20 : CONTRAT D’ACCES AUX SOINS DENTAIRES VISANT A MAITRISER LES DEPASSEMENTS DES TARIFS DES ACTES PROTHETIQUES ET ORTHODONTIQUES	204
ANNEXE 21 : FORMULAIRE D’ADHESION AU CONTRAT D’ACCES AUX SOINS DENTAIRES VISANT A MAITRISER LES DEPASSEMENTS DES TARIFS DES ACTES PROTHETIQUES ET ORTHODONTIQUES.....	207
ANNEXE 22 : DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	208
ANNEXE 23 : LISTE DES SOINS CONSECUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D’EXAMENS BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES	213
ANNEXE 24 : REMUNERATION DU CENTRE DE SANTE AYANT ETE DECLARE COMME MEDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DE CERTAINS PATIENTS	220
ANNEXE 25 : REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE.....	221
ANNEXE 27 : FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENT A TRANSMETTRE A LA CAISSE PRIMAIRE DE SON RESSORT GEOGRAPHIQUE PAR LE CENTRE DE SANTE LORS DE SA CREATION	261
ANNEXE 28 : REGLEMENT INTERIEUR DES COMMISSIONS PARITAIRES	263
ANNEXE 29 : CONTRAT TYPE D’AIDE CONVENTIONNELLE A L’EMBAUCHE D’UN ASSISTANT MEDICAL	267
ANNEXE 30 : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP.....	274
ANNEXE 31 - CONTRAT TYPE D’AIDE CONVENTIONNELLE AU DEMARRAGE DE L’ACTIVITE SALARIEE D’INFIRMIERE EXCLUSIVE EN PRATIQUE AVANCEE	277

TITRE 1 : Conforter la place des centres de santé dans les soins de proximité

Sous-Titre 1 : Dispositions générales

Article 1. Définition et rôle d'un centre de santé

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les centres de santé sont des structures sanitaires ouvertes à tous, dispensant principalement des soins de premier recours, sans hébergement.

Ils sont créés et gérés :

- soit par des organismes à but non lucratif,
- soit par des collectivités territoriales,
- soit par des établissements de santé.

Les centres de santé répondent aux attentes des patients, de l'Etat et de l'assurance maladie en matière :

- de diversité de l'offre de soins : médicale, paramédicale et dentaire parfois dans les mêmes locaux, simplifiant ainsi le parcours de soins du patient ;
- d'implantation géographique : ils constituent des réponses pertinentes pour certains territoires fragiles en termes d'accès aux soins ;
- d'accessibilité financière en appliquant, conformément à la loi, le tiers-payant, en respectant les tarifs conventionnels, et en proposant notamment des tarifs de prothèses dentaires et de soins d'orthodontie maîtrisés.

Ils constituent une forme d'exercice en équipe, jugée attractive pour les professionnels de santé qui recherchent une activité dont l'organisation est favorable à la coordination des soins.

Les parties signataires souhaitent reconnaître pleinement et valoriser le rôle sanitaire et social spécifique des centres de santé dans l'offre de soins de proximité.

Article 2. Conditions d'exercice au sein d'un centre de santé

Le centre de santé s'engage, dans le respect des dispositions légales et réglementaires, à mettre en place une organisation permettant aux professionnels de santé qui y exercent de dispenser aux malades des soins de qualité et conformes aux données actuelles de la science et d'observer dans leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

A ce titre, il s'engage notamment à donner les moyens aux professionnels de santé qui y exercent de remplir leur obligation de développement professionnel continu conformément à la réglementation en vigueur.

Il s'engage à respecter les textes régissant l'exercice de son activité et toutes les dispositions du présent accord.

Le centre de santé met en œuvre les mesures nécessaires au respect du présent accord par l'ensemble des professionnels de santé et du personnel administratif salariés qui y exercent.

Les organismes d'assurance maladie s'engagent à respecter la mise en œuvre des dispositions du présent accord, en particulier en reconnaissant la spécificité des centres de santé dans leur mode de fonctionnement et en favorisant l'offre de services utiles à leur organisation.

Article 3. Champ de l'accord

Le présent accord national s'applique :

- d'une part, aux centres de santé installés sur le territoire français ayant dûment déclaré leur activité auprès de l'agence régionale de santé (ARS) de leur ressort géographique par l'envoi de leur projet de santé et ayant reçu un numéro d'identification par cette ARS ,
- d'autre part, aux organismes locaux de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

La date d'ouverture du droit à exercer des soins pour le centre de santé est la date d'attribution du numéro d'identification (FINESS) par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de son ressort géographique.

L'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux pour les activités dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques n'est ouverte qu'après agrément donné par l'Agence Régionale de Santé

Dans le présent accord, on entend par centre de santé, la personne morale gérant le centre de santé. Cette personne morale désigne le représentant légal qui engage le centre de santé dans le respect du présent accord.

Dans le présent accord, on entend par caisse primaire d'assurance maladie, la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de la sécurité sociale indifféremment.

Dans le présent accord, on entend par organismes locaux d'assurance maladie, les organismes relevant de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, la date d'ouverture du droit à exercer ces activités est la date d'agrément provisoire puis définitif délivré par le directeur général de l'ARS.

Dans le présent accord est désigné comme :

- centre de santé médical, le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive,
- centre de santé polyvalent :
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
- centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé,
- centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

Sous-Titre 2 : Améliorer l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins en centre de santé

Article 4. Principe d'une rémunération forfaitaire spécifique commune à tous les centres de santé

Les parties signataires reconnaissent l'identité commune et partagée par tous les centres de santé quelle que soit leur activité, ainsi que l'apport qu'ils représentent pour l'offre de soins de premier recours.

Leur spécificité, fondée sur la recherche d'une prise en charge globale, inclut une approche de promotion individuelle et collective de la santé, avec un fort contenu social.

L'exercice en centre de santé est également particulièrement adapté pour répondre aux exigences nouvelles de santé et aux attentes des patients, tout au long de leur parcours de soins, facilitant ainsi la coordination des acteurs, le partage d'information et la continuité des soins. Le développement du travail en équipe permet également de dégager du temps grâce à certaines activités mutualisées afin d'offrir de nouveaux services aux patients.

Afin d'accompagner les centres de santé et pour leur permettre de continuer à s'engager dans ce sens, un dispositif de rémunérations forfaitaires commun aux centres de santé est prévu pour valoriser l'atteinte d'objectifs définis par le présent accord, déclinés selon trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information.

Le rapport d'activité annuel, réalisé par le centre de santé, permet notamment de rendre compte de l'activité et des engagements de la structure dans ce cadre.

Article 5. Définition du bloc commun principal

Le premier bloc d'engagements reprend, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, les engagements et modalités de rémunération fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité¹.

Ces modalités sont déclinées pour les centres de santé dentaires et infirmiers en les adaptant à leurs propres spécificités.

Ainsi, des objectifs communs visent à renforcer la coordination entre les professionnels de santé au sein du centre de santé et à l'extérieur, à améliorer l'accès aux soins des patients, tout en favorisant l'accessibilité sociale.

Enfin, le développement du système d'information des centres facilite le partage des informations entre professionnels du centre et donc la coordination et l'amélioration de la prise en charge du patient.

Des engagements socle et des engagements optionnels sont distingués.

Les engagements socle sont obligatoirement remplis pour ouvrir droit au versement d'une rémunération. Toutefois, une progressivité est prévue dans le niveau d'atteinte de certains objectifs afin de laisser aux centres un temps d'adaptation pour parvenir à leur réalisation : le prérequis est considéré comme respecté mais ouvre droit à une rémunération minorée.

Les engagements optionnels sont facultatifs et donnent lieu à rémunération lorsqu'ils sont remplis.

Des engagements optionnels spécifiques sont identifiés pour les centres de santé polyvalents à forte activité infirmière ou dentaire.

Des engagements spécifiques sont réservés aux seuls centres de santé polyvalents.

Article 6. Définition du bloc commun complémentaire

Un deuxième bloc d'engagements complète le dispositif afin de valoriser des services complémentaires dans chacun des trois axes précités.

¹Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au JO du 27 février 2015

Il s'agit d'une part, d'objectifs d'organisation, de qualité de service et de mise en place de procédures de repérage et d'accompagnement de publics en situation de vulnérabilité pour l'ensemble des centres et d'autre part, d'objectifs plus spécifiques pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, en matière de dossiers informatisés de patients et d'utilisation des téléservices de l'assurance maladie.

Ce deuxième bloc est composé d'engagements optionnels.

Article 7. Fonctionnement du dispositif de rémunérations

Un tableau, récapitulant les objectifs et leur valorisation, figure en annexe 1 et 1 bis.

Il détaille les engagements spécifiques et les rémunérations afférentes pour chaque type de centre (centre de santé médical ou polyvalent, centre de santé dentaire et centre de santé infirmier) grâce à la définition de critères ou d'indicateurs.

Le niveau de rémunération dépend du niveau d'atteinte des objectifs mesuré selon des critères ou indicateurs et varie pour certains, en fonction de la taille de la patientèle ou du nombre de professionnels de santé.

Pour les centres de santé polyvalents, lorsque les critères ou les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs ont été respectés, des rémunérations supplémentaires fondées sur ces critères ou indicateurs, mais propres à l'activité infirmière, peuvent s'ajouter sous réserve que le nombre d'infirmiers exerçant en équivalent temps plein dans le centre de santé soit supérieur ou égal à la moitié du nombre de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé en équivalent temps plein, avec un nombre minimum de quatre infirmiers exerçant en équivalent temps plein.

Pour les centres de santé polyvalents, lorsque les critères ou les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs ont été respectés, des rémunérations supplémentaires fondées sur ces critères ou indicateurs, mais propres à l'activité dentaire, peuvent s'ajouter sous réserve que les honoraires totaux, issus de l'activité de soins dentaires soient supérieurs ou égaux à 20% des honoraires totaux, issus de la totalité des soins du centre.

Article 8. Bloc commun principal

Article 8.1. Favoriser l'accès aux soins (critère socle)

Article 8.1.1. Accessibilité des centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle)

Pour la valorisation de l'activité des centres de santé médicaux ou polyvalents, deux critères sont pris en compte.

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture

Les horaires d'ouverture couvrent toute la période de recours aux soins non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires.

Une réponse à la demande de soins des patients doit ainsi pouvoir être apportée en dehors des périodes couvertes par la permanence des soins, soit de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin de 8h à 12h, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.

Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire.

Les horaires couvrent également les périodes de congés scolaires.

Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture font l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme notamment, d'un message d'accueil téléphonique.

Critère 2 : Possibilité d'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Le centre de santé est organisé de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, reçoivent chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :

- disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),
- possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure.

Article 8.1.2. Accessibilité des centres de santé infirmiers (critère socle)

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture et soins non programmés

L'accès à des soins prescrits est garanti 24h/24 et 365 jours sur 365 ; l'accès à des soins prescrits non programmés est assuré chaque jour ouvré dans la limite des horaires de fonctionnement du centre de santé.

Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture font l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme notamment, d'un message d'accueil téléphonique.

Article 8.1.3. Accessibilité des centres de santé dentaires (critère socle)

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture

Les horaires d'ouverture couvrent toute la période de 8 h à 20 h en semaine, le samedi matin y compris pendant les congés scolaires, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé. Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire.

Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture font l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme notamment, d'un message d'accueil téléphonique.

Critère 2 : Soins non programmés

Les centres de santé dentaires sont organisés de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, reçoivent chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

Article 8.1.4. Charte d'engagement sur le service aux patients

Pour les trois types de centres de santé, l'ensemble de ces critères caractérisant l'accessibilité fait l'objet d'une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 2, 3, 4. Cette charte est affichée dans le centre de santé et est disponible sur le site ameli.fr dès lors que le service sur ameli.fr est opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 8.1.5 – Réponse aux crises sanitaires graves (critère socle)

Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ».

Les centres de santé s'engagent à apporter une réponse aux crises sanitaires graves et à en organiser les modalités de mise en œuvre en cas de crise sanitaire avérée.

A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse en cas de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...) et doit s'articuler, le cas échéant, avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.

Dès la survenue d'une crise sanitaire grave et dès lors que le plan de préparation aura été rédigé, toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients sera valorisée. Il s'agit pour le centre de santé de prendre en charge les patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et d'adapter l'organisation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.

Cet indicateur s'applique aux trois types de centres de santé.

Article 8.2. Missions de santé publique (critère optionnel)

Ces objectifs sont optionnels pour tous les centres de santé.

Ces missions sont définies dans la liste figurant en annexe 5 ou s'inscrivent en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

Article 8.2.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Des missions de santé publique définies dans la liste figurant dans l'annexe 5 du présent accord ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent permettre aux structures de bénéficier d'une valorisation complémentaire dans la limite de deux projets rémunérés.

Le centre de santé médical ou polyvalent bénéficie d'une valorisation complémentaire dès lors qu'il salarie un infirmier en pratique avancée (IPA), au regard de ses compétences apportées.

Article 8.2.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité infirmière ou dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7

Une mission complémentaire peut être réalisée dans les mêmes conditions que dans les centres de santé infirmiers ou dentaires par les infirmiers ou les chirurgiens-dentistes.

Article 8.2.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention et de promotion de la santé à choisir dans la liste figurant dans l'annexe 5 du présent accord ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent être réalisées, dans la limite de deux projets rémunérés.

Ces missions de relais se traduisent notamment par la mise à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie.

Article 8.2.4. Pour les centres de santé dentaires

Une mission de santé publique au sein du centre de santé, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 du présent accord.

Article 8.3. Favoriser le travail en équipe et la coordination

Champ majeur de la coordination pluri-professionnelle, le travail en équipe doit tout particulièrement porter sur les patients ou les situations complexes, sur la base des situations identifiées ci-dessous.

Article 8.3.1. La concertation professionnelle (critère socle)

Article 8.3.1.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Une concertation formalisée et régulière sur les dossiers de cas complexes est organisée entre médecins et autres professionnels de santé du centre de santé. Ces revues pluri-professionnelles régulières portent sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficacité.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.

Ces comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Les thèmes listés ci-après sont privilégiés pour cette concertation autour des dossiers patients :

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;

- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...)
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Pour respecter cet engagement, le centre de santé doit tenir au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients relevant d'un des thèmes définis au présent article. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre.

Un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient, sous une forme paramétrable, permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.

Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5% de la patientèle médecins traitant du centre de santé (au sens de la patientèle définie à l'article 13.1 du présent accord) présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans, sous réserve de leur consentement au partage d'information. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD. Le taux de réalisation est calculé par rapport à cet objectif.

Le centre de santé transmet à l'assurance maladie le calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus de réunions de concertation sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.

Le centre de santé médical ou polyvalent bénéficie d'une valorisation complémentaire dès lors qu'il salarie un infirmier en pratique avancée (IPA), au regard de ses compétences apportées.

Article 8.3.1.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sont organisées et portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'examen des dossiers de patients complexes.

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Article 8.3.1.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des réunions de coordination entre infirmiers sont organisées en présence de l'infirmière en charge de la coordination et portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'élaboration et le suivi de protocoles de prise en charge.

Au moins six réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande

Article 8.3.1.4. Pour les centres de santé dentaires

Des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sont organisées en présence du coordonnateur et portent sur l'organisation interne des soins ou sur des dossiers de patients complexes.

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Article 8.3.2. La formation des jeunes professionnels (critère optionnel)

Le centre de santé constitue un terrain privilégié de stages de formation pour les professionnels de santé selon des modalités propres à chaque profession.

Ils sont organisés à raison :

- d'au moins deux stages par an pour les centres de santé médicaux ou polyvalents
- d'au moins un stage par an pour les centres de santé infirmiers ou dentaires.

Pour les centres polyvalents ayant une activité infirmière au-dessus du seuil défini à l'article 7, un stage supplémentaire de jeunes infirmiers est organisé.

Pour les centres polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7, un stage supplémentaire de jeunes chirurgiens-dentistes est organisé.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

Article 8.3.3 La coordination externe

Article 8.3.3.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère optionnel)

Les professionnels de santé du centre de santé mettent en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs au centre de santé ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de Santé (HAS), établi par le médecin traitant et complété par les informations recueillies auprès des autres professionnels de santé du centre nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de santé du centre dans le respect de la réglementation en vigueur est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, les modalités de transmission, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, de données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison) sont également précisées au sein du centre de santé.

Ces différentes procédures sont accessibles à l'ensemble des professionnels de santé du centre de santé.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

Article 8.3.3.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Un contrat passé dans les mêmes conditions que celles définies pour les centres de santé dentaires est également valorisé.

Le centre de santé fournit une copie du contrat à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 8.3.3.3. Pour les centres de santé infirmiers (critère socle)

Critère 1

Une procédure conforme à la réglementation en vigueur est établie pour définir les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs au centre ainsi que vers les services et établissements sanitaires ou vers les établissements et services médico-sociaux.

Critère 2

Des conventions sont signées avec au moins deux établissements sanitaires ou établissements et services médico-sociaux à des fins de partage d'information et de coordination, soit dans le cadre d'un relais de prise en charge entre les acteurs, soit pour une prise en charge concomitante. Cette coordination permet d'améliorer la prise en charge du patient et notamment les sorties d'hospitalisation.

Critère 3

Un répertoire de l'offre sanitaire et sociale de proximité est établi et actualisé régulièrement par le centre de santé.

Critère 4

Le centre de santé s'engage à informer le médecin traitant du patient lorsqu'un infirmier du centre réalise l'injection du vaccin antigrippale dans les conditions de l'article R. 4311-5-1 du code de la santé publique.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

Le respect de l'ensemble de ces critères ouvre droit à rémunération.

Article 8.3.3.4. Pour les centres de santé dentaires (critère optionnel)

Afin de favoriser cette mission de coordination externe, l'accord prévoit de valoriser les contrats passés entre un centre de santé dentaire et l'une des structures suivantes :

- EHPAD
- établissement médico-social
- établissement pénitentiaire
- établissement scolaire (réseau d'éducation prioritaire REP, REP+).

Les actions que réalisent les chirurgiens-dentistes salariés en dehors du centre de santé au bénéfice de ces publics définis dans cet article peuvent prendre la forme de :

- formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en charge de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées/en ESMS/en situation de handicap ;
- dépistage dans des ESMS suivis d'une prise en charge par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins.

Le centre de santé fournit une copie des contrats à la caisse primaire d'assurance maladie. Pour donner lieu à la rémunération, les contrats doivent prévoir a minima 3 interventions dans l'année de chirurgiens-dentistes salariés en dehors de la structure.

Article 8.3.4. Fonction de coordination

Article 8.3.4.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle)

La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein du centre de santé (y compris par des professionnels de santé) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- animation de la coordination interprofessionnelle,
- coordination des parcours et des dossiers patients,
- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,...) ou collectivités.

Article 8.3.4.2. Pour les centres de santé infirmiers (critère socle)

L'organisation des interventions, l'information des patients sur leurs droits, etc., sont confiées à un responsable identifié. Pour la bonne mise en œuvre des engagements en termes de coordination interne et externe du centre, un infirmier identifié est spécifiquement chargé de la coordination.

Article 8.3.4.3. Pour les centres de santé dentaires (critère socle)

La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein du centre de santé (y compris par des professionnels de santé) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- animation de la coordination interprofessionnelle,
- coordination des parcours et des dossiers patients,
- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,...) ou collectivités.

Article 8.3.5. Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) – (critère optionnel)

Cet indicateur vise à valoriser la participation des centres de santé polyvalents et médicaux et la prise en charge de nouveaux patients orientés par le Service d'accès aux soins (SAS), le cas échéant, via la régulation du SAS mis en place au niveau territorial par l'Agence régionale de santé.

Le centre de santé doit :

- avoir un agenda ouvert au public permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le centre de santé ou partagé avec la structure de régulation du SAS, avec dans ce cas un minimum de 2 heures ouvertes par ETP de médecin généraliste salarié du centre de santé par semaine ;
- et être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ou participer à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont

l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles.

Article 8.3.6 Comités médicaux et dentaires

Article 8.3.6.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère optionnel)

Conformément aux dispositions réglementaires, le centre de santé, ayant une activité dentaire et/ou ophtalmologique, met en place un comité dès lors qu'il emploie plus d'un ophtalmologue et/ou chirurgien-dentiste. Ce comité rassemble l'ensemble des professionnels médicaux exerçant dans le centre au titre de ces activités, à l'exclusion du représentant légal de l'organisme gestionnaire. Il est, avec le gestionnaire, responsable de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue des professionnels de santé exerçant dans le centre au titre de ces activités.

Au moins 4 réunions par comité (dentaire ou ophtalmologique) sont réalisées tous les ans.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Après publication des dispositions réglementaires visant à définir les modalités d'organisation de ces comités, les parties signataires s'engagent à définir une valorisation par voie d'avenant.

Article 8.3.6.2 Pour les centres de santé dentaires

Conformément aux dispositions réglementaires, le centre de santé dentaire met en place un comité dès lors qu'il emploie plus d'un chirurgien-dentiste.

Ce comité rassemble l'ensemble des professionnels médicaux exerçant dans le centre au titre de l'activité dentaire, à l'exclusion du représentant légal de l'organisme gestionnaire. Il est, avec le gestionnaire, responsable de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue des professionnels de santé exerçant dans le centre au titre de l'activité dentaire.

Au moins 4 réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Après publication des dispositions réglementaires visant à définir les modalités d'organisation de ces comités, les parties signataires s'engagent à définir une valorisation par voie d'avenant.

Article 8.4. Favoriser le développement des systèmes d'information

Afin d'améliorer la coordination des soins, le centre de santé s'engage à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein du centre de santé.

La rémunération correspondante annuelle est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Article 8.4.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle)

Le centre de santé dispose d'un système d'information labellisé niveau standard par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au bon fonctionnement d'un centre de santé. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.

Les dossiers des patients sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

A compter de 2023, les centres de santé doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS.

Article 8.4.2. Pour les centres de santé infirmiers (critère socle)

Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant:

- la tenue d'un dossier infirmier informatisé, structuré et partagé entre les professionnels de santé du centre,
- l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile du patient,
- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est à terme DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.4.3. Pour les centres de santé dentaires (critère socle)

Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant :

- la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré,
- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est à terme DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.4.4. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Une valorisation supplémentaire est prévue pour la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré tel que défini pour les centres de santé dentaires ; ce dossier informatisé est intégré dans le système d'information partagé du centre de santé polyvalent.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.5. Engagements spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents

Ces engagements spécifiques reprennent pour les centres médicaux ou polyvalents les mêmes engagements et modalités de rémunération que ceux fixés par l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles signé le 20 avril 2017, sous réserve de sa publication au journal officiel.

Pour la valorisation de l'activité des centres de santé, les critères suivants sont pris en compte.

Article 8.5.1 Favoriser l'accès aux soins : diversification de l'offre de soins (critère optionnel)

L'offre d'une diversité de services médicaux spécialisés et paramédicaux permet de faciliter l'accès aux soins des patients.

Plusieurs modalités peuvent être mises en œuvre comme l'organisation par le centre de santé, dans ses locaux, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, d'accès à des sages-femmes ou chirurgiens-dentistes (en moyenne 2 jours par mois ; une valorisation supplémentaire est possible si ces créneaux de consultations sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein - ETP) ou la présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels salariés du centre de santé.

La présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels du centre de santé autres que ceux déjà pris en compte dans le critère ci-dessus, fait l'objet d'une valorisation appliquée en fonction du nombre de professionnels présents.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes. Ces documents précisent le temps d'intervention dans le centre de santé de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels salariés des centres de santé est vérifiée par la caisse primaire d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé fournie par le centre.

Article 8.5.2. Favoriser le travail en équipe : protocoles pluri-professionnels (critère socle)

Les protocoles pluri-professionnels facilitent la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.

Ces protocoles doivent :

- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),
- être adaptés à chaque équipe,
- répondre à un vrai besoin,
- formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
- être simples, aisément consultables lors des soins,
- préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge que ces derniers exercent dans le centre de santé ou dans le cadre d'une convention partenariale avec celui-ci et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes visés à l'article 8.3.1.1 du présent accord.

Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant à l'article 8.3.1.1 font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.

Une copie de ces protocoles et le cas échéant de ces conventions de partenariat est transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

Le centre de santé médical ou polyvalent bénéficie d'une valorisation complémentaire dès lors qu'il salarie un infirmier en pratique avancée (IPA), au regard de ses compétences apportées.

Article 8.5.3 Favoriser le développement des systèmes d'information (critère optionnel)

Une valorisation supplémentaire est prévue pour les centres de santé médicaux ou polyvalents disposant d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé, tel que décrit à l'article 8.4.1 du présent accord, labellisé de niveau avancé.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures, du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location du logiciel attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

Article 8.5.4. Favoriser l'accès aux soins : accueil d'un centre de santé adhérent à un contrat de solidarité territoriale (critère optionnel)

Le centre de santé polyvalent ou médical qui accueille au sein de sa structure au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé signataire d'un contrat de solidarité territoriale défini à l'article 19.3 de l'accord national bénéficie d'une valorisation supplémentaire.

Cette disposition est également applicable au centre de santé infirmier ou dentaire qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens du FINESS, du fait de l'intégration d'au moins un ETP de médecin généraliste salarié.

Article 8.5.5 - Favoriser l'accès aux soins : soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (critère optionnel)

Le centre de santé bénéficie d'une valorisation supplémentaire dès lors qu'il s'organise pour participer au SAS (indicateur 8.3.5) et prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS.

Article 8.5.6 – Protocoles nationaux de coopération de soins non programmés (critère optionnel)

La mise en œuvre de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020) sont valorisés.

Article 8.5.7 – Parcours insuffisance cardiaque (critère optionnel)

Dans le cadre de sa participation au parcours sur l'insuffisance cardiaque, la structure répond 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.

L'objectif commun est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques.

Dans le cadre de ce parcours, un accompagnement par l'assurance maladie sera proposé.

Article 8.5.8 - Coordination d'un parcours surpoids et obésité de l'enfant (critère optionnel)

Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 5).

Il s'agit de valoriser par cet indicateur les structures intégrées dans 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, tel que défini dans le code de la santé publique.

Article 8.6. Prise en compte des patients en situation de précarité

Afin de prendre en compte la spécificité du rôle des centres de santé dans la prise en charge des patients en situation de précarité, une majoration de la rémunération en fonction du taux de précarité des patients du centre de santé, comparé au taux national, tel que défini à l'article 15.6.4 est appliquée.

Article 8.7. Engagements spécifiques des centres de santé infirmiers dans la coordination avec les Maisons de Santé Pluri-professionnelle

Les critères définis ci-après s'inscrivent dans le cadre de conventions conclues entre le centre de santé infirmier et une maison de santé pluriprofessionnelle ayant adhéré à l'accord conventionnel interprofessionnel des structures d'exercice coordonné. Une copie de cette convention est transmise, à sa demande, à l'assurance maladie.

Ces critères sont valorisés en sus des indicateurs définis précédemment pour les centres de santé infirmiers.

Article 8.7.1. Implication des centres de santé infirmiers dans la concertation professionnelle (critère optionnel)

Des réunions de concertation autour de cas patients sont organisées entre les infirmiers salariés des centres de santé infirmiers et les professionnels de santé d'une ou de plusieurs maisons de santé pluriprofessionnelles pour définir la stratégie de prise en charge et coordonner sa mise en œuvre.

Les comptes-rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Article 8.7.2. Implication des centres de santé infirmiers dans les protocoles pluriprofessionnels (critère optionnel)

Les centres de santé infirmiers participent à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels avec les professionnels de santé exerçant au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles facilitant la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé conformément aux dispositions de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.

Une copie de ces protocoles est transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

Article 8.7.3. Valorisation de l'acquisition d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé (ex-ASIP Santé) par les centres de santé infirmiers

Les centres de santé infirmiers ayant fait l'acquisition d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé (ex-ASIP Santé), en sus d'un logiciel métier infirmier bénéficient d'une valorisation supplémentaire sous forme d'une rémunération forfaitaire.

Article 9. Bloc commun complémentaire

Article 9.1. Engagements optionnels communs à tous les centres

L'ensemble de ces engagements sont optionnels.

Article 9.1.1. S'engager dans une démarche qualité (critère optionnel)

Les représentants des centres de santé ont souhaité s'engager dans une démarche qualité des centres de santé, fondée sur l'évaluation de leurs pratiques organisationnelles, telle que décrite dans un référentiel élaboré par le Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS).

Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue de l'organisation et de la dispensation des soins dans les centres de santé. Elle vise également à contribuer à la reconnaissance de la qualité des prestations en centre de santé et à la confiance du public conformément au référentiel précité. Ce référentiel et des conseils de mise en œuvre permettant l'auto-évaluation des centres de santé ont été établis avec l'appui méthodologique de la HAS ².

Les parties signataires souhaitent contribuer à promouvoir cet objectif par une valorisation financière progressive et cumulative selon le niveau d'atteinte des différentes étapes dans ce processus d'amélioration de la qualité des services offerts par les centres de santé.

Quatre niveaux de réalisation sont distingués dans la démarche d'auto-évaluation avec production d'un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) sur la base du référentiel HAS - RNOGCS :

- 1er niveau : désignation d'un coordinateur de la démarche qualité et identification d'un professionnel de santé de l'équipe de soins en charge d'élaborer et d'actualiser le projet de santé du centre et d'animer médicalement la structure pour renforcer la qualité de la prise en charge;

- 2ème niveau : atteinte au-delà de 50% des critères intégrés au PAQ;

- 3ème niveau : atteinte de 100% des critères intégrés au PAQ;

2 HAS/RNOGCS – Référentiel d'évaluation des centres de santé - Février 2007

- 4ème niveau : certification du centre de santé par un audit externe d'un organisme habilité.

Les documents, le PAQ et l'attestation de certification sont transmis par le centre de santé à la caisse primaire d'assurance maladie. Chaque année, le centre de santé rend compte dans le rapport d'activité de l'état d'avancement de la démarche qualité.

Article 9.1.2. Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables (critère optionnel)

Les centres de santé ont développé de manière privilégiée une approche sociale complétant la prise en charge des soins, facilitée par la pratique du tiers payant et le respect des tarifs opposables, cela constitue un recours déterminant pour les patients en situation de précarité mais également pour les publics vulnérables. Les parties signataires soulignent, outre l'importance de prendre en charge les patients en situation de précarité telle que définie à l'article 8.6, celle d'accompagner spécifiquement les publics vulnérables.

Cette vulnérabilité est liée à des situations sanitaires ou sociales particulières dans un contexte de grande précarité ou d'isolement avec rupture des dispositifs de protection sociale.

Elle concerne les personnes pour lesquelles l'impossibilité d'accéder à certains droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de leur situation sanitaire ou sociale, qui sont victimes de maltraitance ou de violence, porteuses d'un handicap lourd, présentant des troubles sévères du comportement ou souffrant d'addiction à l'alcool ou aux drogues illicites, nécessitant une orientation particulière pour une prise en charge adaptée.

Il peut s'agir également d'une patientèle démunie, en rupture d'accès aux soins et de protection sociale, requérant un accompagnement pour l'ouverture des droits.

Afin d'encourager un engagement renforcé des centres de santé dans ce domaine, une valorisation financière de l'atteinte d'objectifs est définie au regard de trois niveaux d'implication des centres de santé. Chaque niveau est décliné en sous-catégories avec des actions spécifiques.

Ainsi, pour le **niveau 1**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

Identifier et repérer les publics	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	Aller vers et faire avec	Se coordonner avec les acteurs
La structure s'engage à réaliser un diagnostic des freins principaux de l'accès aux soins de la patientèle du centre et/ou à organiser le repérage, au sein de la patientèle, de public vulnérable permettant une prise en charge complémentaire à la prise en charge des soins.	La structure s'engage à proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilités.	La structure aide à la prise de rendez-vous des soins de second recours.	La structure oriente de manière structurée (fiche de liaison) cette patientèle vers des partenaires sociaux et médico-sociaux.

Pour le **niveau 2**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

Identifier et repérer les publics	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	Aller vers et faire avec	Se coordonner avec les acteurs
<p>La structure s'engage à organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité.</p>	<p>La structure s'engage à construire des outils de communication ciblés pour faciliter le parcours de santé et/ou à organiser des solutions d'interprétariat communautaire en amont des consultations. Le centre de santé employant des sages-femmes peut également choisir de mettre en place des interventions réalisées par les sages-femmes salariées en dehors de la structure (par exemple : interventions réalisées en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire, en centre d'hébergement, en centre de formation professionnel, en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et EHPAD). La réalisation de cette action donne lieu à une valorisation supplémentaire si le niveau 2 est atteint</p>	<p>La structure s'engage à soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - aider à l'instruction des droits santé - pratiquer le tiers payant intégral - accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droits / soins) 	<p>La structure s'engage à soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes <input type="checkbox"/> - contribuer à des réunions portant sur des cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes / santé mentale / pathologie chronique)

Pour le **niveau 3**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

Identifier et repérer les publics	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	Aller vers et faire avec	Se coordonner avec les acteurs
La structure s'engage à mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants / hôtels sociaux)	La structure s'engage à soit : - disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle <input type="checkbox"/> - 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	La structure s'engage à soit : - proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage / prévention) <input type="checkbox"/> - mettre en œuvre une Pass de ville	La structure s'engage à structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données.

Pour valider chaque niveau, le centre de santé doit remplir au moins deux des quatre sous-catégories. La validation d'une sous-catégorie est possible dès lors qu'au moins une des actions mentionnées est remplie. Ces niveaux se cumulent et la validation d'un niveau dépend de la validation du niveau inférieur. Ces critères sont communs à tous les types de centres de santé. Le niveau de la rémunération est fixé en fonction de la patientèle CSS et AME du centre de santé, telle que définie à l'article 16.4.

