

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 Thomas FATOME

Et, d'autre part,

ADEDOM, représentée par Patrick MALPHETTES, président ;

La Fédération des mutuelles de France, représentée par Carole HAZE, présidente ;

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Eric CHENUT, président ;

La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Hélène COLOMBANI, présidente ;

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, représentée par Marie-Sophie DESAULLE, présidente ;

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 Marie-Reine TILLON, présidente ;

La Confédération des centres de santé C3SI, représentée par Jean-Louis LEVEQUE, président ;

La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, représentée par Gilles de LACAUSSADE, 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.

L.V. LE  JP PS  HC TF YU

Table des matières

TITRE PRELIMINAIRE: PORTEE DE L'ACCORD NATIONAL.....	6
Article 1. Objet de l'accord national.....	6
Article 2. Parties signataires à l'accord national	6
Article 3. Caractère unique et national de l'accord.....	6
Article 4. Durée de l'accord national.....	6
Article 5. Résiliation de l'accord national.....	7
Article 6. Champ d'application de l'accord national.....	7
Article 7. Les engagements conventionnels.....	9
Article 8. Adhésion du centre de santé à l'accord national.....	9
TITRE 1 : L'EXERCICE CONVENTIONNEL.....	10
Sous-titre 1 : Dispositions générales.....	10
Article 9. Les conditions d'exercice conventionnel	10
Article 10. Dans le cadre d'une installation de centre de santé.....	10
Article 11. Dans le cadre d'une modification	11
Article 12. Cas particulier	11
Article 13. Articulation sur le territoire des centres de santé avec les autres acteurs	12
Article 14. De la qualité et du bon usage des soins.....	12
Article 15. Respect du libre choix et portail internet de l'assurance maladie	12
Sous-titre 2 : Modalités de facturation et de prise en soins.....	12
Article 16. Application des Nomenclatures et tarifs conventionnels.....	12
TITRE 2 : LES REMUNERATIONS FORFAITAIRES	16
Article 17. Principe d'une rémunération forfaitaire spécifique commune à tous les centres de santé	16
Article 18. Fonctionnement du dispositif de rémunération forfaitaire	17
Article 19. Principes de calcul de la rémunération.....	43
Article 20. Rémunérations fixes et variables.....	43
Article 21. Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères	45
Article 22. Majoration pour publics précaires.....	46
Article 23. Variable « Accompagnement des publics vulnérables »	47
Article 24. Les modalités de vérification du respect des engagements.....	47
Article 25. Les modalités de versement de la rémunération	47
Article 26. Autres rémunérations forfaitaires complémentaires.....	48
Article 27. Développement de nouveaux modes de rémunérations	49

TITRE 3 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DE PROXIMITE	49
Article 28. Télésanté.....	50
Article 29. Accompagner le déploiement des assistants médicaux	50
Article 30. Dispositifs en faveur du déploiement du métier d'infirmier en pratique avancée	59
Article 31. Les aides démographiques.....	61
Article 32. Dispositif de régulation du conventionnement	61
Article 33. Garantir la permanence des soins	65
TITRE 4 : AMELIORER LA QUALITE DES SOINS, RENFORCER LA PREVENTION ET FAVORISER LE PARCOURS DE SOINS DU PATIENT.....	66
Sous-titre 1. Renforcer la prévention	66
Article 34. Actions de prévention.....	66
Sous-titre 2 : Valoriser le rôle du « médecin traitant » dans le parcours de soins.....	70
Article 35. Missions générales.....	71
Article 36. Rémunérations du centre de santé « médecin traitant ».....	72
Article 37. Majoration pour le patient en situation de précarité.....	74
Article 38. Majorations prévention	75
Article 39. Majoration pour les centres de santé exerçant en zone dite sous dense (ZIP).....	80
Article 40. Majoration pour les centres de santé nouvellement créés exerçant en zone dite sous dense (ZIP).....	80
Sous-titre 3 : Améliorer la prise en soins des patients, la qualité des soins	80
Article 41 Les missions de la sage-femme référente.....	81
Article 42. Les modalités de choix de la sage-femme référente	82
Article 43. Améliorer la qualité de la prise en soins des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers	82
Article 44. Participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.....	82
Article 45. Généralisation des génériques.....	83
Article 46. Pertinence des actes et prescriptions.....	83
Article 47. Les actes de kinésithérapie	83
Article 48. La biologie	83
Article 49. La radiologie.....	83
Article 50. La prescription d'arrêt de travail	84
Sous-titre 4 : les outils de coordination	84
Article 51. Les outils en faveur de la coordination.....	84
Article 52. Le développement du numérique en santé.....	84
Article 53. Le financement à l'équipement mis en place dans le cadre du Ségur de la Santé.....	85

TITRE 5. MODALITES DES ECHANGES ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES CENTRES DE SANTE.....	86
Sous-titre 1. Les échanges électroniques	86
Article 54. La facturation électronique.....	86
Article 55. L'utilisation de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile	87
Article 56. L'utilisation de la carte de professionnel de santé	87
Article 57. Les règles de télétransmission de la facturation	88
Article 57.1. Liberté de choix de l'équipement informatique	88
Article 57.2. Liberté de choix du réseau.....	88
Article 58. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques.....	88
Article 59. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique	89
Article 60. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale.....	90
Article 61. La facturation hors FSE sécurisée.....	90
Sous -Titre 2 : les outils d'aide à la gestion du tiers-payant	91
Article 62. Consultation en ligne des DRoits de l'assuré (CDR) ou d'Acquisition des DRoits en ligne (ADR).....	91
Article 63. Retours d'information.....	91
Article 64. Compagnon flux tiers	92
Sous-Titre 3 : Les téléservices.....	92
Article 65. Les téléservices disponibles	93
Article 66. Les téléservices à venir	93
Sous -Titre 4 : les actions d'accompagnement	94
Article 67. Accompagnement dédié au déploiement et à l'usage des offres numériques en santé	94
Article 68. Offres de contacts de l'assurance maladie relative à l'application de l'accord national par les centres de santé.....	94
 TITRE 6 : VIE CONVENTIONNELLE	 96
Sous-titre 1 : instances conventionnelles.....	96
Article 69. La commission paritaire nationale (CPN).....	96
Article 70. Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD)	97
Article 71. Dispositions communes aux instances.....	99
Article 72. Le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placé près de la CPN.....	100
Sous titre 2 : le non-respect des engagements conventionnels.....	100
Article 73. Examen des manquements.....	101
Article 74. Procédure.....	102
Article 75. Mesures de sanctions	103

Article 76. Procédure exceptionnelle de déconventionnement 103
Article 77. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de l'accord 104
Article 78. Les sanctions prononcées par l'ARS ou les tribunaux..... 104

TITRE PRELIMINAIRE: Portée de l'accord national

Article 1. Objet de l'accord national

Le présent accord définit les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les Centres de santé en application des articles L. 162-32-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Il a pour objet de décrire les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre les centres de santé ayant adhéré au présent accord et l'assurance maladie et vise à :

- Favoriser la prise en soins des publics fragiles
- Renforcer l'offre de soins et son accessibilité financière sur l'