La présence d'un médiateur en santé au sein du centre de santé fait l'objet d'une valorisation, rendue possible dès lors que le centre de santé a validé *a minima* le niveau 1 de l'échelle définie ci-dessus. La fonction de médiateur en santé est assurée par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction ou ayant un temps de travail identifié à cette fonction. Il s'agit notamment au travers de ce poste d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

Article 9.1.3. Implication des patients (critère optionnel)

Les parties signataires souhaitent favoriser l'information à destination des patients sur l'organisation et le fonctionnement des centres de santé afin de faciliter leur accès aux soins.

Pour cela, la mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins sont valorisés. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc.).

Par ailleurs, les parties signataires souhaitent favoriser l'implication des patients dans leur parcours de santé mais aussi dans les projets portés par le centre de santé. Ainsi, la mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers sont valorisés.

Article 9.1.4. Moderniser les échanges avec l'assurance maladie par la télétransmission et les téléservices (critère optionnel)

Deux critères relatifs à l'utilisation de l'équipement informatique sont définis afin de valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie, notamment via la télétransmission et les téléservices.

Critère 1 : Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »

Afin de fiabiliser et de rendre rapidement opérationnelle la télétransmission des pièces justificatives dématérialisées par les centres de santé médicaux ou polyvalents ou infirmiers aux organismes locaux d'assurance maladie, les parties conviennent de mettre en place un dispositif de scannérisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées, dénommé « SCOR ».

Cette solution permet l'envoi de ces pièces justificatives selon les modalités prévues par l'article 34 du présent accord.

Dans ce cadre, les parties signataires conviennent de la nécessité, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi de la copie de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles de la copie de l'ordonnance sur support papier.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 7 du présent accord permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'à la copie de l'ordonnance papier.

La rémunération liée au respect de ce critère est fixée à l'article 16 conformément aux annexes 1 et 1 bis.

Critère 2 : Télétransmission

Les parties signataires confirment l'intérêt du processus de généralisation de l'utilisation des feuilles de soins électroniques conformes à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale, qui facilite les échanges avec l'assurance maladie et simplifie la prise en charge des assurés sociaux.

L'indicateur permettant de juger du respect de ce critère est le taux de télétransmission, il est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis en mode sécurisé et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national d'information de l'assurance maladie.

Le critère ouvrant droit à rémunération est atteint lorsque la part d'activité en mode SESAM-Vitale sécurisé correspond au moins à 70%.

La rémunération liée au respect de ce critère est fixée à l'article 16 conformément aux annexes 1 et 1 bis.

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 spécification de référencement Ségur (cf. article 28.9.2).

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.

Article 9.2. Engagements optionnels spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents

L'objectif est d'encourager l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour l'utilisation des téléservices dans les échanges avec l'assurance maladie.

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de l'utilisation des téléservices mis à la disposition des centres de santé par l'assurance maladie.

L'établissement d'un justificatif informatique atteste de l'intégration de ces téléservices dans le logiciel du centre de santé.

Ce justificatif est transmis par le centre de santé à la caisse primaire d'assurance maladie. Ce dernier peut vérifier l'utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des centres de santé.

Le respect de ce critère donne lieu à une valorisation financière.

Article 9.2.1. Indicateurs d'usages (critère optionnel)

- Indicateur d'usage et remplissage du DMP :

Depuis 2022 a été mis en place un indicateur pour valoriser l'alimentation du DMP par les centres de santé, afin que les patients puissent conserver dans un espace sécurisé leurs documents médicaux, en particulier leurs prescriptions médicamenteuses. L'atteinte d'un taux de 20 % des consultations réalisées par le centre de santé dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur.

A compter de 2024, l'atteinte d'un taux d'au moins 30% des consultations réalisées par le centre de santé dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur.

- Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients :

Depuis 2022, a été mis en place un indicateur pour l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé. En 2022 et 2023, l'atteinte d'un taux d'au moins 5 % des consultations réalisées par le centre de santé comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé permet de valider l'indicateur.

A compter de 2024, l'atteinte d'un taux d'au moins 10% des consultations réalisées par le centre de santé comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé permet de valider l'indicateur.

- Indicateur d'usage de la e-prescription :

A compter de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage du service de e-prescription défini selon les modalités décrites à l'annexe 32 de l'accord national. L'atteinte d'un taux de 30 % des prescriptions de produits de santé des médecins du centre de santé établies pour sa patientèle réalisée via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.

A compter de 2024, l'atteinte d'un taux de 40 % des prescriptions de produits de santé des médecins du centre de santé établies pour sa patientèle réalisée via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.

- Indicateur d'usage de l'application e-carte Vitale :

A partir de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage de l'application carte Vitale déployée à partir de 2022. A compter de 2023, l'envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur.

Article 9.2.2. Utilisation des téléservices (critère optionnel)

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de l'utilisation des téléservices mis à la disposition des centres de santé par l'assurance maladie.

L'établissement d'un justificatif informatique atteste de l'intégration de ces téléservices dans le logiciel du centre de santé.

Ce justificatif est transmis par le centre de santé à la caisse primaire d'assurance maladie. Ce dernier peut vérifier l'utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des centres de santé.

Article 9.2.3. Valoriser le recours à la télémédecine

Deux critères relatifs à la télémédecine sont définis afin de valoriser notamment le recours aux actes de téléconsultations dont la facturation est ouverte depuis le 15 septembre 2018 à la suite de l'avenant 6 à la convention médicale.

Ces critères s'appliquent également aux infirmiers salariés des centres de santé polyvalents.

Critère 1 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2019. Le centre de santé dispose d'un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation par les médecins salariés du centre de santé, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

A compter de l'année 2020, pour les centres de santé salariant des infirmiers, un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée supplémentaire est valorisé.

Critère 2 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2019. Le centre de santé dispose des équipements médicaux connectés pour les médecins salariés du centre de santé, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

A compter de l'année 2020, les équipements connectés pour les infirmiers salariés du centre de santé sont également valorisés.

Article 9.2.4. Capacité à coder les données

Cet indicateur vise à mesurer la capacité du centre de santé à produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que les médecins salariés du centre de santé élaborent dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Le centre de santé transmet à l'assurance maladie, à sa demande, le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

Article 9.2.5. Médiateur en santé

Est valorisée la présence de médiateur en santé au sein du centre de santé.

La fonction de médiateur en santé est assurée par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction ou ayant un temps identifié et dédié à cette fonction.

Il s'agit notamment au travers de ce poste d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

Article 9.3 Engagements optionnels spécifiques des centres de santé infirmiers

Article 9.3.1. Valoriser le recours à la télémédecine

Deux critères relatifs à la télémédecine sont définis afin de soutenir l'investissement des centres de santé infirmiers dans le déploiement de l'activité de télémédecine

Critère 1 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2020. Le centre de santé dispose d'un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine.

Critère 2 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2020. Le centre de santé dispose des équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Article 10. Principes de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire et en fonction du type de centre : centre médical ou polyvalent, centre de santé infirmier ou centre de santé dentaire.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Article 11. Règle d'indivisibilité du dispositif de rémunération et de non cumul

Ce dispositif de rémunération rétribue le respect des engagements des centres de santé répertoriés dans les blocs communs principal et complémentaire tels que définis dans le présent sous-titre et aux annexes 1 et 1 bis , de façon forfaitaire et indivisible. Ce dispositif de rémunération n'est pas applicable lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement de type conventionnel avec l'assurance maladie.

Article 12. Prérequis donnant droit à la rémunération spécifique commune à tous les centres de santé

La rémunération de base est liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et définis comme des prérequis soient respectés. Il s'agit de l'ensemble des indicateurs définis à l'article 8.1 du présent accord, ainsi que des indicateurs « Fonction de coordination » et « Système d'information niveau standard »

Le caractère obligatoire ou optionnel des critères est mentionné à la fin du libellé de chaque critère dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

Article 13. Rémunérations fixes et variables

Les modalités de calcul du montant de la rémunération sont précisées dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

Les deux niveaux d'objectifs (socle et optionnel) ouvrent droit chacun au paiement d'une rémunération fixe et d'une rémunération variable en fonction, selon le cas, de la patientèle du centre de santé ou du nombre de professionnels de santé exerçant dans le centre, calculé en équivalent temps plein (ETP).

Le caractère fixe ou variable de la rémunération est mentionné à la fin du libellé de chaque critère dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur dans le tableau des annexes 1 et 1 bis correspond à un taux de réalisation de 100%.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période de référence.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date d'adhésion à l'accord au cours de l'année civile de référence.

La valeur du point est fixée à 7 € en référence aux dispositions de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles signé le 20 avril 2017.

Article 13.1 Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents

Le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle du centre de santé correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins salariés du centre de santé et est calculée au 31/12 de l'année considérée.

Par dérogation, pour les années 2017, 2018 et 2019, afin de tenir compte notamment de la montée en charge progressive du dispositif « médecin traitant de l'enfant » instauré par la loi de modernisation de notre système de santé, la patientèle du centre de santé est calculée selon les modalités suivantes :

La patientèle du centre de santé pour 2017, 2018 et 2019 est égale à la somme :

- du nombre de patients de plus de 16 ans ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins salariés du centre de santé, observé au 31 décembre de l'année de référence,
- et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant bénéficié d'au moins 2 soins de médecins généralistes salariés du centre de santé, observé au 31 décembre de l'année de référence.

Un bilan de la montée en charge du dispositif « médecin traitant de l'enfant » sera réalisé en 2020 en CPN à l'issue duquel les membres de la commission pourront décider, le cas échéant, la fin de la dérogation ou son maintien au titre de 2020.

A compter de 2020, est ajouté à la patientèle de référence, la patientèle AME. Celle-ci correspond à la somme du nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins 2 soins de médecins généralistes salariés du centre de santé, facturés dans l'année de référence.

Article 13.2 Rémunération variable des centres de santé dentaires ou au titre de l'activité dentaire des centres de santé polyvalents

Le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 2 600 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie comme la somme du nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins un soin remboursable facturé par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé au cours de l'année de référence.

Article 13.3 Rémunération variable des centres de santé infirmiers ou au titre de l'activité infirmière dans les centres de santé polyvalents

Pour le respect du critère relatif au système d'information, le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction du nombre d'infirmiers exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP).

Pour le respect des autres critères, le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 450 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie comme le nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins trois soins facturés et remboursables réalisés à des dates différentes dans l'année par un des infirmiers du centre de santé.

Si le taux de patients en Affection de Longue Durée (ALD) ou en invalidité dans la patientèle de référence est supérieur au taux observé au niveau national (45,2%), une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure est appliquée en pourcentage à la patientèle de référence. Cette majoration de patientèle est au maximum de 20%.

Article 14. Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères

Par dérogation, pour les centres de santé disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP Santé, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles et prérequis précités sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information niveau standard ».

Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée par le logiciel et l'année civile suivante. Durant cette période, la structure conserve le bénéfice, à titre dérogatoire, des rémunérations liées à l'indicateur sur le système d'information sous réserve que celui-ci ait été atteint les années précédentes.

Dispositions spécifiques pour les centres nouvellement créés :

Les centres de santé nouvellement créés sont entendus comme les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date à laquelle ils sont régis par l'accord national.

Par dérogation, durant les deux premières années civiles où le centre de santé est régi par le présent accord (année civile durant laquelle il a commencé à être régi par l'accord national et année civile suivante), le déclenchement de la rémunération pour les centres de santé nouvellement créés intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis comme des prérequis à l'article 12 du présent accord sont atteints.

Article 15. Calcul de la rémunération du bloc commun principal

Article 15.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

A titre d'exemple, l'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 11 745 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients telle que visée à l'article 13.1 (hors forte activité) :

- 6 450 points pour le niveau socle, dont 3 200 points pour la partie fixe et 3 250 points pour la partie variable comprenant 3 050 points en fonction de la patientèle et 200 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;
- 5 295 points pour le niveau optionnel, dont 3 895 points pour la partie fixe et 1 400 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle/ETP).

Article 15.2 Pour les centres de santé infirmiers

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 3 375 points, pour une patientèle de référence de 450 patients telle que visée à l'article 13.3 :

- 2 050 points pour le niveau socle, dont 1 300 pour la partie fixe et 750 pour la partie variable comprenant 650 points variable en fonction de la patientèle et 100 points variable en fonction du nombre d'infirmiers salariés du centre ;
- 1 325 points pour le niveau optionnel, dont 925 pour la partie fixe et 400 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Article 15.3 Pour les centres de santé dentaires

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 3 075 points, pour une patientèle de référence de 2 600 patients telle que visée à l'article 13.2 :

- 1 700 points pour le niveau socle, dont 1 150 pour la partie fixe et 550 points variable en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes salariés du centre ;

1 375 points pour le niveau optionnel, dont 1 175 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Article 15.4 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents disposant d'une activité significative de soins infirmiers et/ou de soins dentaires.

Le dispositif est complété par un nombre de points de :

- 425 points optionnels, dont 225 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable pour l'activité infirmière des centres de santé médicaux ou polyvalents lorsque le seuil défini à l'article 7 est atteint ;
- 1 275 points optionnels, dont 625 pour la partie fixe et 650 pour la partie variable pour l'activité dentaire des centres de santé médicaux ou polyvalents lorsque le seuil défini à l'article 7 est atteint.

Article 15.5 Minoration liée à la progressivité de l'atteinte de certains critères

- Accessibilité du centre :

A titre dérogatoire aux dispositions de l'article 8.1.1, afin que les centres de santé médicaux ou polyvalents puissent s'adapter à cet objectif de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :

- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 60 points est appliquée ;
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 150 points est appliquée ;
- la fermeture le samedi ; une minoration de 120 points est appliquée ;
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines.

A titre dérogatoire aux dispositions de l'article 8.1.3, afin que les centres de santé dentaires puissent s'adapter de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :

- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 30 points est appliquée ;
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 70 points est appliquée ;
- une fermeture le samedi matin ; une minoration de 50 points est appliquée ;
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 20 points est appliquée.

- Concertation professionnelle :

A titre dérogatoire, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale, le critère « concertation professionnelle » est considéré comme rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou entre professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) ; une minoration de 250 points est appliquée.

A titre dérogatoire, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale, le critère « concertation professionnelle » est considéré comme rempli lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre de santé et les auxiliaires médicaux extérieurs à la structure, en charge des patients dont les dossiers sont examinés pendant la réunion de concertation, et qui ont signé avec le centre de santé une convention prévoyant le principe et les conditions de cette concertation ; une minoration de 150 points est appliquée.

Ces comptes-rendus et conventions sont transmis au service médical de l'assurance maladie.

Article 15.6 Majoration pour publics précaires

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité des patients du centre de santé. Cette majoration s'applique sur le total des indicateurs du bloc commun principal et est calculée comme suit.

Article 15.6.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CSS d'une part, et de l'AME d'autre part, ayant eu au moins un acte facturé d'un médecin généraliste du centre de santé et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste du centre de santé.

Article 15.6.2. Pour les centres de santé dentaires

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CSS d'une part, et de l'AME d'autre part, ayant eu au moins un acte remboursable facturé dans l'année par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte remboursable facturé d'un chirurgien-dentiste du centre de santé.

Article 15.6.3. Pour les centres de santé infirmiers

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CSS d'une part et de l'AME d'autre part, ayant eu dans l'année au moins trois actes remboursables, facturés et réalisés à des dates différentes par un des infirmiers du centre de santé, et le nombre total de patients ayant eu dans l'année au moins trois actes remboursables, facturés et réalisés à des dates différentes par un infirmier du centre de santé.

Article 15.6.4. Pour les trois types de centres de santé

Pour les patients bénéficiaires de la CSS, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national (actualisés tous les ans), ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national (actualisés tous les ans) une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux du centre de santé en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25% pour les centres de santé infirmiers et dentaires.

Article 16. Calcul de la rémunération du bloc commun complémentaire

Article 16.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 340 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 2 391 points en part variable peut s'ajouter répartis comme suit :

- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux
- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 11 ETP PS

- 25 points par ETP médicaux et infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis.
- 1400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4)
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre du DMP
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de la messagerie sécurisée de santé
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.1)
- 50 points par ETP sage-femme au titre de l'action aller vers les publics fragiles en dehors de la structure par les sages-femmes salariés du centre de santé
-

A compter de 2023, sont ajoutés 80 points variables répartis comme suit :

- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de la e-prescription
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de l'application carte Vitale
-
- Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.2 Pour les centres de santé infirmiers

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 100 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 2 148 points en part variable peut s'ajouter répartis comme suit :

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 6 ETP infirmiers salariés
- 240 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux,
- 83 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux
- 25 points par ETP infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis
- 1 400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4)
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.3)
- 50 points par ETP sage-femme au titre de l'action aller vers les publics fragiles en dehors de la structure par les sages-femmes salariés du centre de santé

Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.3 Pour les centres de santé dentaires

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 050 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 1 870 points en part variable peut s'ajouter répartis comme suit :

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 4 ETP chirurgiens-dentistes salariés ;
- 120 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 3 ETP chirurgiens-dentistes ;

- 1 400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4) ;
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.2).

Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.4 Pour l'ensemble des centres de santé

La rémunération liée à l'accompagnement des publics vulnérables est calculée en fonction de la part de la file active CSS et AME du centre de santé (cf. article 15.6) rapportée au taux nationaux CSS et AME.

Article 17. Les modalités de vérification du respect des engagements

Le centre de santé s'engage à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus au présent sous-titre permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements définis audit sous-titre. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 28 février de l'année suivant l'année civile de référence pour le suivi des engagements.

La caisse primaire d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies au présent accord national.

Article 18. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par le centre de santé (cf. article 17) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, la caisse primaire d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par le centre de santé dans les délais prévus à l'article 17 du présent accord.

Article 18.1. Dispositif d'avance

Un dispositif d'avance est mis en place pour payer chaque année n, 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire sur la base des résultats obtenus à l'année n-1.

Les centres de santé nouvellement créés, c'est à dire créés trois mois au plus avant leur entrée dans le présent accord national, bénéficient d'une avance correspondant au montant moyen de l'avance versée aux centres de santé (selon la spécialité) en année N-1.

On entend par date de création, la date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS du ressort géographique du centre de santé.

Le montant de cette avance est proratisé en fonction du trimestre de l'année civile au cours duquel le centre de santé s'est créé, soit :

- 100% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au premier trimestre,

- 75% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au deuxième trimestre,
- 50% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au troisième trimestre,
- 25% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au quatrième trimestre.

Cette avance est versée dans un délai de deux mois à compter de la date à laquelle le centre commence à être régi par le présent accord.

Cette avance fait l'objet d'un remboursement, total ou partiel, à l'organisme d'assurance maladie, dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération forfaitaire spécifique conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

Article 18.2. Dispositions financières transitoires

Article 18.2.1. Anciennes options de coordination et aides pérennes à la télétransmission

Les parties signataires considérant que le nouvel accord national intègre la spécificité des centres de santé en termes de coordination des soins, il est décidé de mettre fin aux options de coordination prévues par le précédent accord national et applicables en matière de soins médicaux, infirmiers et dentaires. Ainsi, aucune nouvelle adhésion à ces options ne peut être souscrite à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

A titre transitoire, le centre de santé ayant adhéré à une ou plusieurs options engagées au titre du précédent accord bénéficie au titre de 2015 du versement du solde des rémunérations pour la ou les adhésions déjà souscrites, selon les modalités de versement prévues par le précédent accord, sous réserve de son adhésion au présent accord national avant le 31 décembre 2015. Le solde équivalent à 100% du montant des options de coordination des soins dû au titre de 2015, est versé au plus tard le 31 décembre 2016. Il en va de même pour les aides à la télétransmission.

Pour les options de coordination médicale et dentaire de l'accord précédent, le solde est versé en 2016, sur la base du nombre de patients adhérents auprès du centre de santé optant, dans le respect des conditions de l'option.

Pour les options infirmières de l'accord précédent, le solde est versé en 2016 sur la base du nombre d'ETP au 31 décembre 2015.

Pour les aides pérennes à la télétransmission, le solde est versé en 2016 sur la base du nombre d'ETP au 31 décembre 2015.

Article 18.2.2. Mécanisme transitoire d'accompagnement financier

Afin de garantir aux centres de santé bénéficiant de la rémunération prévue au sous-titre 2 du titre 1, une stabilité de leur situation financière préservant l'équilibre de leur activité, les parties signataires mettent en œuvre un mécanisme transitoire d'accompagnement, dans les conditions suivantes.

Les modalités de mise en œuvre du mécanisme de compensation du différentiel entre les rémunérations issues des options du précédent accord national et les nouvelles rémunérations du présent accord national s'appuient sur les données définies comme suit.

Pour le calcul du différentiel de rémunération, sont pris en compte pour chaque centre de santé, le montant de la rémunération perçue au titre de l'ancienne option médicale, infirmière ou dentaire pour l'année 2014 auquel s'ajoute le montant de la MPA (à compter du 1^{er} janvier 2018 pour tenir compte de la mise en œuvre du forfait patientèle défini à l'article 23.3), comparé selon l'activité médicale, infirmière ou dentaire du centre au montant total des rémunérations perçues chaque année à savoir selon le cas, à la rémunération visée à l'article 13, à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), rémunérations versées pour le suivi de la patientèle médecin traitant définis à l'annexe 24 du présent accord et applicables jusqu'au 31 décembre 2017 puis à la rémunération versée au titre du forfait patientèle défini à l'article 23.3, et aux rémunérations de l'option dentaire.

Le centre de santé affichant un différentiel de rémunération, entre le montant des éléments de rémunération précités calculé au titre de chaque année et le montant de la rémunération perçue au titre de 2014 pour la ou les options antérieures, bénéficie :

- Au titre de 2016, du versement de 100% du montant du différentiel constaté,
- Au titre de 2017, du versement des deux tiers de ce différentiel,
- Au titre de 2018, du versement d'un tiers de ce même différentiel.

Pour le centre dont le différentiel serait, en 2017, supérieur à 2% de ses honoraires remboursables, le versement complémentaire réalisé équivaut à 2% de ces mêmes honoraires dans la limite de 200 000€. Pour ces mêmes centres, ce versement est réalisé, les années suivantes et jusqu'en 2020, selon les mêmes règles si le différentiel calculé est supérieur à 2% des honoraires remboursables.

Sous-Titre 3 : Améliorer l'accès aux soins de proximité

Article 19. Préserver l'offre de soins

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les modalités de détermination des zones d'application des mesures conventionnelles en faveur d'une meilleure répartition géographique de l'offre de soins sur tout le territoire pour répondre aux besoins d'accès aux soins.

Ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1^o de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont déterminées par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) selon des critères définis par décret.

En outre, la loi n°2016-41 précitée prévoit l'élaboration par les partenaires conventionnels de contrats-type nationaux relatifs à la démographie comportant des modalités d'adaptations régionales par les directeurs généraux des ARS se concrétisant par l'élaboration de contrats type régionaux. Les centres de santé éligibles à ces contrats concluent ensuite un contrat individuel avec l'Assurance Maladie et les ARS, conforme au contrat type régional. L'assurance maladie transmet pour information les contrats type régionaux aux commissions paritaires régionales.

Les parties signataires confirment leur volonté de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins sur le territoire. Les centres de santé ont un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de l'accès aux soins. Cette volonté se traduit par la mise en place de mesures incitatives.

Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-32-1 8^o et L. 162-14-1 4^o du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent des options spécifiques pour chaque type de centre souhaitant y adhérer.

Ainsi sont créés 7 contrats incitatifs avec pour chacun un objectif adapté à la situation spécifique de chaque centre de santé :

- 3 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé médicaux ou polyvalents :
 - Contrat d'aide à l'installation afin d'apporter une aide financière significative aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant dans les zones sous-denses, lesquels doivent faire face aux frais d'investissement générés par l'ouverture d'un nouveau centre de santé,
 - Contrat de stabilisation et de coordination afin d'encourager les centres de santé médicaux ou polyvalents qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné,
 - Contrat de solidarité territoriale afin de favoriser l'intervention ponctuelle de médecins salariés de centres de santé venus apporter leur aide à des centres de santé installés dans ces territoires sous denses.
- 2 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires :
 - Contrat d'aide à l'installation afin d'accompagner la création du centre de santé dans cette période de fort investissement,
 - Contrat d'aide au maintien afin de favoriser le maintien dans la zone du centre de santé, limiter les contraintes financières et permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins dentaires.
- 2 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé infirmiers :
 - Contrat d'aide à l'installation afin de favoriser la création du centre de santé par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à l'accompagner dans cette période de fort investissement,
 - Contrat d'aide au maintien afin de favoriser le maintien dans la zone du centre de santé.

Ces contrats ont vocation à s'appliquer dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

En adhérant à ces contrats, les centres de santé bénéficient d'une rémunération dans les conditions définies à l'article 19 et aux annexes 8, 10 (bis, ter, quater), 11, 13 (bis et ter), 14 et 17 (bis, ter, quater et quinquies) du présent accord.

Le centre de santé polyvalent ayant une forte activité infirmière ou dentaire au sens de l'article 7 peut cumuler les différents contrats incitatifs dès lors que ce dernier est situé dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Les modalités d'adhésion aux contrats sont définies aux annexes 8, 10 (bis, ter, quater), 11, 13 (bis et ter), 14 et 17 (bis et ter, quater et quinquies) du présent accord.

Article 19.1. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée

Article 19.1.1. Objet du contrat d'installation

Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans lesdites zones pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture du centre (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 19.1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

Ce contrat est proposé au centre de santé médical ou polyvalent qui se crée et s'implante dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ce contrat peut également être proposé à un centre de santé infirmier ou dentaire installé dans les zones précitées qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens du FINISS, du fait de l'intégration de médecin généraliste salarié.

Un centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat d'aide à l'installation.

Article 19.1.3. Engagements du centre de santé

En adhérant au contrat d'installation, le centre de santé médical ou polyvalent s'engage à maintenir une offre au sein de la zone sous-dotée pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Le centre de santé médical ou polyvalent s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 19.1.4. Engagements de l'Assurance Maladie

Le centre de santé médical ou polyvalent défini à l'article 19.1.2 du présent accord adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire à l'installation.

Le montant de l'aide s'élève à 30 000 euros par ETP médecin généraliste salarié pour le premier ETP, puis 20 000 euros pour le deuxième ETP médecin généraliste salarié et 20 000 euros pour le troisième ETP médecin généraliste salarié rémunérés quelle que soit la date de recrutement de ces ETP pendant la durée du contrat.

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

dans l'hypothèse où les 3 ETP sont présents à la date du signature du contrat.

Pour les ETP médecins (dans la limite de 3 ETP) arrivant dans le centre en cours de contrat, l'appréciation du nombre d'ETP est effectuée tous les ans à date anniversaire du contrat. En fonction du nombre d'ETP présent dans le centre, au moment de cette appréciation, le montant de l'aide pour les nouveaux ETP recrutés (dans la limite de 3 ETP) est proratisé au regard du nombre d'années restantes dans le contrat.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 40 000€. Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 16 000€ supplémentaire : soit 20 000 euros pour l'ETP supplémentaire proratisé à 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP médecins une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire. L'ETP supplémentaire est ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable (exemple : sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...) dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le centre de santé installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue dans le présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 19.1.2.

Article 19.1.5. Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone sous-dotée et des contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 10 bis du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles définis à l'article 19.1.2 du présent accord national.

Article 19.2. Contrat de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Article 19.2.1. Objet du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination valorise la pratique des centres de santé médicaux ou polyvalents exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Article 19.2.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Ce contrat est proposé aux centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Pour un même centre de santé, le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 19.1 du présent accord, ni avec le contrat incitatif défini à l'annexe 8 du présent accord.

Article 19.2.3. Engagement du centre de santé dans le contrat de stabilisation et de coordination

En adhérant au contrat, le centre de santé installé au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s'engage à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique. Ce contrat est conclu pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le centre de santé, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 19.2.4. Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de stabilisation et de coordination

Le centre de santé adhérant au contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de :

- 5 000 euros par an et par ETP de médecin salarié ;
- 6 000 euros par an et par ETP pour la création d'un nouveau poste d'un nouvel ETP quelle que soit la catégorie de professionnel de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP) ;
- 3 000 euros par an et par ETP de masseur-kinésithérapeute, de sage-femme ou d'orthophoniste recruté par le centre de santé en remplacement d'un masseur-kinésithérapeute, d'une sage-femme ou d'un orthophoniste présent précédemment dans le centre de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP).

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le centre de santé installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration, dans les conditions définies dans le contrat type régional

arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale de la rémunération forfaitaire fixée dans le présent article.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de la rémunération prévue dans le présent article. Cette dérogation régionale bénéficie au maximum à 20% des centres de santé éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Article 19.2.5. Articulation du contrat-type national de stabilisation et de coordination avec les contrats-type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 10 ter du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existantes dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat-type national sont définies dans les contrats type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux centres de santé éligibles définis à l'article 19.2.2 du présent accord national.

Article 19.3. Contrat de solidarité territoriale pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Article 19.3.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

Le contrat a pour objet d'inciter les centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à consacrer une partie de leur activité médicale à apporter leur aide à d'autres centres de santé exerçant dans les zones précitées.

Au-delà de l'intérêt de ce dispositif pour apporter une réponse au manque d'une offre de soins en médecin généraliste, ce contrat vise également à favoriser le déploiement d'une activité de médecine spécialisée, hors médecin généraliste, dans les zones en tension.

Article 19.3.2. Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale

Le contrat solidarité territoriale est proposé aux centres de santé médicaux ou polyvalents remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. ne pas être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. s'engager à ce qu'au moins un de ses médecins salariés réalise une partie de son activité représentant au minimum dix jours durant l'année au sein d'un autre centre de santé situé dans une zone caractérisée par

une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 19.3.3. Engagements du centre de santé dans le contrat solidarité territoriale médecin

En adhérant au contrat solidarité territoriale, le centre de santé médical ou polyvalent s'engage à mettre à disposition au moins un de ses médecins salariés pour exercer au minimum dix jours par an dans un centre de santé implanté dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Le centre de santé s'engage dans ce contrat pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le centre de santé, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 19.3.4. Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat solidarité territoriale

Le centre de santé adhérant au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an et par ETP médical

Le centre de santé adhérant bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés par le ou les médecins salariés mis à disposition pour se rendre dans les zones précitées. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le centre de santé mettant à disposition au moins un de ses salariés dans les conditions définies à l'article 19.4.2 du présent accord, d'un centre implanté dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les

conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

Article 19.3.5. Articulation du contrat solidarité territoriale avec les contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 10 quater du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat-type national sont définies dans les contrats-type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux centres de santé éligibles définis à l'article 19.4.2 du présent accord national.

Article 19.4 Mesures démographiques transitoires

Le contrat incitatif ouvert aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'applique jusqu'à son terme selon les dispositions figurant en annexe 8 de l'accord national des centres de santé.

A compter de l'entrée en vigueur des contrats définis aux articles 19.1 à 19.3, il est mis fin à la possibilité d'adhérer au contrat incitatif ouvert aux centres de santé médicaux ou polyvalents défini en annexe 8 de l'accord national.

Article 19.5. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone sous-dotée

Article 19.5.1. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD)

Le contrat type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAICDSD est fixé en annexe 17 bis.

Article 19.5.1.1 Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres de santé dentaires dans les zones caractérisées par une insuffisance d'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré l'ouverture du centre (locaux, équipements, charges diverses etc...).

Article 19.5.1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est proposé au centre de santé dentaire qui se crée et s'implante dans une zone « très sous dotée ».

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat. Ce contrat n'est pas transférable. Il n'est pas non plus cumulable avec le contrat de maintien de l'activité.

Le centre de santé dentaire signataire d'un contrat d'aide à l'installation peut cependant, au terme de ce contrat, bénéficier d'un contrat de maintien de l'activité en zone « très sous-dotée ».

Article 19.5.1.3. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide à l'installation, le centre de santé s'engage à maintenir une offre de soins au sein de la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 19.5.1.4. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Le centre de santé adhérant au contrat bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire au titre de l'équipement du centre de santé ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 45 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié pour le premier ETP, puis 30 000€ pour les deuxième et troisième ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2ème trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas le plafond au moment de la signature.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 60 000€ (45000€ pour 1 ETP + 0,5x30 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 27 000€ supplémentaire : soit 75 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 60 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 5 000€/ETP chirurgiens-dentistes supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2ème trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

Le centre de santé dentaire installé dans une zone identifiée par l'Agence Régionale de Santé comme « très sous dotée », peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire, dans les conditions définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS, conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article.

Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région au sens du 19.5.1 et 19.5.2 du présent article.

Article 19.5.1.5. Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone très sous-dotée et des contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 17 bis du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat-type national sont définies dans les contrats-type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles définies à l'article 19.5.2 du présent accord national.

Article 19.5.1.6. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.5.2. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD2023)

Le contrat type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAICDSD2023 est fixé en annexe 17 quater de l'accord national.

a. Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres de santé dentaires conventionnés dans les zones caractérisées par une offre de soins dentaires insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers, par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture (locaux, équipements, plateaux techniques, etc.) au vu du service rendu à la population nouvellement couverte.

b. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le CAICDSD2023 est proposé au centre de santé dentaire conventionné qui se crée et s'implante dans une zone « très sous dotée ».

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous.

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois d'un contrat d'aide à l'installation (CAICDSD défini à l'article 19.5.1 ou CAICDSD2023). Ce contrat n'est pas transférable.

Le CAICDSD2023 n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMCDSD2023 ou CAMCDSD défini à l'article 19.6.1). Le centre de santé signataire d'un contrat CAICDSD2023 peut cependant, au terme de ce contrat, bénéficier d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCDSD2023) en zone « très sous dotée ».

c. Engagements du centre de santé signataire

En adhérant au CAICDSD2023, le centre de santé s'engage à maintenir une offre de soins conventionnée dans la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAICDSD2023.

Il s'engage par ailleurs à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;
- informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAICDSD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Le centre de santé adhérant au contrat bénéficie du versement par l'assurance maladie d'une aide forfaitaire unique au titre de l'équipement du centre de santé ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié dans la limite de 3 ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés.

Cette aide est versée en deux fois : 50% la première année du contrat (dans le mois suivant la signature du contrat) et le solde de 50% la troisième année (au cours du 2^{ème} trimestre).

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans au cours du 2^{ème} trimestre. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 75 000€ (50 000€ pour 1 ETP + 0,5x50 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 65 000€ supplémentaire : soit 125 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 75 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

e. Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone très sous-dotées et des contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 17 quater du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. L'agence régionale de santé peut décider de moduler les contrats incitatifs. Cette modulation ne pourra pas porter sur le montant de l'aide.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS, conforme au contrat type régional est proposé aux centres de santé éligibles.

f. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat à la demande du centre de santé, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide *au prorata* de la durée restant à courir du contrat à compter de la date de réception de la demande de résiliation.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat *au prorata* de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation.

Article 19.5.3. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide à l'installation, le centre de santé s'engage à maintenir une offre de soins au sein de la zone précisée à l'article précédent, pendant une durée de cinq ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 19.5.4. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Le centre de santé adhérent au contrat bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire au titre de l'équipement du centre de santé ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 45 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié pour le premier ETP, puis 30 000€ pour les deuxième et troisième ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2^{ème} trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas le plafond au moment de la signature.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 60 000€ (45000€ pour 1 ETP + 0,5x30 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 27 000€ supplémentaire : soit 75 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 60 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 5 000€/ETP chirurgiens-dentistes supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

Le centre de santé dentaire installé dans une zone identifiée par l'Agence Régionale de Santé comme « très sous dotée », peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire, dans les conditions définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS, conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article.

Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région au sens du 19.5.1 et 19.5.2 du présent article.

Article 19.5.5. Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone très sous-dotée et des contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 17 bis du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat-type national sont définies dans les contrats-type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles définies à l'article 19.5.2 du présent accord national.

Article 19.5.6. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.6. Contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires en zone sous-dotée

Article 19.6.1. Contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires (CAMCDS)

Le contrat type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAMCDS est fixé en annexe 17 ter.

Article 19.6.1.1 Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien en exercice des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 19.6.1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins telle que précisée dans l'article précédent.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation.

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

Article 19.6.1.3. Engagements du centre de santé signataire

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone définie à l'article 19.6.1. pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 19.6.1.4. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé dans le contrat d'aide au maintien

Le centre de santé bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste salarié au titre de l'équipement du cabinet ou d'autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2ème trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.6.1.5. Articulation du contrat-type national en faveur du maintien en zone très sous-dotée et des contrats-type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 17 ter du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles définies à l'article 19.6.2 du présent accord national.

Article 19.6.1.6. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.6.2. Contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires (CAMCDSD2023)

Le contrat type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAMCDSD2023 est fixé en annexe 17 quinquies de l'accord national.

a. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Le CAMCDSD2023 vise à favoriser le maintien en exercice des centres de santé dentaires conventionnés dans les zones « très sous dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé dentaires et de leur permettre de réaliser des investissements et de contribuer à améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de la population de ces territoires.

b. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le CAMCDSD2023 est proposé aux centres de santé dentaires conventionnés déjà installés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article précédent.

Dès lors qu'au sein d'un département, l'ensemble des TVS sont classés en zones très sous-dotées et en zones sous-dotées, ces TVS sont éligibles aux contrats incitatifs cités ci-dessous.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDSD2023 ou CAICDSD défini à l'article 19.5.1).

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

c. Engagements du centre de santé signataire

En adhérant au CAMCDSD2023, le centre de santé s'engage à exercer et poursuivre son activité conventionnée en zone « très sous dotée » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAMCDSD2023.

Il s'engage par ailleurs à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;
- informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAMCDSD2023.

d. Engagements de l'assurance maladie dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Le centre de santé bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste salarié au titre de l'équipement du centre ou d'autres investissements professionnels.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

e. Articulation du contrat type national en faveur du maintien en zone très sous-dotées et des contrats type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 17 quinquies du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. L'agence régionale de santé peut décider de moduler les contrats incitatifs. Cette modulation ne pourra pas porter sur le montant de l'aide.

Avant la publication de l'arrêté instaurant le contrat type régional, la CPR rend un avis sur le projet de contrat type de l'ARS.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS, conforme au contrat type régional est proposé aux centres de santé éligibles.

f. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat à la demande du centre de santé, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide *au prorata* de la durée restant à courir du contrat à compter de la date de réception de la demande de résiliation.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées.

Article 19.7. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers en zone très sous-dotée

Article 19.7.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser l'implantation des centres de santé infirmiers en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

Article 19.7.2. Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers qui se créent et s'implantent dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat d'aide à l'installation n'est pas cumulable avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 19.8 du présent texte. Au terme du contrat d'aide à la première installation, le centre de santé pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien, s'il maintient son activité dans une zone « très sous-dotée ». Ce contrat est d'une durée de cinq ans.

Un centre de santé infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat d'aide à l'installation.

Article 19.7.3. Engagements du centre de santé

En adhérant au contrat, le centre de santé s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat.

Article 19.7.4. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Le centre de santé adhérant au contrat bénéficie du versement par l'assurance maladie, d'une aide forfaitaire au titre de l'équipement du centre de santé ou d'autres investissements professionnels d'un montant de 30 000 euros par ETP infirmiers salariés pour le premier ETP, puis 15 000€ pour les deuxième et troisième ETP infirmiers salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2^{ème} trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas le plafond au moment de la signature.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP infirmiers à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 37 500€ (30 000€ pour 1 ETP + 0,5x15 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 15 000€ supplémentaire : soit 45 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 37 500€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP infirmier ou sage-femme supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

L'Agence Régionale de Santé peut décider de majorer l'aide forfaitaire pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre en soins infirmiers parmi les zones très sous-dotées telles que prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ». Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides définies dans le contrat-type annexé au présent texte.

Article 19.7.5. Articulation du contrat-type national en faveur du maintien en zone très sous-dotée et des contrats-type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 13 bis du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat-type national sont définies dans les contrats-type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles.

Article 19.7.6. Résiliation du contrat

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.8. Contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers en zone très sous-dotée

Article 19.8.1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des centres de santé infirmiers en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Article 19.8.2. Bénéficiaires du contrat

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers déjà implantés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat d'aide au maintien n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.7. Au terme du contrat d'aide à la première installation, le centre de santé infirmier pourra demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Ce contrat est d'une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction.

Article 19.8.3. Engagements du centre de santé

En adhérant au contrat, le centre de santé infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et télé-services » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat.

Article 19.8.4. Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Le centre de santé infirmier adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire de l'assurance maladie au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an et par ETP infirmier. Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2^{ème} trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional :

L'Agence Régionale de Santé peut décider de majorer l'aide forfaitaire pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre en soins infirmiers parmi les zones très sous-dotées telles que prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ». Cette majoration ne peut excéder 20% du montant des aides définies dans le contrat-type annexé au présent texte.

Article 19.8.5. Articulation du contrat-type national en faveur du maintien en zone très sous-dotée et des contrats-type régionaux

Le contrat-type national est défini en annexe 13 ter du présent accord national conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats-type régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat-type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat-type national sont définies dans les contrats-type régionaux.

Un contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat-type régional est proposé aux centres de santé éligibles.

Article 19.8.6. Résiliation du contrat

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 19.9. Mesures démographiques transitoires pour les contrats-type des centres de santé dentaire et infirmier

Les contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires et infirmiers s'appliquent jusqu'à leur terme selon les dispositions figurant en annexe 11, 14, 17 bis et 17 ter.

A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage des chirurgiens-dentistes libéraux et des contrats-type régionaux définis aux articles 19.5.2 et 19.6.2, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires comme définis en annexe 17 bis et ter de l'accord national.

Un centre de santé installé au cours des 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, dans une zone ainsi devenue « très sous-dotée », peut adhérer au CAICDSD2023 ou CAMCDS2023.

Un centre de santé ayant signé un CAICDSD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAICDSD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de très sous-dotée à la suite de cette publication.

Un centre de santé ayant signé un CAMCDS dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAMCDS2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de « très sous-dotée » à la suite de cette publication

De même, à compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage des infirmiers libéraux et des contrats-type régionaux définis aux articles 19.7 et 19.8, il est mis à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs ouverts aux centres de santé infirmiers comme définis en annexe 11 de l'accord national.

Article 19.10. Accompagner le déploiement des assistants médicaux

Les parties signataires s'accordent pour encourager et accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les centres de santé médicaux et polyvalents par le biais d'une aide financière conventionnelle forfaitaire. Le cadre et les conditions dans lesquelles cette aide conventionnelle est versée sont définis ci-après.

Article 19.10.1. Missions de l'assistant médical

Les parties signataires s'accordent sur le fait que cette fonction d'assistance au bénéfice de l'activité médicale en centre de santé et du patient doit permettre aux médecins salariés du centre de santé d'optimiser leur temps médical et d'être accompagnés au quotidien.

A titre indicatif et non limitatif, les missions confiées à l'assistant médical peuvent relever de trois domaines d'intervention :

- des tâches de nature administrative : ces tâches consistent en des missions sans lien direct avec le soin, comme par exemple : l'accueil du patient, la création et la gestion du dossier informatique du patient, le recueil et l'enregistrement des informations administratives et médicales, l'accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc.
- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : l'assistant médical pourrait aider le patient à l'habillage, au déshabillage, à la prise de constantes, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques, etc.
- des missions d'organisation et de coordination : les assistants médicaux peuvent remplir une mission de coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Ces grands domaines d'intervention ne constituent cependant pas un périmètre limitatif ; elles dessinent un éventail de possibilités en termes de contenu de fonction. Les missions confiées à l'assistant médical sont laissées à l'appréciation des centres de santé en fonction de leurs besoins et de leurs modes d'organisation, et selon le profil soignant et / ou administratif des personnes recrutées dans le cadre du référentiel métier.

Afin que le déploiement de cette nouvelle catégorie de personnel dans les centres de santé prenne tout son sens et produise les effets attendus, les fonctions exercées par l'assistant médical, qui sont des missions propres, doivent se distinguer de celles relevant des autres catégories de métiers.

A titre d'exemple, si les missions d'un assistant médical peuvent inclure une dimension administrative, elles ne sauraient se limiter à une fonction correspondant à des fonctions de secrétariat médical. De même, s'il est possible qu'un infirmier se voit confier la fonction d'assistant médical et, à ce titre, puisse réaliser un acte relevant de son champ de compétences, cela ne peut s'envisager que ponctuellement et dans le cadre d'une consultation médicale, sans qu'il s'agisse de développer ainsi une activité courante de soin infirmier qui relèverait d'un exercice professionnel propre.

Article 19.10.2. Profils et formation de l'assistant médical

Quel que soit le profil de la personne recrutée en qualité d'assistant médical (profil soignant ou administratif), ce dernier devra être doté d'une qualification professionnelle ad hoc, qui sera obtenue à l'issue d'une formation spécifique, intégrant une éventuelle VAE (Validation des Acquis de l'Expérience).

Pour les assistants médicaux recrutés sans être titulaires du certificat de qualification professionnelle (CQP) et sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, le centre de santé s'engage à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical suive cette formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement.

Article 19.10.3. Critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical

Article 19.10.3.1. Centres de santé éligibles

Sont éligibles au dispositif :

- Les centres de santé polyvalents et médicaux salariant des médecins généralistes ou spécialistes (à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomocytopathologistes et médecins nucléaires).
- les centres de santé infirmiers et/ou dentaires qui se médicalisent du fait de l'intégration de médecins salariés, et demandent la modification de leur désignation en centre de santé polyvalent.

Article 19.10.3.2. Autres critères d'éligibilité

Le principe est de réserver le bénéfice de l'aide à l'emploi d'un assistant médical aux centres de santé dont la patientèle moyenne par médecin (patientèle médecin traitant ou nombre de patients différents vus dans l'année (file active)) est supérieure au 30^{ème} percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2021.

L'éligibilité est mesurée en fonction :

- de la distribution de la patientèle médecin traitant (adulte et enfant) pour les centres de santé ayant uniquement des ETP médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale ;
- de la distribution de la file active pour les centres de santé ayant uniquement des ETP médecins d'autres spécialités médicales ;
- de la distribution de la file active pour les centres de santé ayant à la fois des ETP médecins généralistes et des ETP médecins d'autres spécialités médicales.

Par exemple :

- pour le calcul de la patientèle médecin traitant (adulte et enfant) : somme des patients ayant déclaré un des médecins du centre en tant que médecin traitant / somme des ETP de médecins généralistes salariés du centre ;
- pour le calcul de la file active : somme des patients ayant eu au moins un acte de médecine (toutes spécialités confondues) dans le centre / somme des ETP de médecins (toutes spécialités confondues) salariés du centre (source : plateforme ATIH).

Les parties signataires conviennent d'apporter une attention toute particulière aux centres de santé qui ne remplissent pas les conditions d'éligibilité mais qui présentent un taux de patientèle AME élevé. Le cas échéant, pour ces centres de santé particuliers, des dérogations aux principes d'éligibilité pourront être accordés après étude par la caisse nationale d'assurance maladie.

Article 19.10.3.3. Dérogation aux critères d'éligibilité

Un centre de santé est considéré comme nouvellement créé lorsque celui-ci est implanté pour la première fois dans le département de la caisse où il est créé et que sa patientèle est inférieure au 50^{ème} percentile de la moyenne nationale. Il est considéré comme nouvellement créé toute la première année qui suit son ouverture.

La patientèle médecin traitant et la file active prise en compte sont déterminées conformément aux dispositions de l'article 19.10.5.2.6.

Article 19.10.4. Engagement et formalisation de l'engagement du centre de santé éligible

Les centres de santé éligibles à l'aide à l'embauche d'un assistant médical formalisent leur engagement envers l'assurance maladie sous la forme d'un contrat type figurant en annexe 29 du présent accord national.

Le niveau des engagements varie en fonction du nombre d'assistants médicaux recrutés pour l'ensemble des ETP de médecins de la structure. Le recrutement d'un assistant médical engage les centres de santé sur l'augmentation de la patientèle moyenne pour deux médecins du centre. Si le centre de santé recrute un mi-temps d'assistant médical, les engagements du centre de santé ne porte que sur l'augmentation de la patientèle moyenne pour un médecin du centre.

Les engagements des centres de santé sont fixés de la manière suivante :

- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 30ème percentile et le 50ème percentile : + 25% de la patientèle médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 50ème percentile et le 70ème percentile: + 20% de la patientèle médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 70ème percentile et le 90ème percentile : + 15% de la patientèle médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 90ème percentile et le 95ème percentile : +5% de la patientèle médecin traitant et file active
- pour les centres ayant une patientèle supérieure ou égale au 95ème percentile : maintien de la patientèle médecin traitant et file active

La patientèle prise en compte dans ce critère d'éligibilité est celle calculée au 31 décembre de l'année précédente ou celle au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le centre de santé.

Le centre de santé devra fournir les éléments justifiant de l'emploi effectif de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de l'assistant médical. Les pièces justificatives à fournir dans ce cadre sont précisées dans le contrat défini en annexe 29 du présent accord national.

L'assurance maladie verse l'aide forfaitaire au centre de santé ayant signé le contrat.

Article 19.10.5. Modalités d'attribution de l'aide au recrutement d'un assistant médical et contreparties attendues

Article 19.10.5.1. Modalités d'attribution de l'aide et contreparties

Les modalités d'attribution de l'aide au recrutement de l'assistant médical sont réalisées selon l'option choisie par le centre de santé, c'est-à-dire selon le nombre d'ETP d'assistant médical recruté qu'il choisit. Le centre de santé peut changer d'option sur la base d'un avenant au contrat, dès lors que les conditions de recrutement de l'assistant médical sont amenées à évoluer.

Article 19.10.5.2. Le niveau de financement par l'assurance maladie pour l'aide au recrutement d'assistants médicaux et les contreparties attendues

Article 19.10.5.2.1. Principes : un financement pérenne en fonction du nombre d'assistants médicaux retenus et en contrepartie d'engagements sur l'augmentation de patientèle

Modalités de financement

La participation de l'assurance maladie au recrutement d'un assistant médical est versée dès lors que le centre de santé a bien rempli les indicateurs pré-requis de la rémunération forfaitaire spécifique tels que définis à l'article 12 de l'accord national.

Engagements du centre de santé en contrepartie du financement

En contrepartie de l'aide au recrutement d'un assistant médical, le centre de santé s'engage à consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients.

Au regard de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les engagements sont fixés de la manière suivante.

- Une augmentation de la patientèle médecin traitant (adulte et enfant) pour les centres salariant des médecins généraliste ou pédiatre : cet indicateur mesure le nombre total de patients adultes et enfants ayant choisi un des médecins généraliste ou pédiatre du centre de santé comme médecin traitant ;
- Une augmentation de la file active : la notion de file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus au cours des 12 derniers mois par les médecins salariés généralistes et autres spécialistes du centre de santé.

Ces deux indicateurs sont pris en compte simultanément, car ils sont très corrélés. En cas d'écart significatif entre les indicateurs pour un centre de santé, l'indicateur le plus favorable au centre de santé sera pris en compte pour fixer son niveau d'engagement. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

Article 19.10.5.2.2. Financement du dispositif

La participation de l'assurance maladie est définie de la manière suivante :

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP assistants médicaux	Versements de l'aide
1 ^{ère} année	36 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	27 000€	
3 ^{ème} année et suivantes	21 000€	
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	25 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle ≥ P95	36 000€	

Pour bénéficier de ce financement, le centre de santé doit justifier de l'embauche de 0,5 ETP d'assistant médical maximum par tranche de 1 ETP de médecin (généralistes et/ou autres spécialistes) dans la limite de 4 ETP d'assistant médical financés par centre de santé soit à titre d'exemple :

Pour 4,8 ETP de médecin (quelle que soit la spécialité), le centre de santé peut salarier 2,4 ETP d'assistant médical.

Cette répartition d'ETP d'assistant médical par ETP médecin est un maximum offert dans le cadre du contrat proposé. Concrètement, un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP assistants médicaux au regard de son organisation propre (exemple : possibilité de ne recruter qu'un ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins).

Article 19.10.5.2.3. Vérification du respect des engagements

Quel que soit le nombre d'ETP d'assistant médical retenu les conditions de vérification du respect des engagements sont les suivantes.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte de l'objectif fixé au centre de santé. Pendant cette période, même si l'objectif n'est pas intégralement atteint, l'aide est intégralement maintenue.

- **Pour les centres de santé salariant des médecins généralistes, spécialistes en médecine générale et pédiatres :**

A partir de la 3^{ème} année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le centre de santé est vérifiée par la caisse dans les conditions suivantes :

Lorsque l'un des deux objectifs est atteint et que la patientèle de l'autre objectif n'est pas en diminution sur la période, le centre de santé perçoit 100% de l'aide.

Lorsqu'aucun des objectifs n'est atteint mais que les patientèles ne sont pas en diminution par rapport à la patientèle initiale, l'aide est proratisée sur la base de l'indicateur dont le résultat est le plus haut.

Après discussion avec la caisse primaire, lorsque la patientèle de l'un des deux objectifs est en diminution sur la période, aucune aide n'est versée.

Le tableau ci-dessous résume les différents cas :

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
Atteint	Atteint	Objectif global atteint, 100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution)	Atteint	100% de l'aide versée.
Atteint	Non atteint (sans diminution)	100% de l'aide versée.
Non atteint (sans diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)	Non atteint (sans diminution de la patientèle MT par rapport à la patientèle initiale)	Proratisation de l'aide sur l'indicateur dont le taux d'atteinte est le plus haut.
Diminution	Diminution	Pas d'aide versée sur l'année
Non atteint (diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)	Atteint	Pas d'aide versée sur l'année
Atteint	Non atteint (diminution de la patientèle médecin traitant par rapport à la patientèle initiale)	Pas d'aide versée sur l'année

- **Pour les centres de santé salariant des médecins d'autres spécialités :**

L'aide est calculée de la façon suivante :

- 100% de l'aide en cas d'atteinte de l'objectif ;
- proratisation de l'aide en fonction du taux d'atteinte de l'objectif lorsque celui-ci n'est pas atteint mais que la patientèle n'est pas en diminution ;
- absence d'aide lorsque la patientèle est en diminution sur la période.

Le tableau ci-dessous résume les différents cas.

Objectif File active	Calcul de l'aide versée
Atteint	100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
Diminution	Pas d'aide versée sur l'année

A l'issue de la 3^{ème} année, le centre de santé doit maintenir son niveau d'activité à hauteur de l'objectif fixé et ce, tout au long de la durée restante du contrat. A défaut l'objectif demeure applicable aux années suivantes jusqu'à son atteinte.

La caisse organise un point d'échange annuel avec les centres de santé bénéficiaires de l'aide conventionnelle. Lorsque la caisse constate des difficultés pour remplir les engagements au contrat, elle prend contact avec le centre de santé tous les semestres pour examiner les éventuels freins à l'augmentation de sa patientèle et l'aider à anticiper, le cas échéant, les conséquences sur le maintien des aides pour les années suivantes. Si 18 mois après le début du contrat, les chiffres d'activité du centre de santé bénéficiaire démontrent un écart important avec les objectifs fixés dans le contrat, un rendez-vous physique est systématiquement proposé par la caisse d'assurance maladie.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants aux contrats initialement signés.

Une résiliation anticipée par la caisse du contrat est possible, y compris pendant les deux premières années, si un centre de santé ne respecte pas de manière manifeste ou pour des raisons indépendantes de sa volonté les termes du contrat (exemple : non démarrage de la formation dans les conditions définies à l'article 19.10.2, démission de l'assistant médical). En cas d'indisponibilité temporaire de l'assistant médical (congé maladie d'une durée substantielle, congé maternité, démission...) une neutralisation de l'atteinte des objectifs peut être mise en place.

Article 19.10.5.2.4. Modalités de versement de l'aide

L'aide est versée en une seule fois les 1^{ères} et 2^{èmes} années du contrat dans le mois suivant la signature ou la date anniversaire du contrat.

Elle est versée en deux fois à compter de la 3^{ème} année :

- Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :
 - 50% du montant en 3^{ème} année ;

- 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4^{ème} année ;
- Le solde versé à la date anniversaire de l'année suivante correspond à l'aide maximale, proratisée sur la base du taux d'atteinte de l'objectif le cas échéant, de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé. » ;

Article 19.10.5.2.5. Caractère non substitutif du poste d'assistant médical

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé comme secrétaire médical et que son poste n'est pas remplacé totalement par un autre secrétaire médical, le versement de l'aide conventionnelle est conditionné à l'embauche d'un autre secrétaire médical (sous 6 mois) ou au recours à un secrétariat médical téléphonique (sur justificatif à produire lors de la signature du contrat) pour une durée équivalente a minima au temps de travail du poste à remplacer.

Il sera également vérifié que le centre de santé bénéficiaire de l'aide n'aura pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant le recrutement du poste d'assistant médical, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein du centre de santé.

Article 19.10.5.2.6. Cas particulier

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif à atteindre en nombre de patients doit correspondre au nombre de patients du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de leur spécialité, dans un délai de trois ans.

A l'issue du délai de trois ans, ou dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale, l'objectif est revu en fonction du niveau de patientèle atteint.

A la fin de la 3^{ème} année, le centre de santé n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, le contrat doit faire l'objet d'un avenant sur la base de sa dernière patientèle disponible au moment de la signature de l'avenant au contrat.

Article 19.10.6. Evaluation du dispositif

Le dispositif fait l'objet d'un suivi régulier par les parties signataires dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale. Lors d'un premier bilan qui devra être établi après deux années de mise en place du dispositif, il sera notamment observé le déploiement des assistants médicaux et l'impact en termes d'organisation et d'accès aux soins.

Par ailleurs, un dispositif de suivi local des contrats individuellement conclus par les centres de santé est effectué au sein des instances paritaires conventionnelles à l'issue de chaque année de mise en œuvre du contrat.

Article 19.11 - Dispositifs en faveur du déploiement du métier d'infirmier en pratique avancée

Article 19.11.1. Dispositif d'aide au démarrage de l'activité infirmière en pratique avancée (IPA)

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des IPA au sein des centres de santé. Il est ainsi proposé de soutenir l'embauche d'IPA salariés par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de leur activité de pratique avancée.

Sont éligibles à cette aide les centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers adhérents à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité en pratique avancée (a minima 0,5 ETP) ou qu'un ou plusieurs infirmier(s) salarié a bénéficié d'une formation à la pratique avancée. Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmier en pratique avancée.

L'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée peut faire bénéficier le centre de santé qui l'embauche d'une aide complémentaire de 40 000 ou 27 000 euros (pour 1 ETP IPA, l'aide étant modulable en fonction du nombre d'ETP) selon la zone d'installation géographique du centre de santé.

Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans son recrutement d'un infirmier en pratique avancée au travers d'un contrat (modèle défini en annexe 31) conclu pour une durée de quatre ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Le montant total de l'aide, versé sur deux ans non renouvelable, est de :

- 40 000 euros pour 1 ETP d'IPA salarié d'un centre de santé installé en zone sous-dense médicale qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.
- 27 000 euros pour 1 ETP d'IPA salarié d'un centre de santé installé en dehors de ces zones sous-denses médicales.

Cette aide est versée sur deux ans de la manière suivante :

- En ZIP, 30 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat puis 10 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.
- Hors ZIP, 20 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat puis 7 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

L'aide peut se cumuler avec l'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée décrit à l'article 19.11.2.

Tout nouvel ETP salarié sur la dernière année du contrat ne bénéficiera que du montant au titre de la 1^{ère} année.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si le centre de santé quitte la zone avant la fin des quatre ans ou si l'activité minimale en tant qu'IPA ou la part d'activité en tant qu'IPA détaillée à l'annexe 31 n'est pas atteinte.

Article 19.11.2. Dispositif d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Les parties signataires instaurent une aide conventionnelle à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée. Cette aide financière vise à accompagner les centres de santé ayant recruté un infirmier salarié qui se forme au métier d'infirmier en pratique avancée et a pour objet de compenser en partie la perte d'activité de l'infirmier salarié au sein du centre de santé durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes.

Sont éligibles à cette aide, les centres de santé conventionnés qui ont recruté un infirmier salarié depuis au moins un an qui s'engage dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassement facturés au titre de leur activité salariée au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros (pour un ETP d'infirmier).

Le montant total de l'aide est de :

- 15 000 euros pour les centres de santé installés en métropole,

- 17 000 euros pour les centres de santé installés dans les DROM et qui a recruté un infirmier qui suit son cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

Les premiers versements de l'aide interviendront en 2024 au bénéfice des infirmiers salariés qui ont démarré leur formation d'infirmier en pratique avancée à la rentrée universitaire 2023.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat tel que défini à l'annexe 31.1.

Pour bénéficier du versement de cette aide, les centres de santé doivent s'engager :

- A salarier depuis au moins un an l'infirmier souhaitant suivre la formation d'infirmier en pratique avancée,
- à ce que l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation) soit réalisé par l'infirmier salarié. A ce titre et pour bénéficier de l'aide, le centre de santé devra présenter chaque année à sa caisse de rattachement une attestation d'inscription de l'infirmier salarié à la première année ou à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
- à ce que l'infirmier salarié formé assure une activité en pratique avancée au sein du centre de santé (25% la première année puis 50% la deuxième année) au minimum pour une durée de 2 ans à l'issue de sa formation.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si le centre de santé ne respecte pas les engagements précités en fonction de la durée de formation restant à réaliser par l'infirmier salarié.

Article 19.12. Dispositif de régulation du conventionnement

Article 19.12.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des centres de santé infirmiers en « zone sur-dotée »

Le principe de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers s'applique uniquement dans les « zones sur dotées » infirmiers, qualifiées comme telles conformément au zonage applicable aux infirmiers libéraux.

Le dispositif porte uniquement sur les créations de centres de santé infirmiers et ne concernent pas les centres déjà installés à l'entrée en vigueur du présent accord.

Ainsi, dans ces zones, aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un centre de santé infirmier sauf dérogation prévue à l'article 19.12.2.

a- Formalités de demande de conventionnement en « zone sur-dotée »

Le centre de santé envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception, en précisant le nom et prénom du représentant légal du centre de santé, le lieu et les conditions exactes d'installation projetées ainsi que l'ensemble des informations nécessaires à son adhésion à l'accord national mentionnées à l'article 50.

Le centre de santé peut apporter toute pièce qu'il estime utile pour étayer sa demande.

b- Décision du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au centre de santé concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande. A défaut de réponse dans ce délai, la décision du Directeur est réputée favorable.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 19.12.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en « zones sur dotées »

Dans les « zones sur-dotées », le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel à un centre de santé infirmier dans les cas suivants :

- le centre de santé est installé en QPV (quartier prioritaire de la ville) ;
- le centre de santé justifie d'une activité spécifique majoritaire ou unique en lien avec les besoins du territoire.

En cas de constat par la caisse du non-respect par le centre de santé des modalités d'exercice ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire, cette dernière peut engager une procédure afin de suspendre son conventionnement dans la zone « sur-dotée », conformément aux dispositions du présent accord.

Article 19.12.3. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des centres de santé infirmiers à titre dérogatoire en « zone sur-dotée »

a- Formalités de demande de conventionnement

Le centre de santé envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception, en précisant le nom et prénom du représentant légal du centre de santé, le lieu et les conditions exactes d'installation projetées ainsi que l'ensemble des informations nécessaires à son adhésion à l'accord national mentionnées à l'article 50.

Le centre de santé peut apporter toute pièce qu'il estime utile pour étayer sa demande.

b- Avis de la commission paritaire régionale ou départementale

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire régionale (CPR) ou départementale (CPD) pour avis et informe le centre de santé de cette saisine. Il transmet à la CPR ou CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPR ou CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le représentant légal du centre de santé. Ce dernier peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux-tiers des membres de la CPR ou CPD.

A défaut d'avis rendu dans le délai suivant la saisine, celui-ci est réputé rendu favorablement.

c- Décision du directeur de la caisse

Le directeur de la caisse notifie au centre de santé concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPR ou CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte des conditions d'installation projetées (installation en QPV et activité spécifique).

d- Procédure en cas de différence entre le projet de décision du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPR ou CPD

Quand le projet de décision du directeur de la caisse est différent de l'avis rendu par la CPR ou CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours suivant la décision du directeur par la caisse primaire d'assurance maladie. Le centre de santé et la CPR ou CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux-tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la caisse est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la caisse, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la caisse la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la caisse notifie alors au centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPR ou CPD.

Article 19.13. Régulation du conventionnement en zone « non prioritaire » dentaire

Le principe de régulation du conventionnement des centres de santé dentaires s'applique uniquement dans les « zones non prioritaires » dentaires, qualifiées comme telles conformément au zonage applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux.

Le dispositif porte sur :

- les créations de centres de santé dentaires
- les centres de santé avec activité dentaire en fonctionnement au 1^{er} janvier 2025
- les centres de santé souhaitant créer une activité dentaire après le 1^{er} janvier 2025

Le dispositif entre en vigueur au plus tôt au 1^{er} janvier 2025 et sous réserve de la publication des arrêtés régionaux de zonage, concomitamment aux chirurgiens-dentistes libéraux.

Article. 19.13.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des nouveaux centres de santé dentaire en zone « non prioritaire »

Dans les zones « non prioritaires », aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un nouveau centre de santé dentaire.

Article. 19.13.2 Modalités de gestion du dispositif de régulation pour les centres de santé avec activité dentaire en zone « non prioritaire »

a- Principe

A compter du 1er janvier 2025, les centres de santé avec activité dentaire installés en zone non prioritaire ne pourront plus augmenter leur nombre d'emploi temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés. Par ailleurs, dans ces mêmes zones, les centres de santé en fonctionnement sans activité dentaire au 1er janvier 2025 ne pourront pas recruter de chirurgiens-dentistes salariés.

Le nombre d'ETP pour chaque centre de santé situé dans ces zones sera arrêté au 31 décembre 2024.

b- Engagements des centres de santé

Pour les centres de santé en activité, le nombre d'ETP chirurgiens-dentistes salariés au 31 décembre 2024 devra être renseigné obligatoirement sur la plateforme « e-CDS » au plus tard le 28 février 2025.

Le centre de santé dentaire ou polyvalent avec activité dentaire devra déclarer sous la plateforme « e-CDS » le nombre d'ETP en activité au 31 décembre 2024 au regard du contrat de travail (hors maladie et maternité) ainsi que le nombre d'ETP présent dans les effectifs sous contrat salarié en arrêt maladie ou maternité au 31 décembre 2024.

Pour les centres de santé polyvalent avec activité dentaire, le nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés non remplacés dans les 18 derniers mois (soit du 1er juillet 2023 au 31 décembre 2024) devra également être complété sur la plateforme « e-CDS ». Les centres de santé concernés pourront procéder aux remplacements correspondant à ces ETP au plus tard au 31 décembre 2025.

Pour les centres de santé dentaires, le nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés non remplacés dans les 12 derniers mois (soit du 1er janvier au 31 décembre 2024) devra également être complété sur la plateforme « e-CDS ». Les centres de santé concernés pourront procéder aux remplacements correspondant à ces ETP au plus tard au 31 décembre 2025.

A compter du 1er janvier 2025, le centre de santé doit informer par lettre recommandée avec accusé de réception sa caisse de rattachement de tout mouvement du nombre d'ETP chirurgien-dentiste salarié et ce au plus tard 1 mois avant le départ du salarié.

Le départ d'un salarié du centre de santé qui entraîne la diminution du nombre d'ETP ouvre droit pour le centre de santé de procéder au recrutement de professionnels de santé salariés à hauteur d'un ETP. En aucun cas, le recrutement doit avoir pour effet d'accroître le nombre d'ETP précédemment constaté.

Les salariés en arrêt maladie ou maternité pourront être remplacés pendant la période du congé.

Il n'est pas possible de déroger par ailleurs au dispositif en ayant recours à des intérimaires.

En cas de non-respect du dispositif de régulation, la procédure définie à l'article 59 de l'accord national sera mise en œuvre.

Article 20. Garantir la permanence des soins

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), du 21 juillet 2009, a transféré la compétence de l'organisation de la permanence des soins aux agences régionales de santé (ARS).

Article 20.1. Permanence des soins ambulatoires

Dans le cadre de son exercice salarié, le médecin du centre de santé peut participer au dispositif de la permanence

des soins ambulatoires conformément aux dispositions des articles L.6314-1 et suivants et des articles R.6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Le médecin salarié du centre de santé participant au dispositif est mentionné sur le tableau de permanence des soins et est inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins. Cette participation donne lieu au versement d'une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS conformément à la réglementation en vigueur. .

Par ailleurs, dès lors que le médecin salarié du centre de santé intervient à la demande de la régulation, cette intervention donne lieu aux majorations spécifiques prévues pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin salarié du centre de santé de permanence reçoit le patient au centre ou qu'il effectue une visite à domicile justifiée. Le montant de ces majorations, figurant en annexe 18, est défini par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Le paiement de la rémunération forfaitaire et des actes majorés s'effectue conformément à la réglementation en vigueur.

Article 20.2. Permanence des soins dentaires

Le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé peut participer au dispositif de permanence des soins dentaires. La participation du chirurgien-dentiste salarié du centre de santé au dispositif de permanence des soins dentaires est formalisée par son inscription sur le tableau de permanence, établi par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé remplissant les engagements de la permanence des soins donne lieu à une rémunération par demi-journée d'astreinte les dimanches et jours fériés, conforme à celle prévue par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé de permanence s'engage à être disponible et joignable pendant les heures d'astreintes afin de prendre en charge les patients dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, dès lors que le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé intervient à la demande de la régulation, cette intervention donne lieu à une majoration forfaitaire spécifique par patient pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires.

La nature et le montant de cette majoration correspondent à ceux définis par la convention des chirurgiens-dentistes libéraux visée à l'annexe 19.

Le paiement de l'astreinte et des actes majorés s'effectuent au profit du centre de santé au sein duquel exerce le chirurgien-dentiste.

Article 21. Favoriser l'accès aux soins dentaires

Les parties signataires affirment leur souhait de poursuivre les efforts engagés par les centres de santé au travers du contrat d'accès aux soins dentaires visant à favoriser une prise en charge de qualité des soins dentaires à des tarifs modérés pour les actes prothétiques ainsi qu'à favoriser une pratique des soins conservateurs dentaires.

Afin de tenir compte des évolutions réglementaires récentes avec la mise en œuvre de la réforme du « 100% santé » instaurant des honoraires limites de facturation pour les actes prothétiques, dont l'entrée en vigueur est au 1er janvier 2020, les parties signataires conviennent d'observer l'appropriation de la réforme par les centres de santé afin d'examiner les conditions d'évolution du contrat d'accès aux soins dentaires. Dans ce cadre un bilan sera réalisé au cours du premier semestre de l'année 2022 et présenté en CPN. Au regard de ce bilan, les partenaires conventionnels examineront l'intérêt de conclure un avenant conventionnel pour définir un nouveau contrat d'accès aux soins dentaires.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent d'assurer un suivi particulier des centres de santé ayant adhéré au contrat d'accès aux soins dentaires et en respectant les engagements contractuels afin d'objectiver pour ces centres les impacts de la mise en œuvre des mesures de la réforme du 100% santé entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

Sous-Titre 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient

Les centres de santé participent à l'amélioration de la qualité des soins et reconnaissent le rôle prépondérant de la prévention et du parcours de soins coordonné du patient dans la prise en charge des assurés.

Article. 22 Renforcer la prévention

Les parties signataires considèrent que la prévention est un élément essentiel de l'amélioration de la santé de la population et reconnaissent le rôle des centres de santé dans ce domaine.

La mise en œuvre d'actions de prévention primaire ou secondaire, de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, privilégie une approche globale de la personne dépassant le seul aspect curatif. En s'inscrivant dans cette démarche, les centres de santé contribuent à renforcer la qualité de la prise en charge.

Les parties signataires entendent donc maintenir et renforcer l'implication des centres de santé dans les programmes de prévention définis par la loi ainsi que ceux relevant du cadre conventionnel.

Article 22.1. Actions de prévention

Les parties signataires s'engagent à développer la prévention notamment autour des quatre axes principaux définis dans le cadre des priorités de santé publique déterminées par les pouvoirs publics tels que, le développement des services de prévention en lien avec le médecin traitant ou encore l'amélioration des programmes de dépistage des cancers.

A ce titre, l'assurance maladie met à disposition des centres de santé un nombre de dispositifs médicaux nécessaires à la mise en application de ces actions de prévention, conformes à l'activité des centres.

Les parties signataires s'accordent sur l'importance de l'engagement des centres de santé dans ces actions de prévention à l'instar de celles déterminées par les conventions des professionnels libéraux et déjà mises en œuvre. Il s'agit notamment des actions suivantes.

Article 22.1.1. Le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins.

Le dépistage vise à détecter le plus tôt possible le cancer afin de le traiter à un stade moins avancé et donc d'offrir de meilleures chances de guérison.

Un dépistage organisé a été généralisé depuis 2005. Il permet aux femmes de la tranche d'âge 50-74 ans de bénéficier tous les deux ans d'un examen de dépistage de qualité.

Les parties signataires s'engagent à promouvoir ce dépistage auprès des patientes des centres de santé.

Article 22.1.2. Le dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal pouvant être guéri dans neuf cas sur dix lorsqu'il est détecté précocement, le dépistage de ce cancer est une priorité de santé publique réaffirmée dans le Plan Cancer 2014-2019. L'adoption en 2015 d'un test de dépistage immunologique de recherche de sang dans les selles est l'occasion de favoriser la participation au dépistage organisé, qui n'atteint jusqu'ici que 31% des personnes ciblées.

Conscientes que le médecin traitant est un acteur décisif pour une participation systématique et régulière des personnes cibles au dépistage du cancer colorectal, les parties signataires s'engagent à promouvoir ce dépistage auprès des patients des centres de santé.

Article 22.1.3. La prévention bucco-dentaire

Dans les cinq prochaines années, la priorité est d'investir dans la prévention et les soins conservateurs en vue d'améliorer le recours aux soins préventifs de manière significative chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie ». Ce changement de paradigme implique un suivi bucco-dentaire plus régulier pour ces jeunes générations et une revalorisation des soins de prévention pour inciter les chirurgiens-dentistes à en réaliser davantage tout au long de la vie de ces patients.

Dans un souci d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de lutte contre le recours tardif aux soins dentaires, les centres de santé participent à ces dispositifs conformément aux dispositions prévues aux annexes 22 et 23 de l'accord national.

Article 22.1.4. Les programmes de vaccination

Les centres de santé contribuent à l'amélioration de la couverture vaccinale :

- dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre la grippe saisonnière reconduite chaque année, dans tous les groupes à risque et particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- pour la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) pour laquelle l'assurance maladie prend en charge à 100 % le vaccin pour les patients, de leur naissance à l'âge de 17 ans révolus.

Article 22.1.5. Le diagnostic de l'angine (TDR)

Lutter contre le développement des résistances bactériennes et préserver l'efficacité des antibiotiques, en limitant leur prescription aux seuls cas validés par les données scientifiques, est également un objectif de santé publique majeur.

A ce titre, les centres de santé s'engagent à poursuivre la maîtrise de la prescription d'antibiotiques. Pour les aider dans l'atteinte de cet objectif, l'assurance maladie propose aux centres de santé où exercent des médecins généralistes, pédiatres ou ORL, une mise à disposition gratuite des tests de diagnostic rapide de l'angine (TDR). Ainsi, les centres de santé peuvent bénéficier du dispositif "TDR Angine" de l'assurance maladie.

Article 22.1.6. La mise à disposition d'appareils d'automesure tensionnelle

L'incidence de l'hypertension artérielle est estimée à 1,7 millions nouveaux patients par an³. L'hypertension isolée de consultation (ou hypertension de la blouse blanche) est responsable d'environ un tiers des diagnostics d'hypertension artérielle.

Afin de permettre un dépistage plus précis de l'hypertension artérielle, l'assurance maladie s'engage à mettre à disposition des appareils d'automesure tensionnelle (AMT) dans les centres de santé.

Article 22.1.7. Dépistage de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitable en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut être dépistée par un examen régulier du fond de l'oeil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétinienne, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité dues à la rétinopathie.

La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique en France ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS d'un dépistage annuel ou tous les deux ans dans certains cas.

Aussi, afin d'améliorer le taux des patients dépistés, l'assurance maladie prend en charge depuis 2014 les actes de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine s'accordent sur la nécessité de favoriser cette coopération au sein des centres de santé polyvalents. Les centres polyvalents sont des lieux privilégiés pour organiser ce type d'activité.

Article 22.1.8. Programme d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques « Sophia »

Les parties signataires s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

L'assurance maladie a créé le service d'accompagnement « Sophia » pour aider les personnes ayant une maladie chronique à être acteurs de leur santé en les aidant à mettre en pratique au quotidien les recommandations de leur médecin, en leur apportant une meilleure compréhension de la maladie et en soutenant leur motivation sur le long cours. Ce service est proposé dans toute la France aux personnes ayant un diabète et s'installe progressivement pour les patients asthmatiques.

Le rôle des professionnels de santé est essentiel pour les sensibiliser à l'intérêt de ce service. Le programme « Sophia » s'inscrit dans le prolongement des conseils et des recommandations prodigués par le médecin traitant.

Ainsi, les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients à « Sophia ». Ils sont informés de l'accompagnement « Sophia » réalisé pour ces patients.

Article 22.2. Implication des centres de santé dans les futures actions de prévention

Les parties signataires s'engagent à inscrire les centres de santé dans les nouveaux dispositifs de prévention qui

³ Étude Thalès 2007 reprise par la HAS.

sont définis pour les professionnels de santé libéraux y compris dans le cadre conventionnel, par voie d'avenant au présent accord national, conformément aux dispositions législatives en vigueur.

Une attention particulière est apportée dans l'organisation des différents dispositifs afin de veiller à la bonne implication des centres de santé qui doivent pouvoir remplir leur rôle d'offres de soins de premier recours.

Article 23. Valoriser le rôle du « médecin traitant » dans le parcours de soins

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a instauré un dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus, d'un médecin traitant, autour duquel s'articule le parcours de soins coordonné.

La fonction de médecin traitant revêt un caractère central dans l'organisation des soins, la prévention, le suivi de la population atteinte de pathologies chroniques et plus généralement de la santé publique. C'est pourquoi les parties signataires conviennent de valoriser ce rôle dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient et de faire évoluer la rémunération des centres de santé dans lesquels exercent les médecins ayant été choisis en tant que médecin traitant.

Article 23.1. Missions du médecin traitant

Article 23.1.1. Missions générales

Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du centre de santé.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;

- assure le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc. ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante... ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Article 23.1.2. Suivi des patients en ALD

Pour les patients en ALD, le médecin traitant rédige conjointement avec le médecin conseil, le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Le médecin traitant prend en considération dans ce cadre, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuie, le cas échéant, sur les recommandations établies par la HAS. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, actualiser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées thérapeutiques.

Article 23.2. Modalités de choix du médecin traitant

Conformément aux dispositions de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés comme médecins traitants. Est donc désigné comme « médecin traitant » dans le présent accord, le centre de santé dont un ou plusieurs des médecins y exerçant a été déclaré comme médecin traitant.

Néanmoins, l'assuré a le libre choix de son médecin traitant au sein du centre. Si le patient demande à être suivi par le médecin traitant qu'il a choisi, le centre de santé doit être organisé de telle sorte que cette exigence particulière du patient soit respectée.

Le dossier médical est accessible, conformément à la réglementation en vigueur, à tout médecin du centre qui rencontre le patient en cas d'absence de son médecin traitant, ainsi qu'à tout médecin exerçant au titre de médecin correspondant dans le centre de santé.

Article 23.3. Rémunérations du centre de santé « médecin traitant »

Le centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). Il est en mesure, notamment à partir de ce dossier, d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette fiche de synthèse peut alimenter le dossier médical partagé du patient.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité de renforcer la valorisation de la fonction de médecin traitant du centre de santé au regard de son rôle clé dans le suivi au long cours des patients, de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation. Ils s'accordent parallèlement sur la nécessité de donner davantage de lisibilité à la rémunération valorisant les missions spécifiques du médecin traitant.

Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait patientèle médecin traitant est créé à compter du 1^{er} janvier 2018.

Ce nouveau forfait valorise les missions spécifiques du centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant dans le suivi de sa patientèle.

Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

Tous les patients ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères suivants :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 46 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3^o et 4^o de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 46 euros
- Autres patients : 5 euros

Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CSS dans la patientèle du centre de santé. Pour les patients bénéficiaires de la CSS, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7%, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du centre de santé en pourcentage est applicable au montant de la rémunération au titre du forfait « patientèle médecin traitant ». La majoration appliquée est au maximum de 25 %. Le taux national de patients bénéficiaires de la CSS est calculé sur la patientèle médecin traitant du centre de santé au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée pour le calcul de la rémunération liée à ce forfait « patientèle médecin traitant » correspond aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant (pour les moins et les plus de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Ce forfait calculé annuellement (année civile) bénéficie au centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant.

Ce forfait est mis en place à compter de l'année 2018 et fait l'objet d'un premier versement partiel au cours du 1^{er} semestre de chaque année de référence. La régularisation du paiement dû au titre de ce forfait est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait « patientèle médecin traitant » est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale.

De manière transitoire, les forfaits définis à l'annexe 24 du présent accord sont maintenus pour l'année 2017.

Article 24. Améliorer la prise en charge des patients par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Les parties signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. Complémentaire de la rémunération à l'acte, la rémunération sur objectifs de santé publique est versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité. Ce nouveau mode de rémunération est généralisé aux centres de santé adhérant au présent accord et concerne l'activité de l'ensemble des médecins traitants du centre de santé dans la prise en charge globale du patient.

Article 24.1. Modalités d'application du dispositif

Pour bénéficier de cette rémunération complémentaire, le centre de santé médical ou polyvalent s'engage à fournir à la caisse de sa circonscription géographique, les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Le centre de santé met, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition du service médical de l'assurance maladie.

Le centre de santé nouvellement créé et étant régi par le présent accord national qui ne souhaite pas bénéficier de la rémunération complémentaire a la possibilité de notifier son choix par écrit à la caisse primaire dont il relève, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par le centre de santé dans les trois mois suivant son installation.

Dans ce cas, le centre de santé renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la durée de l'accord national.

Les centres de santé dentaires et infirmiers salariant un ou plusieurs médecins généralistes peuvent également bénéficier de la ROSP.

Article 24.2. Indicateurs et objectifs de qualité et d'efficience de la pratique médicale

Les résultats correspondant à chaque indicateur de pratique clinique sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance Maladie ou, lorsqu'un tel calcul n'est pas possible, font l'objet d'une déclaration par les centres de santé.

Pour chaque indicateur sont définis :

- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de l'accord national ; ce taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
 - des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
 - à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 3e décile (pour un indicateur croissant) ou au 7e décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 8e décile (pour un indicateur croissant) ou au 2e décile (pour un indicateur décroissant).

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'examens cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du centre de santé à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les centres de santé s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs) :

Pour les centres de santé ayant été choisis par les patients de seize ans et plus comme médecin traitant, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommatrice fidèle ». Elle correspond aux bénéficiaires qui :

- ont eu recours à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc.) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul,
- ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant et n'en ont pas changé au cours de l'année.

Elle correspond aux patients âgés d'au moins 16 ans, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au Régime Social des Indépendants (RSI), à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et aux régimes et mutuelles hébergés par le Régime Général et ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant. L'objectif est à terme d'intégrer l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire et les sections locales mutualistes. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les centres de santé ayant été choisis par les patients âgés de moins de seize ans comme médecin traitant, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle « médecin traitant consommatrice » de l'année en cours.

Elle correspond aux bénéficiaires qui ont eu recours à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc.) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul.

Elle comprend les patients âgés de moins de seize ans, affiliés à un des régimes d'assurance maladie obligatoire et éventuellement aux autres régimes qui renseignent l'information du « médecin traitant » et ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant. Cette patientèle est évaluée chaque année au 31 décembre.

Article 24.3. Dispositions spécifiques pour les centres de santé nouvellement créés

Les centres de santé éligibles à la méthode spécifique « nouveaux installés » sont les centres nouvellement créés. Cette ouverture correspond à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement dans un département limitrophe.

La méthode adaptée pour les centres de santé « nouveaux installés » :

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre de santé, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans.

Les centres de santé « nouveaux installés » bénéficient également d'une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'ouverture. Cette majoration est de :

- 20% la première année,
- 15% la deuxième année,
- 5% la troisième année.

Pour le calcul de la rémunération des centres de santé « nouveaux installés » (au titre de tous leurs patients, quel que soit leur âge), une méthode spécifique est appliquée, avec des taux de départ correspondant à la moyenne

nationale de chaque indicateur, l'année précédente. Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle, la méthode spécifique permet de retenir la patientèle consommante de l'année en cours pour les patients de seize ans et plus, pour le calcul des indicateurs. La méthode la plus avantageuse (classique ou spécifique) est ensuite retenue pour le calcul de la rémunération.

Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les centres de santé « nouveaux installés » figurent en annexe 25 de l'accord national.

Article 24.4. Tableaux des indicateurs de pratique clinique

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	≥ 89%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
		Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20	
Total						390	
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59	
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54	
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0 (*)	
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0 (*)	
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19	
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39	
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54	
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54	
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54	
	Total						333

(*) : Indicateur neutralisé pour l'année 2018, dont les points sont répartis sur les indicateurs du même volet, dans l'attente d'être remplacé par de nouveaux indicateurs

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	≥ 89%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et 1 trimestre	60,5%	≥ 75,6%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre de moins 81 ans, traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20,8%	≥ 58,6%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9,90%	≥ 27,6%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	$\leq 30\%$	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	$\leq 9\%$	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	$\leq 32\%$	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20
	Total					

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
			Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients
Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)			35%	≥ 16,7%	5 patients	30
Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)			13,2%	≥ 3,8%	10 boîtes	30
Total						393

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2020

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥ 40%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
Efficiencie	Efficiencie des prescriptions	Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	38%	≥ 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	≥ 3,8%		30
Total						393

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	≥ 70%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	$\geq 60\%$	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	50%	$\geq 80\%$	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43%	$\geq 83\%$	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	$\leq 11\%$	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	$\leq 7\%$	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) Déclaratif</i>	80%	$\geq 95\%$	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT du centre de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69%	≥ 83%	5 patients	35
Total						305

* Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants exerçant au sein des centres de santé incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

**Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle).

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	≥ 70%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	75%	100%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	75%	100%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre)</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT du centre de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69%	≥ 83%	5 patients	35
Total						305

* Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants exerçant au sein des centres de santé incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

** Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle).

Article 24.5. Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.

L'ensemble du dispositif représente un total de 1 000 points (dont 60 pour des indicateurs complémentaires d'efficience à définir) pour les centres de santé ayant été choisi comme médecin traitant des patients âgés de seize

et plus, et 305 points pour les centres de santé ayant été choisi comme médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

Pour chaque indicateur, le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.

Le nombre de points attribués au centre de santé est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un centre de santé ayant été choisi comme un médecin traitant par des patients de seize et plus, et 600 patients pour un centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant par des patients âgés de moins de 16 ans. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.

La patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant dans l'année de référence quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante –PMTIR).

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Le détail du mode de calcul des taux de réalisation des indicateurs est présenté en annexe 25 de l'accord national.

Article 24.6. Suivi du dispositif

Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD) telles que visées à l'article au sous-titre 3 assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique. La CPN établit un bilan global du dispositif.

Les commissions paritaires locales analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif ou lors de l'enregistrement du centre de santé, la caisse primaire communique à chaque centre une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le centre peut solliciter un rendez-vous auprès du service médical ou de la caisse primaire pour recueillir tout élément d'information qu'il juge utile.

Une clause de sauvegarde est mise en œuvre les deux premières années de mise en œuvre du nouveau dispositif : au vu des bilans du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017 et de 2018, présentés en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé respectivement au titre de l'année 2016 et de l'année 2017, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 et 2018 donne lieu à un versement complémentaire aux centres de santé sous forme de majoration de la rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017 et 2018.

Les modifications portant sur les paramètres d'un indicateur, le retrait d'un indicateur ou l'introduction d'un nouvel indicateur, faisant l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, sur mandat du collège des directeurs, publiée au Journal Officiel, sont applicables aux centres de santé.

Article 25. Améliorer la prise en charge des patients

Article 25.1 Les missions de la sage-femme référente

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale, l'assurée ou l'ayant droit peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente afin de favoriser la coordination de ses soins, pendant et après la grossesse, en particulier en lien avec son médecin traitant.

La sage-femme référente a pour rôle d'informer sa patiente sur son parcours de grossesse et sur le suivi médical du nourrisson. A ce titre, elle rappelle à sa patiente les différentes étapes de son parcours de grossesse (en particulier bilan prénatal, examen pré et post natal, échographies, séances de préparation à la naissance, séances de rééducation périnéale...) ainsi que ceux du suivi postnatal (visites, entretiens postnataux, séances postnatales) et informe sa patiente du suivi médical du nourrisson.

La sage-femme référente réalise elle-même la majorité des rendez-vous du parcours de la grossesse en centre de santé et du suivi post natal (en particulier le bilan prénatal, l'entretien prénatal précoce, les examens pré et post nataux, le cas échéant les séances de préparation à la naissance et séances de rééducation périnéale...). Si elle ne réalise pas elle-même ces rendez-vous (par exemple les échographies de la grossesse ou examens de suivi médical de la grossesse s'ils sont réalisés à la maternité), elle rappelle à sa patiente l'importance de ces rendez-vous et l'oriente le cas échéant pour sa prise en charge en assurant la transmission d'informations à ce titre.

La sage-femme référente a un rôle de prévention vis-à-vis de sa patiente tout au long de sa grossesse et après la naissance (prévention de la dépression du post partum, s'assure auprès de sa patiente de la réalisation de l'examen bucco-dentaire destiné aux femmes enceintes, prévention des conduites addictives, vaccination, conseils personnalisés pour adapter son alimentation et son hygiène de vie, sensibilisation sur la santé environnementale...). Dans ce cadre, les sages-femmes, en première ligne pour détecter les fragilités psychiques chez la femme enceinte ou la jeune mère, peuvent également adresser directement les femmes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée aux psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « MonPsy ».

La sage-femme référente fait le lien avec la maternité et veille à ce que la femme ait bien un suivi à domicile programmé et réalisé à sa sortie de maternité, en lien le cas échéant avec le programme de retour à domicile PRADO. A ce titre, elle :

- informe la patiente de la possibilité d'avoir une ou plusieurs visites postnatales à son retour de la maternité ;
- informe la patiente de la nécessité de prendre contact avec elle en vue de la sortie de la maternité ;
- organise en lien avec la maternité et/ou la patiente, la ou les visites postnatales de sortie dans les délais prévues par les recommandations HAS ;
- réalise elle-même ces visites ou délègue si besoin à une autre sage-femme le suivi à domicile après la naissance.

La sage-femme référente est en charge de la coordination des soins de la patiente et assure à ce titre l'alimentation de « Mon espace Santé » (avec l'accord de la patiente) pour les soins qu'elle réalise. La sage-femme référente devra notamment s'assurer auprès de la patiente qu'elle a bien indiqué le nom de la sage-femme référente dans son profil médical de « mon espace santé » à la rubrique « mes professionnels de santé » en vue de permettre la transmission des informations entre les acteurs du système de santé et la coordination des soins au bénéfice de la patiente.

Elle fait également le **lien avec le médecin traitant** (l'informe notamment sur la sortie de la patiente de la maternité ou, le cas échéant, en cas de difficultés).

La sage-femme référente réalise le suivi médical du nouveau-né ou rappelle à sa patiente l'importance de ce suivi et l'oriente le cas échéant vers un autre professionnel de santé en assurant la transmission d'informations à ce titre.

Enfin, la sage-femme référente informe la patiente de ses droits et des démarches administratives durant la période périnatale nécessaires à leur obtention.

Article 25.1.2 Les modalités de choix de la sage-femme référente

Conformément aux dispositions du décret n°2023-1035 du 9 novembre 2023, les sages-femmes exerçant dans le cadre de la même spécialité dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés comme sage-femme référente. Est donc désigné comme « sage-femme référente » dans le présent accord, le centre de santé dont une ou plusieurs des sages-femmes exerçant a été déclarée comme sage-femme référente.

Néanmoins, l'assuré a le libre choix de sa sage-femme au sein du centre. Si la patiente demande à être suivie par la sage-femme qu'elle a choisi, le centre de santé doit être organisé de telle sorte que cette exigence particulière de la patiente soit respectée.

Article 25.2. Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de 7 ans (jusqu'au 7ème anniversaire de l'enfant), est créé une majoration conventionnelle (MIE) dont le montant est fixé à 3,15 euros par séance à partir du 1^{er} janvier 2020.

L'objectif de cette majoration est de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier salarié en centre de santé dans la prise en charge de ces jeunes enfants (transmission d'informations à l'entourage, temps passé auprès de l'enfant...).

Cette majoration sera cumulable avec l'ensemble des autres majorations prévues à la nomenclature générale des actes professionnels (applicable au regard de l'acte effectué).

Article 26. Participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les partenaires conventionnels réaffirment leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses.

L'assurance maladie s'engage à mener des actions d'accompagnement auprès des centres de santé pour diffuser des outils de bonne pratique et d'efficience, tels que :

- les protocoles et référentiels publiés par la HAS ou par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé;
- les référentiels de pratique médicale encadrant la prise en charge, élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les délégués de l'assurance maladie présentent aux centres de santé dans le cadre de leur accompagnement pour favoriser l'application du présent accord, les mesures innovantes concourant à la maîtrise des dépenses de santé.

Les centres de santé s'engagent pour leur part, à favoriser l'information des professionnels y exerçant sur les règles de prise en charge et les outils de bonne pratique portant sur certains actes, prestations ou prescriptions, notamment dans les domaines listés au présent article.

L'ensemble de ces actions devrait permettre aux centres de santé de contribuer à la maîtrise des dépenses de remboursement des actes, prestations et prescriptions, dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 26.1. Programmes de retour à domicile « PRADO »

Parmi les objectifs de gestion du risque partagés entre l'Etat et l'assurance maladie, les centres de santé s'inscrivent particulièrement dans l'axe visant à favoriser le virage ambulatoire. L'objectif est de structurer la prise en charge en ville afin d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation, aux services d'urgence ou aux ré-hospitalisations et les séjours en soins de suite (SSR). Il s'agit de renforcer l'organisation des soins post-opératoires ou en sortie d'hospitalisation.

Ainsi, l'assurance maladie a déployé un programme de retour à domicile « PRADO » après un séjour en maternité, pour certaines interventions de chirurgie orthopédique, ou épisode hospitalier de décompensation d'une insuffisance cardiaque. D'autres situations de sortie d'hôpital intègrent peu à peu ce dispositif.

Pour chacune des situations du programme « PRADO », les centres de santé s'engagent à organiser le retour à domicile selon les protocoles établis par l'assurance maladie en lien avec les sociétés savantes et validés par la HAS et disponibles sur le site ameli.fr.

Les centres prennent part aux programmes « PRADO » en fonction des professionnels de santé y exerçant.

L'assurance maladie s'engage à intégrer les centres de santé dans les programmes PRADO existants et à venir.

Article 26.2. Généralisation des génériques

Les parties signataires s'engagent à continuer de faire évoluer les pratiques habituelles en sensibilisant d'une part, les centres de santé sur le bien fondé de la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques et d'autre part, les patients sur l'intérêt du recours privilégié aux médicaments génériques.

L'assurance maladie s'engage à transmettre aux centres de santé les supports de sensibilisation et de communication à destination des praticiens et des patients qu'elle réalise dans ce domaine.

Article 26.3. Pertinence des actes et prescriptions

Les parties signataires s'engagent à améliorer la pertinence de la prescription de certains actes ou prescriptions. Les référentiels de pratique médicale élaborés par l'assurance maladie en lien avec les sociétés savantes et validés par la HAS sont disponibles sur le site ameli.fr ⁴ notamment sur les thèmes suivants.

Article 26.3.1. Les actes de kinésithérapie

Des référentiels de masso-kinésithérapie validés par la HAS, indiquent pour un certain nombre de situations pathologiques un nombre de séances au-delà duquel un accord du service médical est nécessaire pour que les soins puissent être poursuivis et pris en charge. Ils visent à l'optimisation de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie, par une médicalisation de la procédure d'accord préalable, qui n'est désormais réservée qu'aux situations pathologiques couvertes par un référentiel validé par la HAS.

4 Site AMELI : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/index.php>

Ce dispositif médicalisé contribue ainsi à améliorer l'efficacité de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie en ayant pour objectifs de réduire les écarts de consommation de soins et les disparités régionales de pratiques pour les patients atteints de mêmes pathologies.

Les situations visées par ces référentiels ainsi que les seuils définis pour établir une demande d'accord préalable sont inscrits au Chapitre V du Titre XIV de la NGAP.

Article 26.3.2. La biologie

Des mémos rappellent les recommandations de bonne pratique pour la prescription d'examen biologiques : dosage de la vitamine D, exploration et surveillance biologique thyroïdienne, bon usage de l'ordonnancier bizonne, dosages pour le dépistage du cancer de la prostate ou détermination du groupe sanguin...

Article 26.3.3. La radiologie

Un référentiel médical réalisé par l'assurance maladie en partenariat avec la Société Française de Radiologie rappelle certaines règles permettant d'éviter des prescriptions d'imagerie inutiles et de réduire ainsi l'exposition du patient en renforçant la radioprotection. Sa diffusion devrait favoriser notamment la prescription adéquate des examens d'IRM du membre inférieur pour des pathologies dégénératives liées à l'âge.

Article 26.3.4. La prescription d'arrêt de travail

L'assurance maladie après avis de la HAS a réalisé des référentiels de durée d'arrêt de travail par pathologie ou intervention. Ils sont destinés à aider le médecin dans sa prescription d'arrêt de travail et à faciliter le dialogue avec son patient. Les durées sont à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

TITRE 2 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 27. Délivrance des soins aux assurés

Article 27.1. Accès aux soins

Les parties signataires s'engagent à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité, quelles que soient les modalités de leur prise en charge.

Article 27.2. Libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les professionnels de santé exerçant ou non en centre de santé et parmi les professionnels de santé exerçant au sein du centre.

Le centre de santé vérifie que ses patients ont été informés de sa situation au regard du présent accord ainsi que des tarifs qu'il pratique.

Article 27.3. Portail internet de l'assurance maladie

Pour faciliter ce libre choix, les organismes locaux donnent à leurs assurés toutes les informations actualisées dont ils disposent sur la situation des centres de santé de leur circonscription, notamment grâce à l'accès au portail internet de l'assurance maladie, « ameli.fr ».

Les parties signataires attachées à un meilleur accès aux soins des assurés dans le système de santé actuel s'accordent à développer les informations mises à disposition sur le site « ameli.fr » concernant les centres de santé, telles les spécialités médicales, les horaires d'ouverture, les tarifs pratiqués pour les soins dentaires, etc.

Afin de faciliter l'accès des patients à ces informations, les centres de santé sont enregistrés sur « ameli.fr » sous la rubrique « établissements » et sous la rubrique « professionnels de santé ».

Article 28. Application des Nomenclatures et tarifs conventionnels

Article 28.1. Nomenclatures

Le centre de santé s'engage à respecter les dispositions, les libellés et les cotations définies par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou les dispositions de la classification commune des actes médicaux ou dentaires (CCAM).

Article 28.2. Informations sur les médicaments

Le centre de santé s'engage à demander à ses praticiens de se référer à l'une des bases de médicaments disponibles afin de garantir l'efficacité des prescriptions médicamenteuses en privilégiant notamment la prescription de médicaments inscrits au répertoire des génériques.

Article 28.3. Tarifs

Les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions de santé représentées dans les centres, dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale et les dispositions conventionnelles

propres à chacune des catégories de professions concernées.

Le centre de santé s'engage en particulier à respecter l'opposabilité des tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Dans le cas où les dispositions conventionnelles applicables aux professions de santé libérales autorisent la pratique de dépassement d'honoraires dans certaines conditions, il s'engage à y avoir recours en informant systématiquement les assurés.

Le centre de santé s'oblige, concernant ses tarifs, à la transparence, et ainsi à informer les assurés par affichage dans le centre de santé des tarifs des actes pratiqués conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

Le centre de santé s'engage à ne pas développer une activité majoritairement centrée sur les actes de confort (esthétique notamment), les actes hors nomenclature ou les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les centres de santé dentaires ou polyvalents s'engagent à dispenser aux assurés sociaux l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et radiologiques courants. Par ailleurs, les centres de santé qui ne pratiquent que la seule implantologie (pose d'implant et prothèse) sont exclus du champ du présent accord. Dans la mesure du possible les partenaires conventionnels encouragent la diversité des pratiques. Les centres de santé dentaires peuvent se spécialiser uniquement dans la spécialité d'orthopédie dento-faciale.

Dans ce cadre, le centre de santé s'engage à donner toute facilité au service médical de l'assurance maladie pour procéder aux contrôles nécessaires pour lesquels il est habilité. Le service médical a la possibilité, après en avoir informé le responsable du centre et le(s) praticien(s) concerné(s), de consulter sur place notamment :

- les dossiers médicaux et leur contenu ;
- les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels de santé qui y exercent.

Article 28.4. Devis dentaire

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste du centre de santé doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L.1111-3 modifié du code de la santé publique et comportant notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- Le montant de la base de remboursement.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

Dans l'hypothèse où le chirurgien-dentiste du centre de santé proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis est établi en annexe 26 du présent texte accompagné d'une fiche explicative.

Article 28.5. Transposition des rémunérations autres que celles payées à l'acte

Les parties signataires examinent, dans le délai légal à compter de la conclusion des conventions applicables aux professionnels de santé libéraux, les conditions de l'éventuelle intégration des rémunérations spécifiques fixées par celles-ci. .

Pour les rémunérations déjà intégrées dans l'accord national, les parties signataires conviennent que leur évolution dans le cadre des conventions prévues à l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale est appliquée aux centres de santé dans les mêmes conditions qu'aux professionnels libéraux, sans négociation préalable d'un avenant à l'accord national, dès lors que les mesures ne portent que sur des revalorisations tarifaires.

Article 28.6. Utilisation des formulaires

La caisse s'engage à fournir au centre de santé des feuilles de soins d'un modèle normalisé comportant l'identification du centre de santé.

Le centre de santé s'engage à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes, sur support papier, au modèle prévu par la législation ou, à défaut, par les partenaires conventionnels.

Le centre de santé s'engage à faire figurer sur ces documents en support papier l'identification du professionnel de santé dispensateur des actes ou des prestations, conformément aux règles en vigueur. Il s'engage à ce que lors de chaque acte, le praticien ou l'auxiliaire médical qui accomplit cet acte porte sur la feuille de soins les indications prescrites et appose sa signature dans la colonne réservée à cet effet.

En cas de facturation d'actes dentaires sur une feuille de soins sur support papier, l'indication du numéro de la dent sur la feuille de soins est obligatoire. La saisie du numéro de la dent est également obligatoire sur la feuille de soins électronique en mode non sécurisé, ainsi que sur la feuille de soins papier accompagnant la feuille de soins non sécurisée.

Dans tous les cas où la réglementation prévoit l'établissement d'une demande d'accord préalable, le centre de santé veille au remplissage et à la signature des imprimés nécessaires, prévus à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la CCAM et aux textes qui pourraient s'y substituer. Il joint à cette demande l'ordonnance ou sa copie, si nécessaire.

La prestation de soins doit être mentionnée sur la feuille de soins au jour le jour, même lorsqu'il s'agit d'actes en série, en utilisant les cotations prévues à la NGAP ou à la CCAM et aux textes qui pourraient s'y substituer.

Le centre de santé est tenu d'indiquer sur la feuille de soins sur support papier ou électronique :

- le montant de la part obligatoire, faisant l'objet de l'application de la procédure de tiers payant ;
- le montant du dépassement ou des frais soumis à entente directe autorisée faisant l'objet de l'application de la procédure de tiers-payant ;
- le montant de la part complémentaire faisant ou non l'objet de la procédure de tiers-payant.

Les parties signataires examinent dans le cadre du comité technique paritaire permanent national visé à l'article 57 du présent accord les moyens techniques permettant de faciliter la facturation des honoraires dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes à titre gratuit, le centre de santé porte sur la feuille de soins la mention :

« gratuit ».

Article 28.7. Création d'un forfait pour l'évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle nécessitant une rééducation pour les patients atteints par les pathologies, lésions ou troubles inscrits à la NGAP, un forfait est créé pour réaliser au domicile ou lieu de vie une évaluation de l'environnement du patient (organisation du lieu de vie, présence ou non d'aidants, etc) ainsi que la mise en place, le suivi de la rééducation réalisée par le patient à son domicile et de ses conditions de réalisation en complément des séances dispensées par l'orthoptiste.

Au regard de la situation et des besoins du patient, cette évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge peut également être réalisée :

- au sein d'un établissement scolaire, dans un lieu de vie ou d'accueil (dans un lieu de mode de garde) au bénéfice des enfants handicapés ;
- dans un lieu de formation au bénéfice des adultes handicapés.

Cette évaluation doit donner lieu à la rédaction de conclusions inscrites dans le dossier médical du patient.

L'objectif est de définir une stratégie de prise en charge personnalisée pour améliorer la compensation du handicap sévère dans le milieu de vie et adapter le contenu des séances de rééducation orthoptique réalisées dans le centre de santé.

Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend l'indemnité de déplacement. Il peut être côté seul ou en association d'un acte de rééducation réalisé au cabinet, au domicile ou lieu de vie. Il est facturable dans ce cadre une fois par an et par patient et, le cas échéant en cas d'aggravation importante de l'état de santé du patient, sans qu'il soit nécessaire que la prescription précise la mention «prise en charge à domicile ».

Article 28.8. Télésanté

Afin d'améliorer l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire, les centres de santé s'inscrivent en faveur du développement des regroupements professionnels, d'échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télésanté (télé médecine et télésoin).

Le recours aux actes de télé médecine et télésoin peut faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

Dans ce cadre, le déploiement de la télésanté et les modalités de facturation afférentes, telles que définies dans chacune des conventions nationales de chaque catégorie de professionnels de santé libéraux s'appliquent aux centres de santé dans les mêmes conditions.

Les partenaires conventionnels rappellent qu'un centre de santé conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils s'accordent pour considérer que le centre de santé pour l'ensemble de ses activités ne peut pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile et qu'il doit faire respecter cette limite à chacun de ses professionnels de santé salariés.

Cette limite s'inscrit par ailleurs pour les médecins salariés dans la position du Conseil national de l'Ordre des médecins qui considère, après interrogation des conseils nationaux professionnels, que l'exercice exclusif de la télémédecine par un médecin ne peut être déontologiquement admis.

Le non-respect du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé ci-dessus ainsi que des conditions conventionnelles de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que définies dans les conventions nationales de chaque catégorie de professionnel de santé est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 59 de la convention nationale et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du centre de santé.

Article 28.9 - Les outils en faveur de la coordination

Le déploiement d'outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients, entre les différents professionnels de santé en ville, mais également avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Les modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des centres de santé doivent continuer à évoluer et se diversifier pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

C'est pourquoi, les parties signataires ont souhaité mettre en place de nouveaux modes de rémunération afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Article 28.9.1 - Le développement du numérique en santé

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que la transformation de notre système de soins ne peut avoir lieu sans un développement du numérique en santé. En effet, les outils numériques constituent un des moyens pour faciliter la coordination entre les professionnels de santé, développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, mais aussi positionner les citoyens comme des acteurs de leur santé.

L'offre numérique doit être mise au service du parcours de santé des patients-usagers et des professionnels qui les prennent en charge. Elle doit être cohérente et s'intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé pour améliorer leur cadre de travail et dans la vie quotidienne des usagers du système de santé.

La crise sanitaire liée à la COVID 19 a confirmé l'importance et la nécessité d'accélérer le déploiement des services numériques d'échanges et de partage de données de santé.

Le constat partagé est que le déploiement massif de ces outils n'est envisageable que si ces derniers répondent aux exigences suivantes :

- être simples d'utilisation, ergonomiques, et adaptés aux usages des professionnels et des patients ;
- garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur ;
- garantir l'accès de l'ensemble des assurés à leurs propres données avec la généralisation de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé « Mon espace santé »
- être compatibles et interopérables entre eux.

C'est dans ce contexte que le Ségur de la Santé définit une nouvelle politique d'investissement et de financement massif du numérique, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique,

respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers du système de santé et professionnels, de façon à garantir la confiance, l'adhésion, et par voie de conséquence, les usages.

Article 28.9.2 - Le financement à l'équipement mis en place dans le cadre du Ségur de la Santé

A travers le volet numérique du Ségur, l'Etat mobilise un investissement historique pour soutenir financièrement les centres de santé dans leur équipement en solutions logicielles facilitant l'échange et le partage de données de santé entre les acteurs du parcours de soins et avec l'utilisateur.

Afin d'identifier les besoins, analyser les pratiques et définir les leviers à mettre en place pour faciliter l'usage par les professionnels de santé des outils de partage de données dont le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS), des groupes de travail ont été mis en place. A l'issue de ces travaux, des dossiers de spécifications de référencement (DSR) ont été élaborés à destination des éditeurs de logiciels. Ces dossiers ont pour objectif de donner aux éditeurs tous les éléments nécessaires aux développements et à l'implémentation des fonctionnalités attendues par les professionnels de santé.

Un « parcours de référencement » est mis en place par l'Agence du Numérique en Santé, afin de valider la conformité des solutions logicielles aux dossiers de spécifications de référencement auxquels l'éditeur va candidater. La validation du respect des exigences va permettre aux éditeurs d'obtenir le référencement de leur solution, étape obligatoire pour qu'ils puissent prétendre à un financement par l'Etat. Ce financement versé par l'Etat directement aux éditeurs de logiciels va permettre d'apporter un soutien majeur aux centres de santé dans l'acquisition, la mise à jour et l'usage de leurs solutions logicielles.

Pour la médecine de ville (et notamment les centres de santé médicaux et polyvalents) deux vagues de référencement des logiciels ont été déterminées, correspondant à deux paliers en termes d'ambition sur le partage des documents au cours du parcours de soins.

L'enjeu principal porte sur la réception et la lecture des documents partagés et échangés au cours du parcours de soins. Ces documents sont accessibles via le DMP ou reçus par la messagerie sécurisée de santé (MSS). Un enjeu majeur pour les médecins de ville et notamment les centres de santé est de créer et mettre à jour le Volet de Synthèse Médicale (VSM), progressivement en format structuré selon le référentiel en vigueur.

Le référencement doit permettre de vérifier la mise en place des services socles suivants :

- *L'Identité Nationale de Santé (INS) ;*
- *Le fédérateur de moyens d'identification électroniques Pro Santé Connect (PSC) ;*
- *La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) ;*
- *Le Dossier Médical Partagé (DMP) ;*
- *L'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV)*
- *Le service e-prescription unifiée.*

Ce mécanisme de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser l'équipement des centres de santé est novateur dans la mesure où les dispositifs d'accompagnement financiers à l'équipement en faveur des professionnels de santé et des structures étaient précédemment définis dans le cadre conventionnel. Dans ce contexte, et même si ce dispositif de financement via les éditeurs défini dans le cadre du Ségur ne constitue pas directement un engagement à dimension conventionnelle, les partenaires conventionnels ont souhaité l'évoquer dans le présent accord dans la mesure où il va bénéficier directement aux centres de santé dans leur pratique quotidienne et va permettre la mise en place de financement conventionnel visant à inciter les centres de santé à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients.

Article 28.9.3 - Mise en place de financement visant à inciter les centres de santé à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients

Les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une aide financière pour accompagner les centres de santé dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD. Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est créé.

Ce forfait est calculé de la manière suivante :

- versement d'un forfait d'un montant de 1500 euros (par ETP de médecin généraliste dans la limite de 20 ETP) si le centre de santé a élaboré des VSM pour au moins la moitié de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP;
- ce forfait est porté à 3000 euros (par ETP de médecin généraliste dans la limite de 20 ETP) si le centre de santé a élaboré des VSM pour 90 % de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP.

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du centre de santé sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la ROSP prévue à l'article 24.2.

Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20 % si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS). Ce forfait est versé une seule fois dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM.

Ce forfait est versé au cours du premier semestre 2024, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 31 décembre 2023.

Article 28.10 - La valorisation de la prise en charge des patients présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO).

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO), est mis en place un forfait valorisant l'implication des orthophonistes dans ce type de prise en charge et les spécificités des contraintes liées aux PCO.

Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend, le cas échéant, l'indemnité de déplacement et ne peut être coté qu'en association d'un acte effectué pour un enfant souffrant de troubles du neuro-développement dans le cadre d'une prise en charge coordonnée par une plateforme PCO.

Le forfait est facturable dans ce cadre une fois par an et par patient jusqu'à la date anniversaire des 12 ans inclus de l'enfant.

Ce forfait n'est pas cumulable avec le forfait de prise en charge des patients en situation de handicap.

Article 29. Rapport d'activité

Les parties signataires sont convenues qu'un suivi d'activité est indispensable à une bonne coopération entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Une plateforme informationnelle partagée entre les centres de santé, le ministère chargé de la Santé, les ARS, les caisses d'assurance maladie et la CNAMTS est mise en place. Elle permet la transmission par le centre de santé des données relatives à son activité et notamment la transmission à l'assurance maladie des données ouvrant droit au paiement des rémunérations prévues par le présent accord.

Le centre de santé s'engage à saisir toutes les données prévues par la plateforme et ce, au plus tard le 28 février

suivant chaque année de référence, sous réserve que le centre de santé dispose des informations demandées.

Ces données sont enregistrées sur un document récupérable et exploitable par le centre de santé.

La CPR ou la CPD, selon le cas, établit une analyse synthétique des données enregistrées pour les centres de santé relevant de son ressort géographique.

Un bilan du paiement des rémunérations des centres de santé est établi par la commission paritaire nationale des centres de santé une fois par an.

TITRE 3 – GESTION DES ECHANGES AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Le versement de la part des honoraires et prestations due aux centres de santé par les organismes locaux de prise en charge est assuré par la procédure de « tiers-payant » conformément à la législation applicable aux centres de santé.

Les parties signataires considèrent que la mise à disposition du tiers-payant aux assurés constitue l'un des facteurs majeurs favorisant l'accès aux soins et contribuant à améliorer la prise en charge des patients, particulièrement lorsqu'ils se trouvent en situation de fragilité (sanitaire, sociale ou financière).

A ce titre, l'assurance maladie s'engage à accompagner et faciliter la gestion des centres de santé, par la mise à disposition d'outils et de dispositifs facilitant les échanges entre les caisses et les centres de santé.

La gestion du tiers payant légal (notamment AME, AT/MP, CSS) suit les mêmes modalités que celles relatives à la procédure de tiers-payant applicable aux centres de santé. En outre, lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les mêmes obligations que celles relatives au règlement de la part obligatoire.

Les centres de santé s'engagent à mettre à niveau leurs logiciels pour répondre aux évolutions de la réglementation, telles que la mise en œuvre du tiers-payant intégral pour les patients bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et à terme l'ensemble des assurés.

Le centre de santé s'engage à identifier le professionnel de santé salarié ayant effectué les actes sur la feuille de soins (électronique ou support papier) en indiquant notamment le numéro d'immatriculation au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé.

Sous-titre 1 : les échanges électroniques

Article 30. La facturation électronique

Le centre de santé facturant en tiers-payant, sa facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en feuilles de soins électroniques (FSE), dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions du présent accord ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM -Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Article 31. L'utilisation de la carte Vitale

Le centre de santé vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale ou pour vérifier que la carte Vitale de l'assuré a effectivement été mise à jour, le centre de santé peut utiliser le dispositif d'accès des droits en ligne « CDR » (ou ADR) visé à l'article 39 du présent accord.

A titre exceptionnel, pour les seules personnes qui ne sont pas en capacité de présenter leur carte Vitale et qui ne figurent pas sur « CDR », le centre de santé vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 32. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation de cartes de professionnel de santé. Les centres de santé ont la possibilité de se fournir :

- en cartes de directeur d'établissement, en fonction de leur besoin,
- en cartes de personnel d'établissement (CPE) pour les personnels administratifs qu'ils emploient et qui sont appelés par délégation de leur part à signer les lots de feuilles de soins électroniques ;
- en cartes de professionnel de santé (CPS) pour les personnels médicaux et paramédicaux reconnus comme tels par l'assurance maladie, salariés par le centre et dont l'activité donne lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Le centre de santé s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles qu'il utilise conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assurance maladie s'engage à financer pour chaque centre de santé :

- 1 carte de directeur d'établissement (par an),
- les cartes de personnel d'établissement,
- les cartes « CPS » des professionnels de santé réalisant des FSE

Article 33. Les règles de télétransmission de la facturation

Article 33.1. Liberté de choix de l'équipement informatique

Le centre de santé a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique adoptée soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Article 33.2. Liberté de choix du réseau

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le centre de santé a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatibles avec la configuration de son équipement.

Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre de fournisseurs d'accès internet.

Le centre de santé peut également recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et à l'intégrité des flux de FSE.

Cet OCT, dont le centre de santé a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du centre de santé avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le centre de santé doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes locaux d'assurance maladie destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part du régime obligatoire.

Article 34. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 34.1. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des centres de santé et des organismes locaux d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions du présent accord.

Article 34.2. Délai de transmission des FSE

Le centre de santé s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, soit huit jours ouvrés, s'agissant de la procédure de tiers-payant.

Article 34.3. Délai de paiement

La caisse d'assurance maladie obligatoire traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours ouvrés, une indemnité est versée aux centres de santé dans les conditions définies réglementairement.

Article 34.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Article 35. Transmission du codage

Les feuilles de soins électroniques transmises aux organismes locaux d'assurance maladie obligatoire doivent comporter le codage des actes prévu par les nomenclatures applicables.

Si le centre de santé télétransmet la feuille de soins sous forme électronique, il est tenu d'y intégrer le code, dans la norme d'échanges en vigueur. Cette disposition s'applique à l'ensemble des actes et prestations facturés à l'assurance maladie et donnant lieu à un codage.

Article 36. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

Les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

En cas d'échec dans l'émission d'une FSE, le centre de santé fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le centre de santé établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata, le centre de santé adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le centre de santé remplit une feuille de soins papier.

Article 37. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

Le fonctionnement du système SESAM-Vitale exclut toute interruption prolongée de la transmission des feuilles de soins liée à une défaillance de l'équipement informatique du centre de santé.

A cet effet, il est recommandé au centre de santé de conclure un contrat de maintenance compatible avec les obligations de télétransmission dans les délais requis et qui couvre les dysfonctionnements et les mises à jour.

Les évolutions du système SESAM-Vitale font l'objet d'une concertation préalable entre les parties signataires au sein du comité technique paritaire permanent national (CTPPN) visé à l'article 57 du présent accord.

Le centre de santé met en œuvre les moyens nécessaires notamment ceux pour lesquels ses engagements sont détaillés dans l'article sur la télétransmission (article 9.1.4) :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce, dans les dix-huit mois suivant la publication de ce dernier, en contrôlant que les services proposés par son fournisseur de solutions informatiques permettent cette mise à jour ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur.

Les modalités de rémunération du centre de santé se rapportant à ses engagements sont détaillées à l'article 9.1.4.

Article 38. La facturation hors télétransmission

Dans le cas où le centre de santé n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique au niveau du lecteur de carte ou du module de logiciel, il télétransmet une feuille de soins via le réseau de télécommunication qu'il utilise habituellement pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée », en IRIS-B2 non sécurisée, prévue dans le contexte SESAM-Vitale.

Parallèlement, le centre de santé adresse à la caisse de son ressort géographique, avec les pièces justificatives nécessaires, les feuilles de soins papier correspondant aux feuilles de soins télétransmises.

Il peut également, à titre exceptionnel, élaborer hors télétransmission des feuilles de soins sur support papier, accompagnées des pièces justificatives nécessaires, qu'il transmet à la caisse d'affiliation de l'assuré. Dans ce cas, le règlement au centre de santé intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par l'organisme.

Dans ces deux cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale.

Sous -Titre 2 : les outils d'aide à la gestion du tiers-payant

Article 39. Consultation en ligne des DRoits de l'assuré (CDR) ou d'Acquisition des DRoits en ligne (ADR)

Les outils CDR « Consultation en ligne des DRoits de l'assuré » ou ADR « Acquisition des DRoits » sont mis à disposition de l'ensemble des centres de santé.

Cet outil permet de fiabiliser l'identification des assurés ou des bénéficiaires et de leurs droits, en l'absence de carte Vitale ou aux fins de vérification de la mise à jour de la carte, et par conséquent d'améliorer la qualité de la facturation.

Les parties signataires s'engagent à accompagner les centres de santé dans l'appropriation de ce nouvel outil. L'assurance maladie s'engage notamment à accompagner techniquement les centres de santé dans un objectif de déploiement de CDR.

Un bilan régulier de la montée en charge de ces dispositifs dans les centres de santé est réalisé en CTPPN.

Article 40. Retours d'information

Les « retours-tiers » sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme « NOEMIE – PS » concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le centre de santé.

Les caisses nationales ont déployé la norme « NOEMIE 580 » afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Les principaux éléments du retour sont les suivants :

- le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée, il ne peut pas être partiel ;
- le cumul, la régularisation ou la récupération d'indus sont signalés de façon claire ;
- tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est indiqué distinctement des factures honorées dans le retour NOEMIE ;
- le rejet est accompagné des informations permettant d'identifier la facture transmise et l'anomalie détectée ; il implique la modification et le renvoi de la facture par le centre de santé.

Les caisses nationales se sont engagées à améliorer la lisibilité des retours « NOEMIE » et prévoient les évolutions suivantes :

- l'envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet ;

- la réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire ;
- la réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture ;
- l’allègement en volume par suppression du détail des actes payés ;
- l’identification des actes rejetés ;
- le niveau de rejet : facture, ligne ou acte ;
- la ligne de prestation concernée ;
- la part concernée (AMO/AMC) ;
- le rang du code affiné concerné dans la ligne ;
- l’identification de la référence du virement bancaire ;
- la distinction des différentes natures de retour : remboursements de prestations, paiements ponctuels, rappels, retenues suite à indus ;
- l’indication de la nature du flux aller : FSE, flux sécurisé ou non, facture papier ;
- la restitution de l’intégralité des informations prévues dans le retour, en cas de paiement différé (recyclage ou re-saisie).

Les caisses nationales s’engagent à mettre à la disposition des centres de santé la transmission de ces informations, dès mise à jour de la norme de transmission de ces informations.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité pour les centres de santé de disposer d’une information précise concernant les versements de rémunérations forfaitaires prévues dans le présent accord. Dans ce cadre, l’assurance maladie s’engage à mettre en œuvre dans les meilleurs délais les évolutions de son système d’information permettant la transmission de ces informations.

Article 41. Compagnon flux tiers

Dans le cadre de l’amélioration de l’offre de service aux professionnels de santé, l’assurance maladie développe un nouveau mode d’échanges intitulé « Compagnon flux-tiers ».

Cet outil permet d’adresser des messages ciblés aux professionnels de santé et aux centres de santé leur indiquant comment traiter un rejet de facturation. Il a pour objectif de limiter le nombre de rejets de facturation et de fournir des consignes claires aux professionnels de santé et aux centres de santé afin de leur permettre de comprendre les motifs des anomalies détectées et d’adapter les mesures de correction nécessaires.

Ces messages, avec l’accord du professionnel et du centre de santé, sont adressés soit par courrier, soit par mail.

Les parties signataires s’engagent à promouvoir à destination des centres de santé, l’utilisation de ce dispositif qui favorise la qualité de la facturation et la rapidité des paiements, en limitant le nombre de rejets.

Sous-Titre 3 : Les téléservices

Les parties signataires considèrent que la mise à disposition de téléservices contribue à faciliter la gestion des centres de santé compte tenu du gain de temps qu’ils représentent et de l’utilité des informations disponibles. Elles veillent au développement de téléservices répondant aux contraintes techniques et organisationnelles des centres de santé.

Article 42. Les téléservices disponibles

L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible sur le portail de l'assurance maladie « amelipro », avec un accès identifiant / mot de passe de la structure, concerne :

- Les informations de droits du patient par saisie de NIR,
- les informations relatives au paiement en tiers-payant, les aides à la télétransmission, le paiement de la permanence des soins,
- la patientèle médecin traitant du centre de santé,
- l'accès à certains formulaires en ligne et les commandes en ligne de formulaires papier.

L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible sur le portail de l'assurance maladie « amelipro », avec un accès en carte CPS du médecin salarié ou de l'infirmière salariée, concerne :

- les informations de droits du patient par saisie de NIR ou lecture carte Vitale,
- la patientèle médecin traitant du centre de santé,
- accès aux services suivants : Déclaration Simplifiée de Grossesse (DSG), Déclaration Médecin Traitant (DMT), Affection Longue Durée (ALD), Protocole de Soins Electronique (PSE), Avis d'Arrêt de Travail (AAT), Bilan de Soins Infirmiers (BSI)

NB : d'autres ouvertures de services sont prévus dans les prochains mois.

L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible en mode intégré aux logiciels avec utilisation de la carte CPS, concerne :

- la déclaration du médecin traitant en ligne qui permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie,

le dispositif de numérisation et de télétransmission des ordonnances (SCOR).

Article 43. Les téléservices en cours de finalisation

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'utilisation des téléservices sans lien direct avec un patient, via Espace pro en accès identifiant / mot de passe de la structure ; il s'agit de la mise à disposition d'appareil d'auto-mesure tensionnelle (cf. article 22.1.6).

Les parties signataires s'engagent à travailler, avec les éditeurs, à l'intégration des téléservices, en lien direct avec un patient, en mode intégré aux logiciels des centres de santé.

Les parties signataires s'engagent à soutenir le développement des futurs téléservices tels que la prescription électronique, afin de continuer à faciliter les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie.

Sous-Titre 4 : Les actions d'accompagnement

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à mettre en œuvre des mesures d'accompagnement ayant pour objet de faciliter la pratique quotidienne des centres de santé et principalement la gestion du tiers-payant.

Les parties signataires proposent et examinent les actions d'accompagnement à mettre en place au niveau local à destination des centres de santé, dans le cadre de la CPN.

Ces actions se déclinent selon les besoins des centres de santé et les moyens dont peuvent disposer les caisses.

Elles s'appuient sur les services visés ci-dessous.

Article 44. Le Conseiller Informatique Service « CIS »

Chaque caisse dispose désormais de « conseillers informatique service » chargés d'accompagner l'ensemble des professionnels de santé et les centres de santé dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de santé, qui s'installent ou qui veulent s'informatiser, sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé par un conseiller informatique service et un numéro d'appel dédié au sein de chaque caisse ;
- pour apporter aux centres de santé toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM-Vitale ;
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, par les changements techniques.

Article 45. Offre de contacts entre les centres de santé et l'assurance maladie

Article 45.1. Offre de contact via la plate forme téléphonique

Les parties signataires sont attachées à l'amélioration des relations directes entre les centres de santé et leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique.

Ce service est coordonné notamment avec le service médical. Pour le régime général, cette organisation s'appuie soit sur un numéro dédié au niveau régional ou départemental soit sur un numéro dédié par professionnel de santé dans certains départements. Pour les autres régimes, un numéro dédié est instauré pour toutes les catégories de professionnels de santé et les centres de santé.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de l'accord, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

De leur côté, les centres de santé qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et, quand ils en ont, leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'information.

Article 45.2. Offre de contact relative au tiers-payant

Un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes), est mis à la disposition des centres de santé qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant.

Il est constitué sous la forme d'un support multicanal : il est dans un premier temps accessible par courriel ou par téléphone. Des sollicitations par « chat », à partir d'Espace Pro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.

L'équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quels que soient le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement :

- information générale sur la réglementation et les conventions applicables dans le cadre du tiers payant ;
- assistance à la facturation ;
- information sur les paiements et sur les rejets.

Lorsque la réponse ne peut être immédiatement apportée, un engagement de réponse en trois jours est pris. Cette réponse peut être assurée directement par la caisse de rattachement du patient, quel que soit son régime.

Le conseiller informatique service (CIS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du centre de santé.

Article 46. Mise à disposition d'un support d'accompagnement des centres de santé

Un support d'accompagnement des centres de santé, élaboré par la CNAMTS est mis à la disposition de chaque centre de santé adhérent au nouvel accord.

Ce support d'accompagnement est élaboré conjointement et validé en CPN dès l'entrée en vigueur du présent accord, avant diffusion.

TITRE 4 – VIE CONVENTIONNELLE

Sous-titre 1: durée, dénonciation et résiliation de l'accord national

Article 47. Durée de l'accord national

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur ; il est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition dans les conditions réglementairement fixées.

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, l'accord national conclu précédemment est caduc.

Article 48. Opposition à reconduction

L'opposition visée ci-dessus est formée au plus tard six mois avant la date d'échéance de l'accord national, par l'un au moins des signataires ou par une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 49. Résiliation de l'accord national

Le présent accord national peut également être résilié à tout moment, soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe et unanime des organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les relations entre les organismes locaux d'assurance maladie et les centres de santé.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires de l'accord national. L'UNCAM invite alors les organisations représentatives des centres de santé à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans les conditions prévues par la réglementation dans un délai de six mois.

Sous-titre 2 : modalités d'application de l'accord

Article 50. Notification

La caisse primaire d'assurance maladie informe les centres de santé relevant de sa circonscription de l'entrée en vigueur du présent accord par courrier.

Par ailleurs, l'assurance maladie met à disposition des centres de santé sur son site internet, le présent accord, ses annexes et, le cas échéant, ses avenants dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal Officiel.

Article 51. Modalités d'application de l'accord national

Les centres de santé précédemment placés sous le régime de l'accord national publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 sont considérés tacitement comme y adhérant.

Pour les centres de santé nouvellement créés (est entendu par « création » la date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS) ou non adhérents à l'accord national :

Les centres de santé précédemment placés en dehors de l'accord national, de même que les centres de santé nouvellement créés au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à l'accord national en font la demande par LRAR adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

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 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 directeur général de l'ARS et indique son numéro d'identification (numéro FINESS) attribué par l'ARS. Il doit également fournir les données relatives à l'identification administrative du centre de santé (raison sociale, adresse, et le nom du représentant légal), 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, seront transmis également. Le centre de santé mettra à disposition de la caisse toute pièce justificative complémentaire permettant de justifier de sa conformité avec la réglementation en vigueur.

Le centre de santé précise à sa caisse s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3 du présent accord.

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.

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à une procédure simplifiée et souhaitent ainsi encourager la mutualisation des échanges entre les ARS et les caisses primaires pour accompagner au mieux les centres de santé dès leur création et notamment simplifier les démarches administratives.

Afin d'accompagner le centre de santé dans l'entrée dans l'accord national, un échange entre le centre de santé et sa caisse primaire de rattachement doit être organisé dans les 6 mois suivant le conventionnement. Il s'agit d'accompagner au plus près le centre de santé en lui communiquant notamment des informations actualisées pour l'aider dans sa pratique (facturation, prévention, mise en place des indicateurs de la rémunération forfaitaire,...), l'informatisation, gestion des cartes CPS, etc.

Une visite sur site peut être mise en place pour vérifier les bonnes conditions de mise en œuvre de l'accord national avec la possibilité de consulter tous les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels qui y exercent. La visite sur site peut intervenir à tout moment du conventionnement du centre de santé et autant de fois que nécessaire ; en cas de suspicion de fraude, le centre de santé n'est pas avisé de la visite des services de la caisse et/ou du service médical.

Pour tous les centres de santé conventionnés :

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse peut également modifier la spécialité d'un centre de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète. Dans ce cadre, la caisse informe le gestionnaire du centre de santé, au plus tard deux mois avant la modification de cette spécialité par tout moyen, autre que par messagerie électronique, permettant de déterminer la date de réception de cette modification.

En cas de désaccord du gestionnaire du centre de santé, le dossier est soumis à l'avis de la commission paritaire régionale ou départementale par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.

En cas de modification substantielle de ses conditions d'exercice correspondant à une modification du projet de santé (ouverture d'un nouveau local, fermeture du centre de santé ou déménagement, modification de la spécialité du centre de santé, changement de gestionnaire, introduction ou arrêt d'une des activités ou spécialités exercées ...) et/ ou de modification de la liste des professionnels de santé salariés du centre dont le numéro RPPS, le centre de santé s'engage à en informer la caisse de son lieu d'installation dans le délai d'un mois à compter de la date de modification.

Dans le cas où il s'agit d'un centre de santé ou une antenne ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, le centre doit remettre à la caisse primaire d'assurance maladie l'agrément provisoire puis à l'issue du délai réglementaire l'agrément définitif établi par le directeur général de l'ARS

Le non-respect des dispositions ci-dessus peut entraîner l'application des sanctions prévues pour le non-respect des engagements conventionnels.

Article 52. Engagement conventionnel

Le centre de santé placé sous le régime du présent accord national s'engage à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles régissant l'activité des centres de santé.

Les centres de santé non conventionnés sont soumis aux tarifs d'autorité et sont placés dans la même situation que les centres de santé déconventionnés au regard de l'accord national.

Article 53. Modalités de rupture d'adhésion

Le centre de santé fait connaître son refus d'être régi par le présent accord national par lettre recommandée avec accusé – réception adressé à la caisse primaire de son ressort géographique.

Le centre de santé se place ainsi hors du régime conventionnel mais reste autorisé à demander à tout moment à être placé de nouveau sous le régime du présent accord.

Les caisses des autres régimes accèdent à la liste des centres de santé n'étant pas régis par l'accord national via le portail internet de l'Assurance Maladie.

Sous-titre 3 : instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement au caractère paritaire des relations conventionnelles et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale (CPN) et son comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placés près de la CPN (CTPPN) ;
- une commission paritaire régionale (CPR) dans chaque région au sens de l'organisation des régions administratives, à l'exception de la région Ile-de-France ;
- une commission paritaire départementale (CPD) dans chaque département de la région Ile-de-France.

Seuls les représentants des organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord peuvent siéger en CPN et en CTPPN.

Seuls les représentants des organisations représentatives ayant adhéré au présent accord peuvent siéger en CPR et en CPD. Le représentant légal d'un centre de santé faisant l'objet d'une sanction conventionnelle devenue définitive ne peut siéger en CPR et en CPD.

Le règlement intérieur de ces instances est défini à l'annexe 28.

Article 54. La commission paritaire nationale (CPN)

La commission paritaire nationale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

Elle se réunit dans les cas suivants :

- à la demande de l'un des présidents de section ;
- au moins une fois par semestre ;
- en cas d'entrée d'un nouveau signataire dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM. Son secrétariat est assuré par la CNAMTS.

Article 54.1. Composition

La CPN est composée, à parité :

– d'une section professionnelle composée de 10 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire est incompatible avec celle de membre de la section professionnelle, à l'exception de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

– d'une section sociale composée de 10 représentants titulaires désignés par l'UNCAM et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de professionnel de santé en exercice ou de représentant d'un centre de santé est incompatible avec celle de membre de la section sociale.

La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 28.

Article 54.2. Missions

La CPN a pour mission de faciliter l'application de l'accord par une concertation permanente entre l'UNCAM et les représentants des centres de santé ; elle décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

Elle conduit ses travaux sur l'ensemble du champ conventionnel, et notamment sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses de santé dans les centres de santé ; le suivi des études relatives à l'offre globale de soins permettant de mieux cerner les spécificités régionales ;
- la mise en œuvre de mesures favorisant le rôle des centres et facilitant leur gestion ;
- les éléments remontés des travaux du comité technique paritaire des services (CTPPN), notamment les problèmes propres à la télétransmission et à SESAM-Vitale ou aux téléservices;
- tout problème d'ordre général soulevé par les relations entre les centres de santé et les organismes locaux d'assurance maladie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une CPR ou CPD, afin de proposer une solution pour régler ces difficultés ;
- l'évolution des différents dispositifs démographiques ou optionnels ;
- toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires ;
- la préparation des avenants et annexes à l'accord national, notamment dans le cadre des transpositions des dispositions conventionnelles négociées par ailleurs avec les syndicats des professionnels de santé libéraux.
- les demandes de conventionnement dans les zones « sur dotées » en application de l'article 19.12 du présent accord national.

Article 55. Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD)

Une commission paritaire régionale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord, dans chaque région, au sens de l'organisation administrative des régions, à l'exception de la région Ile-de-France, dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

De même, une commission paritaire départementale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord, dans chaque département de la région Ile-de-France, dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

Les CPR et les CPD sont composées paritairement. Elles se réunissent en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Article 55.1. Composition

Chaque CPR ou CPD est composée, à parité :

- pour la section professionnelle, de 10 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires et ayant adhéré au présent accord national et, le cas échéant, de 10 suppléants,
- pour la section sociale de 10 représentants des organismes locaux d'assurance maladie désignés soit par les caisses des départements compris dans la région concernée pour la CPR, soit par la caisse du département pour la CPD et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire est incompatible avec celle de membre de la section professionnelle, à l'exception de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

La qualité de professionnel de santé en exercice ou de représentant d'un centre de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire à la CPR ou CPD.

La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 28.

Afin de pallier le manque de représentants régionaux de la section professionnelle dans les DROM, il est possible à titre exceptionnel, et temporairement, que les représentants signataires de l'accord au niveau national procèdent à la désignation d'un ou plusieurs de leurs membres, pour siéger, le cas échéant, à distance par visioconférence, à la commission paritaire régionale dans les DROM et ainsi permettre son installation. Cette désignation est

temporaire et réévaluée tous les deux ans. Elle est strictement limitée à la tenue de la commission paritaire régionale dans les DROM.

Siègent également à titre consultatif au sein de la commission paritaire régionale/départementale, un représentant de l'agence régionale de santé.

Article 55.2. Missions

Chaque CPR ou CPD est chargée, notamment, de :

- faciliter l'application de l'accord national par une concertation permanente entre les organismes locaux d'assurance maladie et les organisations représentant les centres de santé du ressort régional ou local,
- se prononcer sur les mesures à prendre à l'encontre des centres de santé qui ne respecteraient pas les obligations de l'accord national,
- suivre les questions relatives à la télétransmission et aux services,
- établir le bilan de l'application des différents dispositifs optionnels,
- suivre les rapports d'activité des centres de santé.
- d'examiner les demandes d'installation sous convention en zones sur-dotées conformément aux conditions et procédures définies à l'article 19.12 du présent accord ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre dérogatoire conformément aux conditions et procédures définies au b de l'article 19.12.3 du présent accord ;
- d'assurer le suivi des départs et remplacements des chirurgiens-dentistes salariés d'un centre de santé dentaire ou polyvalent installé en zone non-prioritaire dentaire conformément au dispositif décrit à l'article 19.13.2 du présent accord.

Chaque CPR ou CPD est saisie pour avis :

- sur les projets de contrats types conclus par l'ARS ainsi que sur le projet d'arrêté de zonage régional.

La CPR ou CPD s'assure une fois par an que les centres de santé transmettent leur rapport d'activité à la caisse primaire de leur circonscription ainsi qu'au secrétariat de la CPR ou CPD, conformément aux dispositions de l'accord national. Le secrétaire de la CPR ou CPD fait une analyse synthétique annuelle des rapports d'activité reçus, qu'il présente en séance et transmet au secrétariat de la CPN.

Dans le cadre des organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de centre de santé, celles-ci sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire départementale (CPD) ou régionale (CPR) des centres de santé (avis consultatif recueilli également auprès des commissions paritaires régionales (CPR) des médecins libéraux ou des commissions paritaires locales (CPL) des médecins libéraux selon le territoire d'intervention de l'organisation) selon le territoire d'intervention de l'organisation.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.

Article 56. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord national.

Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Lorsqu'une CPR ou une CPD n'est pas constituée dans le délai de deux mois du fait des organisations représentatives des centres de santé signataires, la section professionnelle de la CPN dispose d'un délai d'un mois pour proposer une composition.

Si aucune proposition n'est faite dans ce délai, ou si les représentants au niveau local ne l'acceptent pas, la section sociale de la CPR ou de la CPD concernée dresse un procès-verbal de carence et assume de plein droit les attributions de la commission, le temps que celle-ci se mette en place dans sa formation complète.

En cas d'entrée d'un nouveau signataire dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission nationale, régionale ou départementale constituée de l'ensemble des représentants des signataires de la convention se réunit dans les deux mois, à compter de la date de signature de l'accord par le nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

Chaque commission fixe, alors, le nombre de représentants dans chacune des sections équivalent au nombre de représentants des organisations représentatives des centres de santé pour respecter la parité ; chaque représentant dispose d'un siège.

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant a minima le modèle-type en annexe, qui précise notamment les règles de répartition des sièges, de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par une des instances, le règlement-type annexé à la convention s'applique en l'état.

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement de chaque commission sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, une des CPAM de la région pour chaque CPR et la CPAM concernée pour chaque CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Chaque CPR et CPD rédige chaque année un bilan d'activité ainsi qu'une analyse synthétique des rapports d'activité transmis par les centres de santé de son ressort.

L'analyse des rapports d'activité est présentée en séance de la CPR ou de la CPD compétente. Elle est également transmise au secrétariat de la CPN.

Chaque instance met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux conseillers techniques dont elles jugent la présence nécessaire.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux experts dont elles jugent la présence nécessaire. Les experts n'interviennent que sur le sujet inscrit à l'ordre du jour pour lequel leur compétence est requise.

Article 57. Le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placé près de la CPN

Article 57.1. Composition et fonctionnement

Le comité technique paritaire permanent national est composé de représentants des organisations représentatives

signataires du présent accord et de l'UNCAM. Il se réunit en tant que de besoin à la demande du président ou du vice-président de la CPN et au moins trois fois par an. Il rend compte de l'avancée de ses travaux à la CPN.

Ce comité est constitué paritairement de deux sections :

- une section professionnelle composée de 6 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives signataires, et le cas échéant, de 6 suppléants.
- une section sociale composée de 6 représentants titulaires désignés par l'UNCAM, et le cas échéant, de 6 suppléants.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par la CNAMTS quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité, en respectant le quorum et la parité, soit au moins trois représentants dans chacune des sections.

En cas de difficulté de fonctionnement, la CPN est saisie.

Article 57.2. Missions

Le comité technique est chargé de suivre les services offerts aux centres de santé et leur évolution en matière notamment d'échanges électroniques et de téléservices.

Sous-titre 4 : le non-respect des engagements conventionnels

Les parties signataires ont convenu de définir les situations pour lesquelles un centre de santé qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les CPR et CPD et les centres de santé favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure de déconventionnement. Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable du comportement qui ne serait pas conforme à l'accord national.

Article 58. Examen des manquements

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions du présent accord national par un centre de santé, portant notamment sur :

- la non application de la dispense d'avance des frais ;
- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive des dépassements ;
- la non utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- le non-respect, de façon répétée des règles de la NGAP et de la CCAM ;
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L.161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- les engagements fixés par les options ;
- - La non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens du présent accord et de la réglementation ;

- la facturation d'actes non réalisés ;
- le non-respect de l'obligation de réaliser à titre principal des prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical;
- le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'assurance maladie ;
- le manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe 26 du présent accord lorsqu'il est obligatoire ;
- le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation des actes dentaires ;
- le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un des professionnels salariés du centre de santé ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que prévues par les conventions nationales monoprofessionnelles ;
- le non-respect des conditions ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone sur-dotée
- le défaut de transmission des informations quant aux modifications substantielles des conditions d'exercice.
- non-respect des mesures de régulation des centres de santé avec activité dentaire décrites aux articles 19.13 à 19.13.2 du présent accord
- les fraudes telles que définies par l'article R.147-11 du code de la sécurité sociale

la procédure décrite ci-après peut être mise en œuvre.

Article 59. Procédure

En cas de constatation, par une CPAM, d'un non-respect par le centre de santé des dispositions conventionnelles, la CPAM de rattachement du centre de santé, pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, lui adresse une mise en demeure par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette mise en demeure doit décrire l'ensemble des faits qui sont reprochés au centre de santé et les motifs susceptibles de justifier la mise en œuvre de la procédure de sanction.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le centre de santé dispose d'un délai de trois mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique.

Cette procédure de mise en demeure n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

- de la facturation par le centre de santé d'actes non réalisés
- en cas de non-respect du dispositif de régulation du conventionnement en zone sur-dotée ou non prioritaire
- d'une fraude mentionnée à l'article R.147-11 du code de la sécurité sociale
- d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L.162-1-7 du même code
- de faits sanctionnés par l'Agence régionale de Santé ou par une instance judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles .

Si, à l'issue de ce délai, le centre de santé n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, communique un relevé des constatations des faits reprochés dument motivé au centre de santé concerné, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR ou de la CPD ainsi qu'au membre de l'ARS siégeant à titre consultatif

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites ou demander à être entendu. Si le centre de santé transmet ses observations par écrit, il n'y a pas lieu d'organiser un échange oral avec le directeur de la caisse ou son représentant. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification du relevé des constatations, la CPAM décide :

- soit de mettre fin à la procédure ; dans ce cas, elle en avise le centre de santé et la CPR ou la CPD ;
- soit de poursuivre la procédure engagée à l'encontre du centre de santé ; dans ce cas, la CPAM saisit la CPR ou la CPD compétente conformément aux modalités prévues par le présent accord, afin qu'elle rende son avis préalablement à la décision de sanction.

Le centre de santé peut transmettre ses observations écrites à la commission ou être entendu par celle-ci. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

L'avis de la CPR ou de la CPD est rendu en séance. L'avis est transmis, pour information, par le secrétariat de la CPR/CPD au directeur de l'organisme d'Assurance Maladie ainsi qu'au centre de santé. Si la CPR ou la CPD ne s'est pas prononcée au terme d'un délai de 2 mois à compter de sa saisine, l'avis est réputé rendu.

A compter de la date de réception de l'avis de la CPR ou de la CPD ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de la CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, dispose d'un délai d'un mois pour notifier au centre de santé la mesure prise à son encontre, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. La CPAM en informe également les membres de la CPR ou de la CPD en leur adressant une copie de la notification adressée au centre de santé. Cette décision est également transmise à l'ARS DD.

La décision liste les faits reprochés, précise la nature de la sanction, sa date d'effet et les délai et voie de recours; cette décision doit être motivée.

Article 60. Mesures de sanctions

Lorsqu'un centre de santé ne respecte pas les dispositions du présent accord national, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue ci-dessus, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- Avertissement ;
- Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursi ;
- Suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte (rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, FPMT, MPA, ...).

La suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis, et la suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte sont prononcées pour une durée ne pouvant excéder 5 ans, selon l'importance des griefs.

Article 61. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives notamment en cas de faux et usage de faux ou falsification, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant l'engagement d'une procédure pénale au titre de l'article 40 du code de procédure pénale par la caisse primaire d'assurance maladie en application du 3ème alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du centre de santé peut décider de suspendre les effets du présent accord national, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au centre de santé, par tout moyen autre que par messagerie électronique permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le représentant légal du centre de santé dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du représentant légal du centre de santé ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au centre de santé par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au présent accord national. Le centre de santé dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.

Article 62. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de l'accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent accord sont examinées au regard des dispositions du présent accord.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Article 63. Les sanctions prononcées par l'ARS ou les tribunaux

Lorsqu'une juridiction pénale ou l'ARS a prononcé à l'égard d'un centre de santé une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

- d'interdiction du droit de donner des soins ;
- d'interdiction d'exercer ;
- de radiation ;
- d'emprisonnement,

le centre de santé se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction et pour une durée équivalente.

De même, en l'absence d'agrément définitif ou en cas de retrait d'agrément prévu à l'article L.6323-1-11 du code de la santé publique, le centre de santé ayant une activité exclusive dentaire et/ou ophtalmologique et/ou orthoptique se trouve placé de fait et simultanément hors convention.

Annexe 1 : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun principal

	Points			Points			Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle			CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle		
Accès aux soins								
Accessibilité du centre (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	800		Accessibilité du centre (1 critère) : accès à des soins programmés et non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	200		Accessibilité du centre (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	400	
Mission de santé publique (2 missions au maximum) (<i>optionnel</i>)		700	Mission de santé publique : relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé (2 campagnes au maximum) (<i>optionnel</i>)		400	Mission de santé publique ou bilans bucco-dentaires auprès de population ciblée (1 mission au maximum) (<i>optionnel</i>)		200
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						
Diversification de l'offre de soins (4 critères <i>optionnels</i>) :								
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 2 jours/mois)	300							
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)	300							
Offre d'une diversité de services de soins 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 paramédicales différentes)	300							

Offre d'une diversité de services de soins 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						
<u>Accueil d'au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale</u> 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 (optionnel)	200						
<u>Réponse aux crises sanitaires graves (socle et prérequis)</u>		<u>Réponse aux crises sanitaires graves (socle et prérequis)</u>			<u>Réponse aux crises sanitaires graves (socle et prérequis)</u>		
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	100		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	100		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	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	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	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
<u>Soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (optionnel)</u> 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						

	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono- professionnelle</i>	Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT								
Travail en équipe/coordination								
Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) (<i>socle</i>)		1000	Concertation professionnelle : 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 : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (<i>socle</i>)	200	
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							
Formation des jeunes PS (2stages/an)(<i>optionnel</i>):	450		Formation des jeunes PS (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)	250		Formation des jeunes PS (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)	250	
Stagiaire médecins (dans la limite des 2 stages/an. 1 stage étant valorisé 50 points) supplémentaire (<i>optionnel</i>)	100		1 stage supplémentaire (<i>optionnel</i>)	225		1 stage supplémentaire (<i>optionnel</i>)	225	
Si 3 ^{ème} stage, 4 ^{ème} stage et 5 ^{ème} stage (points par stage) (<i>optionnel</i>)	225							
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière (<i>optionnel</i>)	225							
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire (<i>optionnel</i>)	225							

<p>Coordination externe (1 critère) : 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></p>		200	<p>Coordination externe (4 critères) : - 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, - conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations, - répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, - retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale <i>(socle)</i></p>		300	<p>Coordination externe formalisée par une contractualisation avec un EHPAD, un établissement de santé ou médico-social, un établissement pénitentiaire ou un établissement scolaire (REP,REP+) A minima 3 interventions dans l'année de chirurgiens-dentistes salariés en dehors de la structure <i>(optionnel)</i></p>	500	
<p>Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un EHPAD, un établissement de santé médico-social, un établissement pénitentiaire ou un établissement scolaire <i>(optionnel)</i></p>		200						
<p>Protocoles pluri-professionnels (1 critère) : élaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés <i>(socle)</i></p>		800	<p>Protocoles pluri-professionnels (8 protocoles au maximum) : Participation à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels dans le cadre d'une convention avec une MSP <i>(optionnel)</i></p>		200			
<p>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></p>		320						
<p>Fonction de coordination <i>(socle et prérequis)</i> Assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement</p>		1000	<p>Fonction de coordination <i>(socle et prérequis)</i> Fonction de coordination interne organisée</p>		200	<p>Fonction de coordination <i>(socle et prérequis)</i> Assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement</p>	200	
<p>Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS (ETP médecins généralistes) <i>(optionnel)</i> - agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le</p>		200						

médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes/ETP médecin généraliste par semaine ; - et être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ou participer à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles.							
<u>Protocoles de coopération SNP</u> <i>(optionnel)</i> dans la limite des 6 protocoles nationaux	600						
<u>Parcours insuffisance cardiaque</u> <i>(optionnel)</i>		100					
<u>parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (optionnel)</u>	100						

	Points			Points			Points	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono- professionnelle</i>	Fixe	Variable
Echange/Système d'information								
Système d'information (1 critère) : conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau standard intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé. A compter de 2023, les centres de santé doivent disposer d'un logiciel référencé Séjour avec un LAP certifié HAS. <i>(socle et prérequis)</i>	500	200 points par professionnel de santé salarie du centre jusqu' à 16 PS et 150 points par professionnel de santé salarie du centre au- delà de 16 PS	Système d'information (1 critère) : 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 points par infirmiers salarieés du centre de santé jusqu'à 10 et 50 points par infirmiers salarieés du centre de santé au-delà de 10	Système d'information (1 critère) : 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 points par chirurgiens- dentistes salarieés du centre de santé jusqu'à 6 et 150 points par chirurgiens- dentistes salarieés du centre de santé au- delà de 6
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						
<u>Système d'information</u> <u>pluriprofessionnel</u> conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau avancé <i>(optionnel)</i>	100		<u>Acquisition d'un logiciel</u> <u>pluriprofessionnel labellisé par</u> <u>l'agence du numérique en santé</u> <i>(optionnel)</i>	150				
Précarité : Prise en charge du public précaire (CSS+ AME) Majoration égale à la différence entre le taux national de patients CSS et AME et le taux de la structure en pourcentage Majoration au maximum de 25% (pour les CSI et CDS dentaires)								

TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative)</i>	6895	4650		2225	1150		2325	750
--	------	------	--	------	------	--	------	-----

Annexe 1 bis : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun complémentaire

		Points				Points							
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle		Fixe	Variable			
			Travail en équipe/coordination										
Démarche qualité : 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> 1er 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		Démarche qualité : 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> 1er 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		Démarche qualité : 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> 1er 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	
2ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ			150	25	2ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ			150	25	2ème niveau (pour 4 ETPCD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ		150	25
3ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): 100% des critères intégrés au PAQ atteints			150	25	3ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints			150	25	3ème niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints		150	25
4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité			150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité			150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité		150	
Accès aux soins													
Accompagnement des publics vulnérables : <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)				Accompagnement des publics vulnérables : <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)				Accompagnement des publics vulnérables <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	Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)		200	Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)		200
Si présence d'un médiateur	300		Si présence d'un médiateur	300		Si présence d'un médiateur	300	
Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées ; dont 50 points par ETP sage-femme si une action réalisée par une sage-femme salariée du centre en dehors de la structure)		450	Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées ; dont 50 points par ETP sage-femme si une action réalisée par une sage-femme salariée du centre en dehors de la structure)		450	Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées)		400
Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800	Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800	Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)		800
Implication des usagers (optionnel)			Implication des usagers (optionnel)			Implication des usagers (optionnel)		
Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200		Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200		Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200	
Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		300	Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		300	Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)		300

			Points					Points					Points	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle			Fixe	Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle			Fixe	Variable
Echange/Système d'information														
Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) (optionnel)					Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) (optionnel)					Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) (optionnel)				
Télétransmission (aide pérenne)					Télétransmission (aide pérenne)					Télétransmission (aide pérenne)				
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)					SCOR									
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (optionnel)														
Equipement pour vidéo transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (optionnel)					Equipement pour vidéo transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (optionnel)									
Si le centre de santé salarie des infirmières participant à la téléconsultation : valorisation de l'équipement pour vidéo transmission														
Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télé médecine (par ETP médicaux et infirmiers) (optionnel)					Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télé médecine (optionnel)									
Capacité à coder les données (optionnel)														

Remplissage du DMP (optionnel) 20 % des consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 30%		40					
Usage de la MSS (optionnel) au moins 5 % des consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 10%		40					
E-prescription (optionnel) 30 % des prescriptions de produits de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 40%		40					
Application carte vitale (optionnel) Envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)		40					
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE <i>si tous les critères et objectifs sont remplis</i>	1340	2471		1100	2148	1050	1870

Annexe 2 : charte d'engagement du centre de santé médical ou polyvalent

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :

.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé. Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures¹, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes

.....

En dehors de ces horaires d'ouverture, le centre de santé est joignable au numéro suivant Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de à

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

¹ Mention à supprimer le cas échéant

Annexe 3 : charte d'engagement du centre de santé infirmier

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :
.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365.

- L'accueil au centre est organisé du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de..... (indiquer l'heure) à..... (indiquer l'heure)

Avec des soins assurés au centre :

- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
 - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
 - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
 - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
 - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
 - le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- Les soins sont dispensés 7 jours sur 7 à domicile
 - L'accueil téléphonique est assuré du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de...H ...à...H ...(indiquer l'heure)

Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins prescrits et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, assurer les soins dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié selon les jours et heures d'ouverture du centre mentionné ci-dessus

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

Annexe 4 : charte d'engagement du centre de santé dentaire

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes :
.....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures¹, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes
.....

En dehors de ces horaires d'ouverture, le centre de santé est joignable au numéro suivant Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de à

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

¹ Mention à supprimer le cas échéant

Annexe 5 : missions de santé publique définies en fonction des objectifs du projet régional de santé

Dans le cadre de l'article 8.2 du présent accord, des missions de santé publique définies dans la liste figurant dans la présente annexe ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent permettre aux centres de santé de bénéficier d'une valorisation complémentaire (dans les conditions définies à l'article 8.2) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé.

- Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires¹. L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins².

- Lutte contre la tuberculose

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants³. Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

- Surpoids et obésité chez l'enfant

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses⁴.

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte⁵, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

- Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression⁶; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Le recours fréquent aux comportements addictifs conduit plus ou moins

¹ Source INVS <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>

² Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.

³ Source INVS 2012

⁴ Sources : étude ObEpi-Roche 2012 ; données INSERM et OMS

⁵ Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.

⁶ Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité...

rapidement à aggraver le processus⁷. Les adolescents les plus démunis sont les plus sujets aux conduites addictives.

- **Prévention du suicide**

Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale.

- **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie). .pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA.**

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus⁸, dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires^{9,10} peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

- **Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité**

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85% sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10% sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA¹¹.

Au-delà de la prévention périnatale, le suivi des femmes en âge de procréer en situation de précarité constitue un enjeu majeur de santé publique qui peut se traduire par la mise en place d'actions de prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles et des pathologies de la grossesse (prématurité, diabète gestationnel...), et par un soutien à la parentalité.

⁷ *Etude du Fonds des Nations unies pour l'enfance menée en France au printemps 2014 : plus de 41 % des plus de 15 ans disent boire de l'alcool et avoir déjà été en état d'ivresse, et près de 32 % avoir déjà pris de la drogue ou fumer du cannabis.*

⁸ HAS " Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? " juin 2013.

⁹ *Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant...*

¹⁰ *Les centres de santé infirmiers qui ne sont pas intégrés aux expérimentations PAERPA peuvent mettre en œuvre une action de prévention sur ce thème*

¹¹ Cf. INSERM Prématurité <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>

Si le phénomène des maternités précoces reste limité en France¹², le risque de précarité associé à ce phénomène justifie néanmoins une attention particulière en termes de prévention et d'accompagnement social des jeunes mères présentant des critères de vulnérabilité psychosociale (moins de 26 ans, grossesses non désirées, primipares, niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, isolement affectif et faiblesse des revenus).

- **Education thérapeutique (ETP) et éducation à la santé**

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants¹³; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA

¹² Cf. étude de l'INED publiée en juin 2012 : 11 naissances par an pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans

¹³ Environ 15 millions de personnes actuellement.

Annexe 7 : dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »

Article 1 - Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention de preuve ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE.

Article 2 - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives

2.1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes locaux d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, le centre de santé s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément) lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par le centre de santé et ce, quel que soit le destinataire de règlement se fait sur support papier.

Le centre de santé s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

2.2 - De la pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par

la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme de prise en charge est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, le centre de santé se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le centre de santé est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives du centre de santé et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

Le centre de santé s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99%. La liste des anomalies rendant inexploitable les pièces numériques est fixée à l'article 2.6.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

2.3 - De la numérisation des pièces justificatives

Le centre de santé s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Le centre de santé s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'actes, le centre de santé transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en

l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'une demande d'accord préalable antérieure, dans une première phase, le centre de santé transmet une nouvelle fois l'ordonnance numérisée. Dans une seconde phase dont le calendrier est précisé entre les parties, il ne transmet que les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale.

2.4 - Du délai de transmission des pièces justificatives

Le centre de santé s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation, que la facturation ait eu lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

2.5 - De la facturation des actes en série

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

2.6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

2.6.1 - Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, le centre de santé met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le centre de santé transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable. Dans ce cas, aucune copie n'est exigée.

2.6.2 - De la non réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec le centre de santé par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

Le centre de santé transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.6.1 de la présente annexe.

2.6.3 - De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitable les images numérisées est la suivante :

- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;
- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absents ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signale au centre de santé les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de 90 jours. Dans ce cadre, il en avise le centre de santé dans un délai minimum de 7 jours avant la mise en place du contrôle.

Le centre de santé s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

2.7 - De la valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par le centre de santé dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le centre de santé, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R.161-45 du code de la sécurité sociale.

2.8 - De la conservation des preuves et de la protection des données

Le centre de santé conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.6.3 de la présente annexe, le centre de santé conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le centre de santé s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le centre de santé ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le centre de santé et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

Annexe 8 : contrat incitatif des centres de santé médicaux ou polyvalents - Dispositions transitoires

Conformément aux dispositions de l'article 19 et suivants du présent accord, l'option démographique souscrite dans les conditions définies à la présente annexe, en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 1 au présent accord s'applique jusqu'à son terme selon lesdites conditions.

A compter de l'entrée en vigueur de l'avenant 1 au présent accord, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option démographique décrite dans la présente annexe.

Option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zone déficitaire

Article 1^{er}

Modalités d'adhésion

Le centre de santé médical ou polyvalent installé dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine, peut adhérer au « contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents ».

En adhérant, le centre de santé s'engage à ne pas cesser son activité ni à changer de lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives, à compter de la date d'adhésion.

Il formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 9 du présent accord) qu'il adresse à la caisse primaire de son lieu d'implantation par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans renouvelable.

Article 3

Engagements du centre de santé médical ou polyvalent

Pour adhérer, le centre de santé doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée. Dans le cas où le centre de santé est installé dans une zone mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dont l'unité territoriale, au sens de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques, est inférieure au bassin de vie, il doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans le bassin de vie comprenant cette zone.

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone, le centre de santé adhérent s'engage à :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec les médecins salariés du centre, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires.

Le centre de santé s'engage également à transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) médecins salariés exerçant au sein du centre.

Article 4

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse envoie au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche (modèle en annexe 10 du présent accord) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion au contrat incitatif sur ses conditions d'exercice.

Article 5

Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie des engagements du centre de santé, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat incitatif par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le centre de santé ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par le contrat au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédant la résiliation de l'adhésion en fonction des manquements constitués.

Article 6

Résiliation de son adhésion par le centre de santé médical ou polyvalent

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat incitatif. Il en informe la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du centre de santé prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le centre de santé ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par le contrat incitatif au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion.

Article 7
Aide à l'investissement

Cet avantage a pour objectif d'aider les centres de santé qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial à l'investissement.

L'aide à l'investissement est versée sous la forme d'un forfait annuel versé pendant trois ans à compter de l'adhésion au contrat incitatif.

Son montant est de 5 000 € par an par équivalent temps plein (ETP) médecins exerçant au sein du centre de santé.

Article 8
Aide à l'activité

Cette aide est proportionnée à l'activité du centre de santé dans la zone, dans la limite d'un plafond.

Elle représente 10 % de l'activité médicale du centre de santé (C + V) dans la zone, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 € par ETP médecins exerçant dans le centre de santé.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Article 9
Modalités de versement des aides

Le versement des aides décrites aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans la présente annexe, par le centre de santé adhérent.

Annexe 9 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents

Adhésion à l'option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zones déficitaires

Ce document est à remplir par le centre de santé médical ou polyvalent qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé médical ou polyvalent

"Je, soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé :

Adresse du lieu d'implantation principale du centre de santé (entité juridique) :

.....

déclare adhérer au « contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents » destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions du présent accord national.

Cachet du centre de santé

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

Annexe 10 : fiche de suivi des adhérents

Partie pré remplie par la caisse

Année évaluée : 2 _ _ _

Identification du centre de santé médical ou polyvalent signataire du contrat

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

.....

N° d'identification du centre de santé :

Date d'adhésion

- nombre de médecins salariés exerçant au sein du centre de santé :
- nombre en ETP de médecins salariés exerçant au sein du centre de santé :

Outil informatique

- nombre d'ordinateurs au sein du centre de santé :
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :

achat matériel ou service, connexion haut débit

Accueil, secrétariat

- nombre de personnes salariées du centre de santé :

Précisez les évolutions du centre de santé dans ce domaine durant l'année :

engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux

Sur l'année

- nombre d'astreintes réalisées :

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

Annexe 10 bis : contrat-type national d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents (en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.1 et à l'annexe 10 bis de l'accord national des centres de santé approuvée par arrêté du XXXXXX).
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.)]*

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

Article 1. Champ du contrat d'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les [zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans les zones précitées pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture du centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents qui se créent et s'implantent dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat peut également être proposé à un centre de santé infirmier ou dentaire installé dans les zones précitées qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens du FINESS, du fait de l'intégration d'un ou plusieurs médecins généralistes salariés.

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à exercer au sein de la zone définie à l'article 1 du contrat pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion au contrat.

Le centre de santé s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé défini à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé tel que défini à l'article 19.1.2. du présent accord, une aide à l'installation.

Le montant de l'aide s'élève à 30 000 euros par ETP médecin généraliste salarié pour le premier ETP, puis 20 000 euros pour le deuxième ETP médecin généraliste salarié et 20 000 euros pour le troisième ETP médecin généraliste salarié rémunérés quelle que soit la date de recrutement de ces ETP pendant la durée du contrat.

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

dans l'hypothèse où les 3 ETP sont présents à la date du signature du contrat.

Pour les ETP médecins (dans la limite de 3 ETP) arrivant dans le centre en cours de contrat, l'appréciation du nombre d'ETP est effectuée tous les ans à date anniversaire du contrat. En fonction du nombre d'ETP présent dans le centre, au moment de cette appréciation, le montant de l'aide pour les nouveaux ETP recrutés (dans la limite de 3 ETP) est proratisé au regard du nombre d'années restantes dans le contrat.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 40 000€. Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 16 000€ supplémentaire : soit 20 000 euros pour l'ETP supplémentaire proratisé à 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire. L'ETP supplémentaire est ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable (exemple : sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...) dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire pour les centres de santé adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones

- [caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]

- [où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue au présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 1.2.

Article 3. Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Annexe 10 ter : contrat type national de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.2 et à l'Annexe 10 ter de l'accord national des centres de santé.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).]*

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat de stabilisation et de coordination (pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés en zone sous-dotée.

Article 1. Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1. Objet du contrat

L'objet du contrat est de valoriser la pratique des centres de santé médicaux ou polyvalents exerçant dans les zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*

qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans une des zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé.*

Un centre de santé ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.1 de l'accord national.

Un centre de santé adhérent au contrat incitatif tel que défini dans à l'annexe 8 de l'accord national des centres de santé peut signer le présent contrat lorsque son adhésion au contrat incitatif est arrivée à échéance.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de stabilisation et de coordination

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique au sein de la *[zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1. du présent contrat, le centre de santé adhérant au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de :

- 5 000 euros par an et par ETP de médecin salarié ;
- 5 000 euros par an et par ETP pour la création d'un nouveau poste d'un nouvel ETP quelle que soit la catégorie de professionnel de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP) ;
- 3 000 euros par an et par ETP de masseur-kinésithérapeute, de sage-femme ou d'orthophoniste recruté par le centre de santé en remplacement d'un masseur-kinésithérapeute, d'une sage-femme ou d'un orthophoniste présent précédemment dans le centre de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP).

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder aux centres de santé adhérant au présent contrat installés dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* une majoration de la rémunération forfaitaire fixée dans le présent article.

Cette majoration ne peut pas excéder de 20% le montant de la rémunération prévue dans le présent article.

Cette dérogation ne bénéficie au maximum à 20% des centres de santé éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Pour les centres de santé faisant l'objet d'une majoration de la rémunération telle que définie ci-dessus, le niveau de la rémunération tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de stabilisation et de coordination

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 10 quater : contrat type national de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.3 et à l'Annexe 10 quater de l'accord national.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).]*

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat de solidarité territoriale relatif à l'engagement des centres de santé médicaux ou polyvalents de réaliser une partie de leur activité au sein de zones sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

Ce contrat vise à inciter les centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à d'autres centres de santé exerçant dans les zones précitées.

Au-delà de l'intérêt de ce dispositif pour apporter une réponse au manque d'une offre de soins en médecin généraliste, ce contrat vise également à favoriser le déploiement d'une activité de médecine spécialisée, hors médecin généraliste, dans les zones en tension.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé,
- centres de santé médicaux ou polyvalent s'engageant à ce qu'au moins un de ses médecins salariés réalise une partie de son activité représentant au minimum 10 jours par an au sein d'un autre centre de santé situés dans les [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé,

Un centre de santé ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de solidarité territoriale

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à mettre à disposition au moins un de ses médecins salariés pour exercer au minimum 10 jours par an dans un centre de santé situé au sein d'une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue

au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].

Le centre de santé s'engage à ce que le médecin facture l'activité qu'il réalise au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins dans le cadre du présent contrat sous le numéro de facturant (numéro AM) qui lui a été attribué spécifiquement pour cette activité.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée médicale clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an et par ETP médical.

Cette aide à l'activité est calculée au regard des honoraires facturés par le centre pour le ou les médecins mis à disposition sous le ou les numéros de facturant qui lui a (ont) été attribué(s) spécifiquement pour cette activité au sein des zones précitées dans le cadre du présent contrat.

Le centre de santé adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés par le ou les médecins salariés mis à disposition pour se rendre dans les zones précitées dans le cadre du présent contrat. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata temporis de la date d'adhésion du centre de santé au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivant celle de référence.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une aide à l'activité bonifiée pour les centres de santé adhérent au présent contrat et réalisant une partie de leur activité, par la mise à disposition d'un de ses médecins salariés, dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les zones :

- [caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]
- [où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique]

dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité défini au présent article. Pour les centres de santé faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. Résiliation du contrat de solidarité territoriale

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 11 : contrat incitatif centres de santé infirmiers – Dispositions transitoires

Option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé infirmiers en zone « très sous-dotée »

Conformément aux dispositions de l'article 19.7 et 19.8 du présent texte, les contrats incitatifs centres de santé infirmiers définis à la présente annexe, en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 3 à l'accord national s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis aux articles 19.7 et 19.8.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs centres de santé infirmiers définis à la présente annexe. Il est proposé aux centres de santé infirmiers de souscrire à l'un des nouveaux contrats incitatifs définis aux annexes 13 bis et 13 ter du présent texte.

Les contrats incitatifs centres de santé infirmiers en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance

Article 1

Objet du contrat

Le présent contrat est une option conventionnelle qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'offre globale en soins infirmiers, et à ce titre a pour objet de favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotée » des centres de santé infirmiers, par le versement d'aides financières telles que décrites à l'article 5 de la présente annexe.

Article 2

Durée du contrat

Le « contrat incitatif centres de santé infirmiers » est signé entre la caisse primaire d'assurance maladie et le centre de santé infirmier, pendant une durée de trois ans renouvelable.

Article 3

Champ du contrat

Ce contrat incitatif est proposé aux centres de santé infirmiers s'installant ou installés dans une zone « très sous dotée » telle que définie en application de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Article 4

Conditions générales d'adhésion

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, le centre de santé infirmier doit justifier d'une activité conventionnelle réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée ».

Article 5
Avantages conférés par l'adhésion au contrat

En adhérant au contrat, le centre bénéficie d'une participation de l'assurance maladie :

- à l'équipement du centre de santé ou autres investissements professionnels (véhicule,, ...) dans la limite de 3 000 euros par an par équivalent temps plein (ETP) infirmier exerçant dans le centre de santé, versés à terme échu pendant 3 ans.
- à l'activité correspondant à 3% des honoraires sans dépassements liés à l'activité infirmière du centre de santé

Article 6
Engagements du centre de santé infirmier

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, le centre de santé contractant s'engage à :

- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80% de son activité ;
- réaliser 2/3 de son activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée » ;
- transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) infirmiers exerçant au sein du centre.

Article 7
Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé infirmier prend contact auprès de sa CPAM de rattachement pour formaliser son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 12 du présent accord).

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 3 ans renouvelable.

Article 8
Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 13 du présent accord. Le centre complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution du contrat.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 9
Rupture du contrat

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé 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 centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et de l'aide à l'activité ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe la caisse par courrier. La décision du centre prend effet dès réception par la caisse du courrier.

Annexe 12 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif centres de santé infirmiers

Adhésion à l'option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé infirmiers en zone « très sous dotée »

Ce document est à remplir par le centre de santé infirmier qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé infirmier :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

.....

Numéro d'identification du centre de santé :

.....

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat conventionnel appelée « contrat incitatif centres de santé infirmiers » telles qu'indiquées à l'annexe 11 du présent accord ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif centres de santé infirmiers » destiné à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotée ».

Cachet du centre de santé

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

Annexe 13 : fiche de suivi des adhérents

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification du centre de santé infirmier signataire du contrat :

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « très sous dotée » : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par le centre de santé infirmier (2)

Je soussigné (e) :

- Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :
.....

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

.....

Sur l'année :

- Nombre d'infirmiers salariés exerçant au sein du centre de santé (ETP):
.....
- Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :
.....

Cachet du centre de santé infirmier

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer au centre de santé infirmier

(2) Document complété par le centre de santé infirmier. Un exemplaire est conservé par le centre de santé, le deuxième est à renvoyer à la CPAM

Annexe 13 bis : contrat-type national d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type-régional en faveur de l'aide à la première installation des centres de santé infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type-national prévu à l'article 19.7 et à l'annexe 13 bis de l'accord national des centres de santé;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des centres de santé infirmiers s'implantant pour la première fois en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture d'un centre de santé dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc....).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers qui se créent et s'implantent dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat d'aide à l'installation n'est pas cumulable avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 19.8 de l'accord national.

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 2.1 Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat.

En outre, il s'engage à informer la caisse de sa circonscription de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant d'un montant de 30 000 euros par ETP infirmiers salarié pour le premier ETP, puis 15 000€ pour les deuxième et troisième ETP infirmiers salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2^{ème} trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP infirmiers à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 37 500€ (30 000€ pour 1 ETP + 0,5x15 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 15 000€ supplémentaire : soit 45 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 37 500€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 5 000€/ETP infirmiers supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat. En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation majorée dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ». Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les centres de santé infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé ou la caisse d'assurance maladie.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 13 ter : contrat-type national d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat-type régional en faveur de l'aide au maintien des centres de santé infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.8 et à l'annexe 13 ter de l'accord national ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des centres de santé infirmiers en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Il vise à inciter les centres de santé infirmiers à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée ».

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers déjà installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à la première installation en centre de santé infirmier défini à l'article 19.7 de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1 Engagement du centre de santé

Le centre de santé infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;

En outre, il s'engage à informer la caisse de sa circonscription de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an et par ETP infirmier.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2^{ème} trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat-type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien.

Pour les centres de santé infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de maintien

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé, ou par l'assurance maladie dans le cadre de l'article 4.2.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 14 : contrat incitatif centres de santé dentaires – Dispositions transitoires

Option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée »

Conformément aux dispositions de l'article 19 de l'accord national, les contrats incitatifs centres de santé dentaires définis à la présente annexe en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 3 s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis aux articles 19.5 et 19.6.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats-type régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs centres de santé dentaires définis à la présente annexe. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire un nouveau contrat incitatif défini aux annexes 17 bis et 17 ter du présent texte.

Les contrats incitatifs centres de santé dentaires en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Article 1 *Objet du contrat*

Le présent contrat est une option conventionnelle qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'offre globale en soins dentaires, et à ce titre a pour objet de favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotées » des centres de santé dentaires, par le versement d'aides financières telles que décrites à l'article 5 de la présente annexe.

Article 2 *Durée du contrat*

Le « contrat incitatif centres de santé dentaires », signé entre la caisse primaire d'assurance maladie et le centre de santé dentaire, pour une durée de trois ans (option 2), renouvelable, ou cinq ans (option 1), non renouvelable, est destiné à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat vise à inciter les centres de santé dentaires à s'installer ou à exercer en zone « très sous-dotée ».

Article 3 *Champ du contrat*

Ce contrat est proposé aux centres de santé dentaires s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Article 4
Conditions générales d'adhésion

Tout centre de santé dentaire désirant s'installer, ainsi que ceux déjà installés dans la zone « très sous-dotée » sont éligibles au contrat sous réserve qu'ils soient conventionnés.

Pour bénéficier des avantages conférés par le contrat, le centre de santé dentaire doit justifier d'une activité conventionnelle, à titre principal, auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

Article 5
Avantages conférés par l'adhésion au contrat

Le centre de santé dentaire adhérent bénéficie :

- (*option 1*) d'une participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre ou autres investissements professionnels (équipement, fauteuil, ...) de 15 000 €, versés à compter de la signature du contrat et couvrant la participation de l'assurance maladie à l'installation du centre de santé sur la période de 5 ans correspondant à la durée du contrat pour les centres nouvellement installés dans cette zone.
- (*option 2*) d'une aide à l'activité correspondant à 2% des honoraires sans dépassements liés à l'activité dentaire du centre de santé et vaut pour la durée du contrat, soit 3 ans, pour le centre de santé déjà installé dans la zone. Cette aide est également valable pour les centres de santé dentaires nouvellement installés dans la zone.

Article 6
Engagements du centre de santé dentaire

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement des cotisations dues au titre des allocations familiales, le centre de santé contractant s'engage à :

- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 75% de son activité ;
- justifier d'une activité dentaire conventionnée réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » pendant toute la durée du contrat quel que soit le cas de figure (3 ou 5 ans) ;
- transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes exerçant au sein du centre de santé.

Article 7
Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé dentaire prend contact auprès de sa CPAM de rattachement pour formaliser son adhésion par le biais d'un formulaire (modèles en annexe 15 et 16 du présent accord).

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans (option 1), non renouvelable, pour les centres de santé dentaires nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans (option 2) renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le centre de santé remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

Article 8
Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 17 du présent accord. Le centre de santé complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution du contrat.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat par le centre de santé adhérent.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 9
Rupture du contrat

En cas de non-respect par le centre de santé dentaire de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat incitatif.

Le centre de santé 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 centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et de l'aide à l'activité ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe la caisse par courrier. La décision du centre de santé prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie le contrat.

**Annexe 15 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif centres de santé dentaires
(option 1)**

**Adhésion au « Contrat incitatif centres de santé dentaires » option 1 : aide à l'installation en
zone « très sous dotée »**

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat incitatif centres de santé dentaires » telles qu'indiquées à l'annexe 14 du présent accord ;

2° Adhérer au contrat destinée à favoriser l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du centre de santé

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

**Annexe 16 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif centres de santé dentaires
(option 2)**

**Adhésion au « Contrat incitatif centres de santé dentaires » option 2 : aide au maintien en zone
« très sous dotée »**

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat incitatif centres de santé dentaires » telles qu'indiquées à l'annexe 14 du présent accord;

2° Adhérer au contrat destinée à favoriser le maintien en activité des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 3 ans renouvelable.

Cachet du centre de santé

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

Annexe 17 : fiche de suivi des adhérents

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification du centre de santé dentaire signataire du contrat :

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d'activité réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotées » : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par le centre de santé dentaire (2)

Je soussigné (e) :

- Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

.....

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

.....

Sur l'année :

- Nombre de chirurgiens-dentistes salariés exerçant au sein du centre de santé (ETP) :

.....

- Eléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

.....

.....

Cachet du centre de santé dentaire

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer au centre de santé dentaire

(2) Document complété par le centre de santé dentaire. Un exemplaire est conservé par le centre de santé, le deuxième est à renvoyer à la CPAM

Annexe 17 bis : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotées en offre de soins dentaires

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5 et à l'Annexe 17 bis de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux définis en annexe 17 quater, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs des centres de santé dentaires définis à l'annexe 17 bis. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire à un nouveau contrat incitatif défini à l'annexe 17 quater du présent accord.

Les contrats incitatifs centres de santé dentaires en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous-dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début l'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définies par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité en zone « très sous-dotée ».

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans;
- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 45 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié pour le premier ETP, puis 30 000€ pour les deuxième et troisième ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2^{ème} trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 60 000€ (45000€ pour 1 ETP + 0,5x30 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 27 000€ supplémentaire : soit 75 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 60 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 5 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire, pour les centres de santé adhérant au présent contrat, exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en chirurgie dentaire soit en zone « très sous dotée ».

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article.

Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de

la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

Le chirurgien-dentiste dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

**Annexe 17 ter CONTRAT TYPE D'AIDE AU MAINTIEN DES CENTRES DE SANTE
DENTAIRES DANS LES ZONES LES ZONES DEFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS
DENTAIRES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5 et à l'Annexe 17 bis de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux définis en annexe 17 quinquies, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs des centres de santé dentaires définis à l'annexe 17 ter. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire à un nouveau contrat incitatif défini à l'annexe 17 quinquies du présent accord.

Les contrats incitatifs centres de santé dentaires en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien des centres de santé dentaires dans les *zones définies comme étant « très sous dotées »* par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés en zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins telle que précisée dans l'article précédent.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.6 de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone définie à l'article 19.6.1. pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie de ses engagements le centre de santé définis à l'article 2.1, bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste salarié au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2ème trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

En cas de résiliation anticipée du contrat, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé dentaire adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
santé

L'agence régionale de

Nom Prénom

Nom Prénom

Annexe 17 quater : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotée en offre de soins dentaires (CAICDSD 2023)

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°5 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5.2 et à l'Annexe 17 quater de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique)

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD 2023) dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début d'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCDSD2023) en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation et au maintien prévus à l'annexe 17 bis et 17 ter de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);

- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans;
- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié dans la limite de 3 ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés.

Cette aide est versée en deux fois : 50% la première année du contrat (dans le mois suivant la signature du contrat) et le solde de 50% la troisième année (au cours du 2^{ème} trimestre).

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans au cours du 2^{ème} trimestre. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 75 000€ (50 000€ pour 1 ETP + 0,5x50 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 65 000€ supplémentaire : soit 125 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 75 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou non respect des critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Annexe 17 quinquies : contrat-type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023)

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°5 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.6.2 et à l'Annexe 17 quinquies de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires (CAMCDS2023) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien des centres de santé dentaires dans les *zones définies comme étant « très sous dotées »* par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDSD2023) défini à l'article 17 quater de l'accord national. Il en va de même pour les contrats d'aide à l'installation et au maintien défini aux annexes 17 bis et 17 ter de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone « très sous-dotées » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie des engagements du centre de santé définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2^{ème} trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle il résilie le contrat.

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle son contrat est résilié.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom

Annexe 18 : majorations d'actes spécifiques à la permanence des soins ambulatoires

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins salariés des centres de santé dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 20.1 du présent accord sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures.....	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés.....	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements, à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par le centre de santé donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Annexe 19 : majorations spécifiques dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé, ou un centre de santé, inscrit sur le tableau de garde et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient à la demande du professionnel de santé chargé de la régulation, le chirurgien-dentiste salarié bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires, d'une majoration forfaitaire spécifique par patient dénommée « MCD ».

Celle-ci est valorisée comme suit :

	Tarif
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques (MCD)	30 €

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé, ou un centre de santé, donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Annexe 20 : contrat d'accès aux soins dentaires visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques

Article 1 *Objet de l'option*

Le présent contrat est une option conventionnelle ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients et de réduire leur reste à charge et ce, par une maîtrise des honoraires des centres de santé sur leurs actes prothétiques et orthodontiques.

Article 2 *Champ de l'option*

Cette option est proposée aux centres de santé dentaires et aux centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire.

Article 3 *Conditions générales d'adhésion*

Tout centre de santé dentaire ou centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire, adhérant au présent accord, est éligible au contrat sous réserves du respect des engagements décrits à l'article 4.

Le contrat est accessible aux centres de santé qui perçoivent des honoraires sur les actes prothétiques et orthodontiques supérieurs ou égaux à 20% de leurs honoraires totaux.

Le taux de dépassement moyen du centre de santé s'entend dans le présent accord comme étant égal au rapport entre la somme des dépassements d'honoraires sur les actes prothétiques et d'orthodontie d'une part et la somme des honoraires remboursables sur ces mêmes actes, d'autre part.

Dans le cadre de l'ouverture d'un nouveau centre de santé (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), le taux de dépassement initial du centre de santé est défini par défaut comme étant égal au taux de dépassement moyen initial des centres de santé de la région où se situe le centre de santé. En l'absence de centre de santé pratiquant des soins prothétiques et/ou orthodontiques dans la région, la référence est le taux de dépassement moyen national des centres de santé pour les actes prothétiques et d'orthodontie.

Article 4 *Engagements des centres de santé*

En adhérant au contrat, le centre de santé s'engage à maintenir son taux de dépassement moyen initial, observé sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015 inclus, tout en respectant un taux de dépassement moyen inférieur ou égal à 230% sur ses actes prothétiques et orthodontiques, et ce pour toute la durée du contrat.

Les centres de santé dont le taux de dépassement moyen en année N+1 augmente par rapport au taux initial figurant dans le contrat mais reste inférieur ou égal au taux de dépassement moyen de 230%,

peuvent bénéficier d'une tolérance au regard des avantages conférés par l'adhésion dès lors que les tarifs de ses actes prothétiques ou d'orthodontie n'ont pas évolué, mais que l'augmentation des dépassements résulte d'une autre cause notamment, la variation de la structure d'activité, tout en gardant une structure d'activité équilibrée entre les soins conservateurs et chirurgicaux, d'une part, et les actes de soins prothétiques et d'orthodontie, d'autre part.

Enfin, la période d'observation du taux de dépassement au titre de l'année 2018/2019 débute au 1^{er} juillet 2018 et prend fin au 31 mars 2019 pour l'ensemble des contrats.

Article 5

Avantages conférés par l'adhésion

En respectant ces engagements, le centre de santé bénéficie d'une rémunération forfaitaire en année N+1 représentant un pourcentage de ses honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux en année N (on entend ici par année N, la période couvrant le 2^{ème} semestre de l'année N et le 1^{er} semestre de l'année N+1), soit :

- 5% pour la première année,
- 5,5% pour la deuxième année,
- 6% pour la troisième année.

A titre exceptionnel, le centre de santé pour lequel un renouvellement du contrat initial intervient sur la période du 1^{er} juillet 2018 au 30 juin 2019, la rémunération afférente au contrat représente 6% de ses honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux.

Article 6

Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé qui souhaite adhérer au contrat prend contact avec sa caisse primaire d'assurance maladie de rattachement pour formaliser son adhésion suivant le formulaire prévu en annexe 21 du présent accord.

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 3 ans.

A titre exceptionnel, les contrats arrivés à l'échéance des trois ans peuvent être prorogés jusqu'au 30 juin 2019. Tous les contrats quelle que soit leur date de souscription prennent fin au 30 juin 2019. Les adhésions au contrat enregistrées à compter du 1^{er} juillet 2018 ne sont donc valables que pour une durée d'un an et prennent fin au 30 juin 2019.

Article 7

Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Les engagements de l'année N (on entend ici par année N, la période couvrant le 2^{ème} semestre de l'année N et le 1^{er} semestre de l'année N+1) sont vérifiés en année N+1. Le calcul du taux de dépassement moyen est réalisé sur la totalité de l'année N, y compris pour les premières adhésions enregistrées en cours d'année afin d'avoir une plus grande visibilité de l'activité du centre.

La rémunération est versée au cours du deuxième semestre de l'année N+1 au titre de l'année N.

Dans le cadre de l'ouverture d'un nouveau centre de santé (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), la rémunération ne peut être versée pour l'année d'adhésion que sous réserve d'un exercice minimal d'au moins deux mois dans l'année.

Article 8 *Engagements de l'assurance maladie*

L'assurance maladie s'engage à informer les assurés sur le site « ameli.fr » de l'engagement du centre de santé dans ce dispositif. Les centres de santé peuvent faire état de cette adhésion dans leur communication institutionnelle et auprès des patients.

Article 9 *Rupture du contrat*

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe sa CPAM par courrier. La décision du centre de santé prend effet dès réception du courrier par la caisse. Il ne peut alors bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie le contrat.

Annexe 21 : formulaire d'adhésion au contrat d'accès aux soins dentaires visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire, ou le centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire, qui l'envoie, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation. Cette dernière lui retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé dentaire ou du centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre (FINESS):

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

.....

Partie réservée à la CPAM :

Taux de dépassement moyen du centre de santé (du 01/07/2014 au 30/06/2015) :%

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat telles qu'indiquées à l'annexe 20 du présent accord ;

2° Adhérer à l'option conventionnelle et m'engager à en respecter les dispositions.

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

Accusé de réception de la caisse primaire

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

Date

Annexe 22 : dispositif de prévention bucco-dentaire

Prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes

Conformément aux dispositions de l'article 22.1.3 sur la prévention bucco-dentaire du présent accord, les modalités de participation des centres de santé au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1^{er}

Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse :

- aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans
- ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à l'action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

À compter du 1^{er} janvier 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodontite) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un seul acte à réaliser (un seul code CCAM listé dans l'annexe 23), 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.

2.2 Les soins complémentaires à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 23. Ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le centre de santé peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 30 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 3 *Modalités pratiques*

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié du centre de santé de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 4

Les soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

Article 5

Le suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie

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

Article 6

Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- 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 ;
- déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
- transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
- répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 1^{er}

Les parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie obligatoire au jour de l'examen bénéficient de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites ci-dessous à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à cette action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...);
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte, éventuelle gingivite) ;
- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte ;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabucales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

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.

2.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

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

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le centre de santé peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 30 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 3

Mise en œuvre du dispositif

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

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise

en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié d'un centre de santé de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

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

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes salariés réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé.

Annexe 23 : LISTE DES SOINS COMPLEMENTAIRES PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE ET DU BILAN DENTAIRE SPECIFIQUE LORS DE L'ENTREE EN ESMS

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües

Chapitre et Codes	Libellés
HBQK041	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente

Chapitre et Codes	Libellés
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses

Chapitre et Codes	Libellés
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire

Chapitre et Codes	Libellés
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

Annexe 24 : rémunération du centre de santé ayant été déclaré comme médecin traitant pour le suivi de certains patients

Conformément aux dispositions de l'article 23.3 du présent accord, les forfaits définis dans la présente annexe sont maintenus de manière provisoire jusqu'au 31 décembre 2017.

Pour les patients atteints d'une affection de longue durée qui ont choisi un médecin du centre de santé comme médecin traitant, ce dernier bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le montant de cette rémunération spécifique est de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale (forfait RMT).

Le paiement de cette rémunération spécifique s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement. La rémunération est versée dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre concerné. En cas d'incident de paiement, la caisse prévient les centres de santé dès qu'elle a connaissance de l'incident et au plus tard à la date limite de règlement. Cette information indique un délai de règlement prévisionnel. Dans le cas où la caisse n'est pas en mesure d'assurer le paiement des forfaits à la date prévue et sauf cas de force majeure, le centre de santé peut demander le versement d'une avance dont le montant est calculé sur la base de 80% du montant versé pour la même période l'année précédente. Cette avance est versée dans les 15 jours qui suivent la demande.

Le centre de santé bénéficie de la même rémunération spécifique d'un montant de 40 € pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 160-14 10° du code de la sécurité sociale. Cette rémunération est versée une fois par an (forfait RST).

Le centre de santé reçoit une rémunération spécifique (Forfait Médecin Traitant) pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur. Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle (FMT) par patient est de 5 €.

Afin de ne pas pénaliser le centre nouvellement ouvert (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), ce forfait médecin traitant (FMT) est versé, au titre de la première année d'installation, pour chacun des patients l'ayant choisi comme médecin traitant.

Annexe 25 : rémunération sur objectifs de santé publique

Article 1. Modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de seize et plus, et 10 indicateurs pour les centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de moins de seize ans.

Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les centres de santé.

➤ Le calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le centre de santé en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.

Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui correspond à un taux de réalisation de 30% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque centre au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- Afin de maintenir la cohérence statistique de l'indicateur, une modification de règle de calcul apportée en cours d'année N s'applique aussi au taux de départ. Le taux de départ est ainsi recalculé au 31/12/N-1 selon la nouvelle règle de calcul, et remplace le taux de départ précédemment fixé.
- Lorsque le seuil d'un indicateur est modifié en cours d'année, le taux de départ, s'il était déjà fixé (i.e. s'il dépassait le seuil avant modification) est conservé. S'il n'était pas déjà fixé et que le nouveau seuil est atteint au 31/12/N-1, alors le taux de départ est fixé au 31/12/N-1. Les taux de départ dépassant les seuils au 31/12/2016 sont ainsi inchangés.
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le centre de santé :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire :
le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 30%. Le centre de santé est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, le taux de réalisation du centre de santé est compris entre 0% (lorsque le centre de santé n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 30% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :
le taux de réalisation est au moins égal à 30% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le centre de santé est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% + 70\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 30% (lorsque le centre de santé n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le centre de santé est rémunéré au niveau constaté.

➤ Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du centre de santé.

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle « médecin traitant déclarante » du centre de santé de l'année. Elle correspond aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.

La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux centres de santé qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points au maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants pour les patients de seize ans et plus, et 600 patients pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants pour les patients âgés de moins de 16 ans. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle « médecin traitant déclarante » et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€

➤ Pour les centres de santé « nouveaux installés » :

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre de santé, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans et à appliquer une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€ × majoration du point selon l'année d'ouverture du centre de santé

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€ × majoration du point selon l'année d'ouverture du centre de santé

Article 2. Méthodologie de construction des indicateurs

Article 2.1. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de seize ans et plus

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➤ Suivi du diabète :

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.

Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année***

« Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques. A compter de 2020, exclusion faite des patients avec au moins 2 dosages de fructosamine.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle

Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »). A compter de 2020, le code pris en compte pour le dosage de fructosamine est le code NABM 1576. ».

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

Définitions : Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :

- les actes cliniques faits par un ophtalmologiste : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15
- les actes CCAM suivants : BGQP002 (Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BGQP007 (Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection), BZQK001 (Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique) et BGQP140 (Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient)

A compter de 2019, l'indicateur devient : « Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et 1 trimestre.

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de micro albuminurie sur échantillon d'urines, le code 1133 (« UR. : micro albuminurie : dosage »)
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes suivants: 0592 (« SANG : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

A compter de 2019, l'indicateur devient : «Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT de moins de 81 ans, traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le centre de santé ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le centre de santé ou une consultation de podologie dans l'année

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ HTA

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs

Numérateur : nombre de patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

- ✓ sont pris en compte les codes ATC des médicaments des classes C02, C03, C07, C08 et C09 ayant l'indication HTA, ainsi que le code ATC C10BX03 (atorvastatine +amlopidine)
- ✓ sont pris en compte les codes NABM suivants :
 - pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
 - pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

A compter de 2019, l'indicateur devient : «Part des patients MT du centre de santé traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire.

➤ Risque cardio-vasculaire

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé dont le risque cardio-vasculaire a été évalué (par SCORE ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT du centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT du centre de santé, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scorage)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par statine

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définitions : indicateur déclaratif

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par statines et AAP + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1^{er} trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)

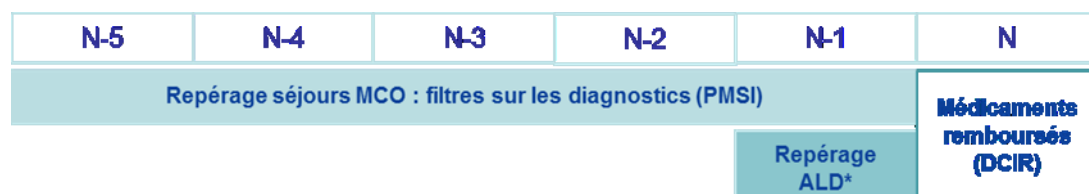
Définitions :

Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravastatin®) et de la classe ATC C10BA02 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe). L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).

AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acétylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acétylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)

IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)

Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la Cnam, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.



Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),

[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]

Codes CIM10 utilisés

PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).

Codes CIM10 utilisés

PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).

ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK

Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les codes NABM retenus pour le dosage de l'INR sont les codes 0126 (Temps de Quick ou taux de prothrombine, en l'absence de traitement par un antivitamine K) et 0127 (« INR : temps de quick en cas de traitement par AVK »).

AVK : médicaments de la classe ATC B01AA (coumadine, pindione, apegmone, previscan, sintrom, minisintrom)

A compter de 2019, l'indicateur devient « Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK ».

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant, y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur les psychotropes et l'antibiothérapie.

➤ Grippe

Le calcul se fait sur la période de la campagne de vaccination, séparément pour l'Hémisphère Sud et l'Hémisphère Nord.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères

Seuil minimum : 5 patients MT de 65 ans et plus

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ayant eu 1 remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur) durant la campagne de vaccination

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères

Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Patients présentant une maladie respiratoire chronique : au moins 4 délivrances à des dates distinctes de médicaments ciblés dans la classe ATC R03 « Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires »

Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS.

➤ Dépistage des cancers

- **Indicateur : *Part des patientes MT du centre de santé de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patientes MT âgées de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

- **Indicateur : *Part des patientes MT du centre de santé de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un frottis (quel que soit le prescripteur) sur 3 ans

Période de calcul : 36 mois glissants

Seuil minimum : 5 patientes MT âgées de 25 à 65 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes pris en compte pour le frottis sont :

- actes CCAM : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015
- actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins
- acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis)

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe). A compter de 2020, est pris en compte le nombre de patients âgés de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années.

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

A compter de 2020, la définition des actes retenus pour le calcul de l'indicateur est complétée des actes de coloscopie suivants : HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HHQE002, HHQE004, HHQE005, HJQE001, HHQK484, HHQH365. Le calcul du dénominateur de l'indicateur prend en compte les actes de coloscopies facturés en ville ou en consultation externe (facturation individuelle – FIDES – dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de MCO), ou entre N-4 et N-1 dans un établissement de santé public.

➤ **Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse**

- **Indicateur : *Part des patients MT > 75 ans du centre de santé ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)***

Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23

Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT > 75 ans hors ALD 23

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

- Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol), N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01 (sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), , N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),

- Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :

N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxépine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxétine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxétine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (miansérine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxétine), N06AX22 (agomelatine)

- Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimemazine).

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions :

Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1^{ère} délivrance

BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine)

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1^{ère} délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec ≥ 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1^{ère} délivrance

BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

➤ **Antibiothérapie**

- **Indicateur : *Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT du centre de santé de 16 à 65 ans et hors ALD***

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD

Numérateur : nombre de prescriptions d'antibiotiques prescrites par le centre de santé et remboursées aux patients MT du centre de santé de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3^e et 4^e génération; fluoroquinolones)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3^e et 4^e génération OU fluoroquinolones par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT avec prescription d'antibiotiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

Pour le numérateur :

- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)
- céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefepodoxime), J01DE01 (cefepime)
- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14

➤ **Conduites addictives**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT tabagiques

Numérateur : nombre de patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT tabagiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

- **Indicateur : *Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool

Numérateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT consommateurs excessifs d'alcool

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le centre de santé à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine et le dosage de TSH (qui prennent en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur).

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées.

Il est tenu compte des grands conditionnements: une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

➤ **Prescription dans le répertoire des génériques**

Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

- **Indicateur : *Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes de statines prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10 hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3 ...)

- **Indicateur : *Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 10 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bêtabloquant n'ayant pas l'indication HTA), C08 (sauf inhibiteurs calciques n'ayant pas l'indication HTA), C09 (sauf Enalapril® 2,5 mg n'ayant pas l'indication HTA). L'Esidrex® (hydrochlorothiazide) est inclus au numérateur de l'indicateur.

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques – indicateur neutralisé en 2018 et supprimé à compter du 1^{er} janvier 2019***

Seuil minimum : 10 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques - indicateur neutralisé en 2018 et supprimé à compter du 1^{er} janvier 2019***

Seuil minimum : 10 boîtes d'antiasthmatiques prescrites par le centre de santé à ses patients

Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 sauf ATC R03AC18 et R03AC19 (ayant juste l'indication BPCO).

- **Indicateur : *Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Cet indicateur concerne toutes les classes thérapeutiques (hors paracétamol : N02BE01, NB02BE51, N02BE71) et en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP.

Seuil minimum : 10 boîtes

➤ **Prescription de biosimilaires**

- **Indicateur : *Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine***

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT. A compter de 2020, le dénominateur devient : « nombre de boîtes de médicaments appartenant au groupe biologique similaire d'insuline glargine de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'ANSM, prescrites par le MT à ses patients MT.

Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le centre de santé en tant que médecin traitant MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : parmi les médicaments de la classe ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA_ATC_L07 = « insuline glargine »

➤ **Efficiences des prescriptions**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre de santé traités par antiagrégants plaquettaires***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antiagrégants plaquettaires (au moins un remboursement pour une prescription du centre de santé)

Numérateur : nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT du centre de santé)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 5 patients MT traités par antiagrégants plaquettaires

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- **Indicateur : *Part des patients MT diabétiques traités par metformine***

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2

Numérateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT diabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephemra A10C9, A10H, A10J1, A10J2, A10K1, A10K3, A10L, A10M1, A10N1, A10N3, A10S.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L (prescripteur centre de santé)

Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (prescripteur centre de santé)

Période de calcul : 15 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Codes NABM 1206 (triiodothyronine libre (T3 L OU FT3)), 1207 (THYROXINE LIBRE (T4 L OU FT4)), 1208 (T.S.H.), 1209 (T3 LIBRE + T4 LIBRE), 1210 (T.S.H. + T3 LIBRE), 1211 (T.S.H. + T4 LIBRE), 1212 (T.S.H. + T3 LIBRE + T4 LIBRE)

A compter de 2019, sont introduits deux nouveaux indicateurs :

- **Indicateur : *Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT (indicateur décroissant)***

Dénominateur : nombre de boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes d'ézétimibe (seule ou en association) prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 10 boîtes d'ézétimibe ou de statine prescrites par le centre de santé MT à ses patients MT

Définition :

- statine : classe Ephemra C10A1
- ézétimibe seule ou associée : code ATC C10BA02 et C10BA05 (statine en association avec l'ézétimibe) et code ATC C10AX09 (ézétimibe seule)

- **Indicateur : *Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant).***

Dénominateur : Nombre de patients avec au moins 1 prescription d'AINS par son MT dans l'année, sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS

Numérateur : Nombre de patients avec au moins 1 délivrance d'IPP en même temps que la délivrance d'AINS (prescription du MT à ses patients MT)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil : 5 patients MT de moins de 65 ans sans facteur de risque ayant eu au moins 1 prescription d'AINS par le MT

Définition :

- IPP : classe Ephemra A02B2
- AINS : ATC M01A et N02BA (Antiinflammatoires non stéroïdiens), ATC H02A (corticoïdes), ATC B01AA, B01AB, B01AC, B01AE, B01AF, B01AX, C10BX02 (Antiagrégants plaquettaire et anticoagulants)
- patients sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS :
 1. patients sans délivrance d'antiagrégant plaquettaire ou d'anticoagulant ou de corticoïde dans l'année (ATC H02A, B01AA, B01AB, B01AC, B01AE, B01AF, B01AX, C10BX02)

2. patients sans fibroscopie dans les 3 dernières années (CCAM HEQE002, HEQE003, HEQE005, HGQE002, HEQJ001, HEQJ002, HGQJ002, HGQJ001)

- patients en ALD Rhumatologie active dans l'année, polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD 22) ou spondylarthrite grave (ALD 27), exclus du champ de l'indicateur.

❖ Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	≥ 89%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficiencia	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
	Total					333

❖ Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	71%	≥ 89%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et 1 trimestre	60,5%	≥ 75,6%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre de moins 81 ans, traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	20,8%	≥ 58,6%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie, et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	9,90%	≥ 27,6%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages d'INR dans l'année que de délivrances d'AVK	80%	≥ 96%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	24%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
		Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	35%	≥ 16,7%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	≥ 3,8%	10 boîtes	30
Total						393

« Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2020

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	≤ 30%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	≤ 9%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	≤ 32%	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	5 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	≥ 40%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	38%	\geq 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	\geq 3,8%	10 boîtes	30
Total						393

Article 2.2. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondant aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins

➤ Suivi de l'asthme :

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes**

Dénominateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant (défini par la délivrance d'au moins 5 boîtes de la classe ATC R03)

Numérateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins 5 boîtes délivrées de corticoïdes inhalés (seuls ou associés) et/ou d'antileucotriènes

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03 (\geq 5 boîtes)

- Corticoïdes inhalés : médicaments des classes Ephemra R03D1 et R03F1
 - Anti leucotriènes : médicaments de la classe Ephemra R03J2
- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle***

Dénominateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Numérateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins une EFR

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 6 à 15 ans inclus ans présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03
- Codes CCAM EFR :
- GLQP002 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP003 : mesure de l'expiration forcée (courbe débit-volume) avec enregistrement
- GLQP008 (mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec gazométrie sanguine artérielle (Spirométrie standard avec gaz du sang))
- GLQP011 : mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP012 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec enregistrement (Spirométrie standard)
- GLQP014 : mesure du débit expiratoire maximal par technique de compression
- GLQP016 : mesure des résistances des voies aériennes ou de l'appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur l'antibiothérapie.

➤ **Obésité**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 16 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Vaccination**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR***

Dénominateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins deux délivrances de ROR et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Vaccin ROR : médicaments de la classe ATC J07BD52
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville.

A compter de 2019, le calcul de cet indicateur intégrera les vaccinations réalisées en PMI au numérateur.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C***

Dénominateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de vaccin anti méningocoque C et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Indicateur calculé hors données des PMI

- Vaccin anti méningocoque C : médicaments de la classe ATC J07AH07
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville.

A compter de 2019, le calcul de cet indicateur intégrera les vaccinations réalisées en PMI au numérateur.

➤ **Antibiothérapie**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3^e ou 4^e génération parmi les patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3^e ou 4^e génération prescrites par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le centre de santé

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3^e ou 4^e génération parmi les patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT du centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3^e ou 4^e génération prescrites par le MT du centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT du centre de santé

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

➤ **Dépistage des troubles sensoriels**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 à 12 mois

Numérateur : nombre de patients MT de 4 à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins d'un an

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Dépistage des troubles des apprentissages**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)***

Dénominateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans

Numérateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 3 à 5 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Suivi bucco-dentaire**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire***

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Toutes prestations réalisées par les chirurgiens-dentistes suivants :

Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

Spécialité 54 : chirurgien dentaire MBD (médecine bucco-dentaire)

Spécialité 69 : chirurgie orale

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2018

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	≥ 70%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	50%	≥ 80%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	43%	≥ 83%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre) Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT du centre de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant	69%	≥ 83%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.				
Total						305

*Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants exerçant au sein des centres de santé incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

**Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle).

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize à compter de l'année 2019

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	43%	≥ 70%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle (*)	25%	≥ 60%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (**). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	75%	100%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	75%	100%	5 patients	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans traités par antibiotiques	52%	≤ 11%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	31%	≤ 7%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	<i>Part des patients MT du centre de 4 mois à 12 mois ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	<i>Part des patients MT du centre de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage des troubles du langage au moyen d'un test adapté (type ERTL4 ou autre)</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT du centre de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	69%	≥ 83%	5 patients	35
Total						305

Annexe 26 : devis type pour le traitement et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Page 1/x

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

Identification du chirurgien-dentiste traitant

Nom Prénom :
 Identifiant du praticien RPPS [] N° Adeli [] ou
 N° de l'établissement (FINESS) : []
 Raison sociale et adresse :

Identification du patient

Nom et prénom : Date de naissance : --/--/----
 N° de Sécurité sociale du patient :

A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :

Nom de l'organisme complémentaire :
 N° de contrat ou d'adhérent :
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) :

Date du devis : --/--/----
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : --/--/----

Ce devis contient pages indissociables
 Description du traitement proposé :

Lieu de fabrication du dispositif médical : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne
 sans sous-traitance du fabricant avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : au sein de l'Union Européenne hors Union Européenne

A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Légende explicative du devis:

* HN = Hors Nomenclature.

** Matériaux et normes	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 2016	2	Alliage non précieux ISO 22674 2016	3	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016
	4	Céramique céramométallique NF EN ISO 6872 2015	5	Polymères de base NF EN ISO 20795:1:2013	6	Dents artificielles NF EN ISO 22112 2017

*** Les montants remboursés et non remboursés du régime obligatoire sont informatifs, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

****	Codes	Libellés	Conditions tarifaires	Prise en charge complémentaire
Paniers	1	100% Santé	soumis à honoraires limites de facturation	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable
	2	Modéré	soumis à honoraires limites de facturation	selon le contrat du patient
	3	Libre	honoraires libres	selon le contrat du patient
Panier CSS	4	CSS	soumis à honoraires limites de facturation	pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement. »

Annexe 27 : formulaire de renseignement à transmettre à la caisse primaire de son ressort géographique par le centre de santé lors de sa création

Ce document est à remplir par le centre de santé qui le transmet, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 51 de l'accord) :.....
.....

Identification du centre de santé

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS (*n° FINESS*) :

Date d'autorisation d'exercice délivrée par l'ARS (*date d'attribution du numéro d'identification*) :
.....

Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (*entité juridique*) :
.....

Spécialité du centre de santé (<i>cocher la case correspondante</i>)
--

- centre de santé polyvalent
- centre de santé médical
- centre de santé infirmier
- centre de santé dentaire

Adhésion aux contrats

Liste des contrats avec case à cocher et date

Non adhésion à la ROSP (<i>cocher la case</i>)
--

- non adhérent à la ROSP

Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles (<i>cocher la case</i>)
--

- adhérent (*date d'adhésion à préciser*)
- non adhérent

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et m'engage à respecter toutes les dispositions de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Fait à
Le

Signature

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

Enregistrement le :

A effet du :

Numéro d'identification du centre de santé (N° FINESS)

Non enregistrement

Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

Date »

Annexe 28 : règlement intérieur des commissions paritaires

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, et aux commissions paritaires régionales et départementales visées au titre 4 du présent accord.

Article 1^{er}

Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président, accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers et des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à cinq par section.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins quinze jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un centre de santé, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 2

Composition des commissions paritaires

Au sein des commissions paritaire nationale, régionales et départementales, les sièges de la section sociale sont répartis de la façon suivante :

- 7 représentants pour le régime général : 5 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 3 représentants pour le régime agricole.

Concernant la section professionnelle, la répartition des sièges est laissée à l'appréciation des représentants des centres de santé.

En cas de difficultés pour composer la section professionnelle, les représentants des centres de santé s'accordent pour s'attribuer le nombre de voix nécessaire de telle sorte que leur représentation puisse être assurée.

Afin de pallier le manque de représentants régionaux de la section professionnelle dans les DROM, il est possible à titre exceptionnel, et temporairement, que les représentants signataires de l'accord au niveau national procèdent à la désignation d'un ou plusieurs de leurs membres, pour siéger, le cas échéant, à distance par visioconférence, à la commission paritaire régionale dans les DROM et ainsi

permettre son installation. Cette désignation est temporaire et strictement limitée à la tenue de la commission paritaire régionale dans les DROM.

Article 3

Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres, par période d'une année en référence à l'année civile. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Article 5

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les sujets de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les trente jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à

compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 6

Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de quorum au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les deux autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, le secrétariat de la CPRou CPD saisit la CPN qui prend les décisions de nature à mettre un terme à la situation de carence.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence dressé pour la CPN, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Lorsque la situation de carence est constatée dans ces deux cas pour la CPN, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 7

Indemnisation des membres de la section professionnelle des instances

Les représentants des organisations signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 120 euros par réunion et une indemnité de déplacement. L'indemnité de déplacement est fixée, lors de la première réunion de la CPN conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses. Les mêmes dispositions s'appliquent aux représentants des centres de santé qui participent au CTPPN et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.

Article 8

Commissions électroniques et par visio-conférence

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération.

Annexe 29 : CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-32-1,
Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment son article 19.9 et suivants,

Il est conclu un contrat d'aide à l'embauche d'un assistant médical, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

A compter de l'entrée en vigueur du contrat type défini à l'annexe 33, il est mis fin à la possibilité d'adhérer au contrat défini à l'annexe 29.

Il est proposé aux centres de santé de souscrire à un nouveau contrat défini à l'annexe 33 du présent accord.

Les contrats en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance

Article 1^{er}

Objet du contrat

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les centres de santé à recruter un assistant médical salarié pour leur permettre de dégager du temps médical et d'assister les médecins salariés du centre de santé dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Ainsi, le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie au recrutement d'assistants médicaux par les centres de santé et notamment à préciser les modalités de versement de l'aide forfaitaire à l'embauche d'assistants médicaux versée par l'assurance maladie, ainsi que les contreparties attendues par les centres de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2 Engagements des parties

Article. 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé signataire s'engage,

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] assistant médical salarié correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par les articles 19.10 et suivants de l'accord

national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.

- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou si ce n'est pas le cas à ce qu'elle suive une formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement, sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du Certificat de Qualification Professionnelle par l'assistant médical devra être adressé par le centre de santé signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à salarier au moins 1 ETP de médecins généralistes et/ou autres spécialistes par 0,5 ETP d'assistant médical.
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé tels que définis à l'article 12 de l'accord national.
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Ces objectifs sont les suivants, en fonction de la situation du centre de santé :

- augmenter la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus,
- et pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale augmenter le nombre de patients médecin traitant de plus de 16 ans.

Objectifs individuels en contrepartie de l'aide

- Modalités de fixation des objectifs

L'assistant médical doit permettre de générer une augmentation de la patientèle médecin traitant (si médecins généralistes salariés au sein du centre de santé) et de la file active du centre de santé des médecins salariés du centre de santé selon les modalités suivantes :

- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 30ème percentile et le 50ème percentile : + 25% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 50ème percentile et le 70ème percentile: + 20% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 70ème percentile et le 90ème percentile : + 15% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle supérieure au 90ème percentile: +5% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.

La patientèle prise en compte est celle calculée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le centre de santé.

Pour bénéficier de ce financement, le centre de santé doit justifier de l'embauche de 0,5 ETP d'assistant médical maximum par tranche de 1 ETP de médecin (généralistes et/ou autres spécialistes) dans la limite de 4 ETP d'assistant médical financés par centre de santé soit :

- 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin ;
- 1 ETP d'assistant médical pour 2 ETP de médecins ;
- 1,5 ETP d'assistant médical pour 3 ETP de médecins ;
- 2 ETP d'assistants médicaux pour 4 ETP de médecins.

Cette répartition d'ETP d'assistant médical par ETP médecin est un maximum offert dans le cadre du contrat proposé. Concrètement, un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP assistants médicaux au regard de son organisation propre (exemple : possibilité de ne recruter qu'un ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins).

- Objectifs individuels contractuels

La patientèle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à [XXX] patients médecin traitant et [XXX] patients file active [à préciser]. Le centre de santé a donc une patientèle comprise entre le percentile [XX] et le percentile [XX].

Le centre de santé dispose d'X ETP médecins (préciser médecins généralistes et autres spécialités).

Le centre de santé s'est engagé à recruter [XX] ETP d'assistant médical [à préciser].

Les objectifs du centre de santé signataire sont donc les suivants : + [XX]% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.

A compter de la 3^{ème} année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du centre de santé signataire à hauteur de l'objectif fixé par le présent contrat.

Objectifs individuels contractuels - Modalités spécifique si le centre est nouvellement créé :

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, dans les 50% des centres de santé – dont la part de patientèle médecin traitant adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité).

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

- si le centre se situe au-dessus du 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le centre se situe entre le 30ème et le 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous du 30ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active du centre, aucune aide n'est versée.

A la fin de la 3ème année, le centre n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, le contrat doit faire l'objet d'un avenant sur la base de sa patientèle réelle.

Article 2.2. Modalités de vérification du respect par le centre de santé, de ses engagements contractuels

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis à l'article 2.1.. Il transmet annuellement une copie ou un extrait du/des contrats de travail conclus avec l'assistant médical et attestant qu'il exerce toujours au sein du centre de santé au jour de la déclaration annuelle. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans les 15 jours précédant la date anniversaire du contrat.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une aide calculée dans les conditions définies à l'article 2.3 du présent contrat.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical. Le centre de santé signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié pour le poste antérieurement occupé au sein du centre de santé par le salarié devenu l'assistant médical. Le centre de santé s'engage à fournir sur demande de la caisse tout justificatif attestant qu'il n'a pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein du centre de santé.

2.3. Engagements de l'assurance maladie

2.3.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du centre de santé signataire

La CPAM vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au centre de santé signataire.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le centre de santé, l'aide initialement prévue est intégralement maintenue.

Pour la 3^{ème} année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le centre de santé employeur est vérifiée par la caisse dans les conditions suivantes :

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75% de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est entre 50% (inclus) et 75% (exclus) de l'objectif, l'aide versée est égale à 75%,
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50% de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

A l'issue de la 3^{ème} année, le centre de santé doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

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

Article 2.3.2 Versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements

En contrepartie du respect de ses engagements par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé signataire l'aide correspondant au nombre d'assistant médical, soit :

Pour le financement d'au moins 1 d'ETP d'assistant médical, la participation de l'assurance maladie, est répartie de la manière suivante :

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

Le centre de santé signataire a fait le choix de [XX] ETP d'assistant médical [à préciser]. Le montant de l'aide est donc multiplié d'autant selon le nombre d'ETP d'assistant médical recruté.

Article 2.3.3. Modalités de versement de l'aide : un système de versement d'avances et de paiement de soldes proratisés en fonction des résultats enregistrés par le centre de santé signataire

Afin de permettre au centre de santé d'engager les procédures de recrutement d'un assistant médical salarié et d'organiser le travail au sein du centre de santé en conséquence, un dispositif de versement d'avances est mis en place.

Pour la 1^{ère} année d'effectivité du contrat, le 1^{er} acompte (représentant 70 % de l'aide totale due au titre de la 1^{ère} année) est versé 15 jours après la réception des pièces évoquées à l'article 2-2 du présent contrat justifiant le recrutement de l'assistant médical.

Le solde de cette 1^{ère} année est versé à la 1^{ère} date anniversaire du contrat.

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

Le solde de cette 2^{ème} année est versé à la 2^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 3^{ème} année, dans les deux mois suivant la 2^{ème} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte de ses objectifs par le centre de santé, observé à la fin de la 2^{ème} année du contrat, conformément à l'article 19.10.5.2.3 de l'accord national.

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

Le solde de cette 3^{ème} année est versé deux mois après la 3^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 4^{ème} année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 19.10.5.2.3 de l'accord national.

- si le niveau de patientèle du centre de santé atteint est égal ou supérieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50% de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70% de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles). Pour les années suivantes l'acompte de 70% est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

Article 3. Date d'effet et durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date d'embauche de l'assistant médical.

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'effet mentionnée au présent contrat, renouvelable.

Article 4. Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange semestriel est organisé entre le centre de santé signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du centre de santé.

Le centre de santé signataire s'engage à participer à cet échange semestriel, pour examiner conjointement avec la CPAM, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des

objectifs fixés. Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le centre de santé signataire. Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5. Résiliation du contrat

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, cette rupture prend effet dans les deux mois suivants la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette rupture.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat du non-respect manifeste par le centre de santé contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le centre de santé employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. A l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...] »

Annexe 30 : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendus ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>

Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

Annexe 2

ASA PS Classification** (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure

ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥ 40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

** disponible à : www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system »

-

Annexe 31 - Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1,

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment l'article 19.11,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée, entre :

D'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des infirmiers en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer au déploiement de ce métier. Il est donc proposé de soutenir l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de cette activité.

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à favoriser l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée, telle que définie à l'article 19.11 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la signature du présent contrat telle que décrite à l'article 2.2 du présent contrat.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers adhérents à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité en pratique avancée (a minima 0,5 ETP).

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmier en pratique avancée.

Le centre de santé peut cumuler l'aide au démarrage IPA avec l'aide à la formation IPA décrite à l'annexe 34 du présent accord.

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé signataire s'engage à :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] infirmier exerçant une activité en pratique avancée correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par l'article 19.11 de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'infirmier dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier ;
 - à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération tels que définis à l'article 12 de l'accord national ;
 - avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients par ETP d'IPA salarié la première année d'exercice et de 60 patients par ETP d'IPA salarié la seconde année d'exercice;
 - atteindre une part d'actes spécifiques IPA sur l'activité globale des infirmiers en pratique avancée (spécialité 86) d'au moins 25% la 1^{ère} année d'activité, 50% la 2^{ème} année d'exercice et 85% la 3^{ème} année d'exercice.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

Option 1 : La structure adhérente installée en zone sous-dense médicale qualifiée de « Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) » telle que définie en application du 1^o de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, bénéficie d'une aide d'un montant de 40 000 euros pour 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 30 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Option 2 : La structure adhérente installée en dehors d'une zone sous-dense médicale bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000€ pour 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- 20 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Tout nouvel ETP salarié sur la dernière année du contrat ne bénéficiera que du montant au titre de la 1^{ère} année.

Le montant total de l'aide et les seuils sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salarié dans la structure salariant pour un minimum de 0,5 ETP.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées si le centre de santé quitte la zone avant la fin des quatre ans ou si l'activité minimale en tant qu'IPA ou la part d'activité en tant qu'IPA détaillée à l'article 2.1 du présent contrat n'est pas atteinte.

Lorsque la part d'activité minimale au titre de la 3^{ème} année d'exercice n'est pas atteinte, les aides versées sont récupérées à due concurrence de l'écart à la cible.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé prend contact auprès de la caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de quatre ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie. Dans ce délai, le centre de santé a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie pour faire connaître ses observations écrites.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Article 4.4 Conséquences d'une modification des zones sous denses médicales

En cas de modification par l'ARS des zones sous-denses médicales qualifiées de « Zones d'Intervention Prioritaires (ZIP) » telles que définies en application du 1^o de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation du centre de santé adhérent de la liste des zones sous-denses médicales, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé ou l'assurance maladie.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] »

Annexe 32 – e-prescription unifiée

1. Principes fondateurs de la e-prescription unifiée

- Périmètre des prescriptions concernées

La e-prescription unifiée s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les prescripteurs peuvent tout prescrire en e-prescription :

- les médicaments de manière codifiée,
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM),
- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente la e-prescription, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les centres de santé en commençant par les médecins impliqués dans la prescription des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie s'engage à :

- ce que les médecins des centres de santé conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;
- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des centres de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP/ dossier médical dans Mon espace santé ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé e-prescription continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de la confidentialité

La prescription enregistrée par le médecin du centre de santé dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service e-prescription

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins exerçant en centres de santé.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de la e- prescription dans le cadre de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 54 de l'accord national.

2. Réception

La transmission d'une e-prescription à l'Assurance Maladie par les médecins du centre de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier qui structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données de la e-prescription dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des e-prescriptions est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base de e-prescriptions.

L'unicité du numéro d'identification de la e-prescription est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle e-prescription en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

3. Conservation et accès aux données

- Les e-prescriptions reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base e-prescriptions est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie. Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les e-prescriptions en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de la e-prescription est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
 - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de la e-prescription figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
 - pour le prescripteur, une fois que la e-prescription a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
 - pour un Agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
 - d'effacer une e-prescription existante, (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans),
 - de remplacer une e-prescription existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté,
 - de modifier les données d'une e-prescription existante.

4. Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs e-prescription publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur

i. Créer une e-prescription

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des e-prescriptions (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit.

Pour les Médicaments et les Dispositifs Médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP/ dossier médical de Mon espace santé du patient, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données structurées. Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient.

ii. Rechercher et consulter une e-prescription

Le prescripteur peut consulter les données de la e-prescription, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit

i. Consulter une e-prescription

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de la e-prescription, il peut interroger la base et récupérer les données de la e-prescription transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

ii. Exécuter une e-prescription

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des e-prescriptions :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes,
- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription,
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de la e-prescription s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des e-prescriptions des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits prescrits selon la codification en vigueur).

5. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier.

Annexe 33. CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL (2024)

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-32-1,
Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment son article 19.9 et suivants,

Il est conclu un contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Article 1^{er} ***Objet du contrat***

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les centres de santé à recruter un assistant médical salarié pour leur permettre de dégager du temps médical et d'assister les médecins salariés du centre de santé dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Ainsi, le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie au recrutement d'assistants médicaux par les centres de santé et notamment à préciser les modalités de versement de l'aide forfaitaire à l'embauche d'assistants médicaux versée par l'assurance maladie, ainsi que les contreparties attendues par les centres de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2 Engagements des parties

Article. 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé signataire s'engage,

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] assistant médical salarié correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par les articles 19.10 et suivants de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.

- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical :
 - Soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs d'un diplôme d'État infirmier (IDE); d'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
 - À défaut, la personne recrutée doit suivre une formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement, et obtienne sa qualification professionnelle ou son attestation FAE dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du CQP ou FAE par l'assistant médical devra être adressé par le centre de santé signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à salarier au moins 1 ETP de médecins généralistes et/ou autres spécialistes pour 0,5 ETP d'assistant médical.
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé tels que définis à l'article 12 de l'accord national.
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Ces objectifs sont les suivants, en fonction de la situation du centre de santé :

- augmenter la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus,
- et pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres augmenter le nombre de patients médecin traitant adulte et enfant.

Objectifs individuels en contrepartie de l'aide

- Modalités de fixation des objectifs

L'assistant médical doit permettre de générer une augmentation de la patientèle médecin traitant (si médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale ou des pédiatres salariés au sein du centre de santé) et de la file active du centre de santé des médecins salariés du centre de santé selon les modalités suivantes :

- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 30ème percentile et le 50ème percentile :
+ 25% de la patientèle médecin traitant et file active.
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 50ème percentile et le 70ème percentile:
+ 20% de la patientèle médecin traitant et file active.
-
- pour les centres ayant une patientèle comprise entre le 90ème percentile et le 95ème percentile :
+5% de la patientèle médecin traitant et file active
- pour les centres ayant une patientèle ayant une patientèle supérieure ou égale au 95ème percentile :
: maintien de la patientèle médecin traitant et file active

La patientèle prise en compte est celle calculée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année en cours, selon la date de recrutement de l'assistant médical dans le centre de santé.

Pour bénéficier de ce financement, le centre de santé doit justifier de l'embauche a minima de 0,5 ETP d'assistant médical maximum pour 1 ETP de médecin (généralistes et/ou autres spécialistes) dans la limite de 4 ETP d'assistant médical financés par centre de santé soit à titre d'exemple : Pour 4,8 ETP de médecin (quelle que soit la spécialité), le centre de santé peut salarier 2,4 ETP d'assistant médical.

Cette répartition d'ETP d'assistant médical par ETP médecin est un maximum offert dans le cadre du contrat proposé. Concrètement, un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP assistants médicaux au regard de son organisation propre (exemple : possibilité de ne recruter qu'un ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins).

Cette répartition d'ETP d'assistant médical par ETP médecin est un maximum offert dans le cadre du contrat proposé. Concrètement, un centre a la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP assistants médicaux au regard de son organisation propre (exemple : possibilité de ne recruter qu'un ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins).

- Objectifs individuels contractuels

La patientèle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à [XXX] patients médecin traitant et [XXX] patients file active [à préciser]. Le centre de santé a donc une patientèle comprise entre le percentile [XX] et le percentile [XX].

Le centre de santé dispose d'X ETP médecins (préciser médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, pédiatres et autres spécialités).

Le centre de santé s'est engagé à recruter [XX] ETP d'assistant médical [à préciser].

Les objectifs du centre de santé signataire sont donc les suivants : + [XX]% de la patientèle médecin traitant et file active.

A compter de la 3^{ème} année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du centre de santé signataire à hauteur de l'objectif fixé par le présent contrat. Pour les contrats initiaux arrivés à leur terme, cet objectif de maintien est reconduit lors du renouvellement de ces derniers.

Objectifs individuels contractuels - Modalités spécifique si le centre est nouvellement créé :

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, au niveau du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité.

à cocher si le centre de santé est nouvellement créé

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

- si le centre de santé se situe au-dessus du 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité ;
- si le centre de santé se situe :
 - entre le 30ème percentile et 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé,
 - en dessous de 30ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide n'est pas versée.

A la fin de la 3ème année, ou dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale, le centre n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, l'objectif est revu sur la base de sa dernière patientèle disponible au moment de la signature de l'avenant au contrat.

Article 2.2. Modalités de vérification du respect par le centre de santé, de ses engagements contractuels

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis supra.

Il transmet annuellement une copie ou un extrait du/des contrats de travail conclus avec l'assistant médical et attestant qu'il exerce toujours au sein du centre de santé au jour de la déclaration annuelle. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans le mois précédant la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à informer et justifier à la caisse de toute modification concernant le contrat d'embauche dans le mois qui suit.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée l'aide.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical ou au recours à un service de secrétariat médical téléphonique pour une durée équivalente à minima au temps de travail du poste à remplacer.

Le centre de santé signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical téléphonique pour le poste antérieurement occupé au sein du centre de santé par le salarié devenu l'assistant médical.

Le centre de santé s'engage à fournir sur demande de la caisse tout justificatif attestant qu'il n'a pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein du centre de santé.

2.3. Engagements de l'assurance maladie

2.3.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du centre de santé signataire

La caisse vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au centre de santé signataire et un accompagnement par la caisse.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le centre de santé, l'aide initialement prévue est intégralement maintenue.

Pour la 3^{ème} année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le centre de santé employant des médecins généralistes, spécialistes en médecine générale et pédiatres, est vérifiée par la CPAM/CGSS dans les conditions suivantes :

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
Atteint	Atteint	Objectif global atteint, 100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)	Atteint	100% de l'aide versée.
Atteint	Non atteint (sans diminution)	100% de l'aide versée.
Non atteint (sans diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)	Non atteint (sans diminution de la patientèle MT par rapport à la patientèle initiale)	Proratisation de l'aide sur l'indicateur dont le taux d'atteinte est le plus haut.
Diminution	Diminution	Pas d'aide versée sur l'année
Non atteint (diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)	Atteint	Pas d'aide versée sur l'année
Atteint	Non atteint (diminution de la patientèle médecin traitant par rapport à la patientèle initiale)	Pas d'aide versée sur l'année

Et pour les centres de santé employant des médecins spécialistes (hors MG) :

Objectif File active	Calcul de l'aide versée
Atteint	100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
Diminution	Pas d'aide versée sur l'année

Article 2.3.2 Versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements

En contrepartie du respect de ses engagements par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé signataire l'aide correspondant au nombre d'assistant médical, soit :

Pour le financement d'au moins 1 d'ETP d'assistant médical, la participation de l'assurance maladie, est répartie de la manière suivante :

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP d'assistant médical	Versements de l'aide
1 ^{ère} année	36 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	27 000€	
3 ^{ème} année et suivantes	21 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	25 000€	
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle \geq P95	36 000€	

Le centre de santé signataire a fait le choix de [XX] ETP d'assistant médical [à préciser]. Le montant de l'aide est donc multiplié d'autant selon le nombre d'ETP d'assistant médical recruté.

Article 2.3.3. Modalités de versement de l'aide : un système de versement d'avances et de paiement de soldes proratisés en fonction des résultats enregistrés par le centre de santé signataire

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année et suivantes
Acompte			50 % de l'aide prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde	100%*	100%**	Montant restant à verser au titre de l'année considérée : - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde, n'est pas versé

*Acompte : versé dans les 2 mois suivant la date de signature ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

**Solde : versé dans les 2 mois suivant la date d'anniversaire de la signature du contrat de l'année en cours

Article 3. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature du présent contrat, renouvelable sur accord exprès des parties signataires.

Article 4. Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange annuel est organisé entre le centre de santé signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du centre de santé.

Le centre de santé signataire s'engage à participer à cet échange annuel, pour examiner conjointement avec la caisse, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés. Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le centre de santé signataire. Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5. Résiliation du contrat

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Le centre de santé doit en informer l'assurance maladie a minima deux mois avant la date d'anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prendra effet à la date d'anniversaire du contrat. En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat du non-respect manifeste par le centre de santé contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le centre de santé employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. A l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...] ».

Annexe 34 – Contrat type d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 ;

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment l'article 19.11,

Il est conclu un contrat d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée exerçant en centre de santé, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager le développement du métier d'infirmier en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer à son déploiement. Il est donc proposé de soutenir la formation d'infirmier salarié souhaitant exercer une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle.

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à accompagner les centres de santé ayant recruté un infirmier salarié qui se forme au métier d'infirmier en pratique avancée par la mise en place d'une aide financière permettant de compenser en partie leur perte d'activité au sein du centre de santé en tant qu'infirmier durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes. Ce contrat peut également se cumuler avec le contrat d'aide au démarrage de l'activité en pratique avancée définit à l'annexe 31 du présent accord.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux, et infirmiers adhérents à l'accord national, destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) qui s'engage(nt) dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassements facturés au titre de l'activité salarié infirmier au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros (pour un ETP d'infirmier).

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage:

- à salarier depuis au moins un an l'infirmier souhaitant suivre la formation en pratique avancée
- à ce que l'ensemble de la formation d'infirmier en pratique avancée (deux années de formation) soit réalisé par l'infirmier salarié. A ce titre et pour bénéficier de l'aide, le centre de santé devra présenter chaque année à sa caisse de rattachement une attestation d'inscription de l'infirmier salarié à la première année ou à la deuxième année de formation au diplôme d'infirmier en pratique avancée ;
- à ce que l'infirmier salarié formé assure une activité en pratique avancée au sein du centre de santé (25% la première année puis 50% la deuxième année) au minimum pour une durée de 2 ans à l'issue de sa formation.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide d'un montant de :

- 15 000 euros pour les centres de santé installés en métropole ;
- 17 000 euros pour les centres de santé installés dans les DROM et qui ont recruté un infirmier qui suit son cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

L'aide est versée entièrement dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature du contrat.

Pour les formations débutant en septembre 2023, le premier versement ne pourra intervenir qu'au cours de l'année 2024.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 ans (dont les 2 années de formation) à compter de sa date de signature.

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

A l'issue de ce délai, la caisse notifie au centre de santé la fin de son adhésion au contrat et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat conformément aux articles 2.2 et 4.3 du présent contrat.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme indûment versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Le calcul du montant à rembourser se fait au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier ainsi qu'il suit :

- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la formation universitaire, le centre de santé doit procéder au remboursement de la totalité de l'aide versée au moment de la résiliation ;
- Pour les résiliations intervenant dans la première année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement de la moitié de l'aide versée ;
- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la deuxième année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement d'un tiers de l'aide versée.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...]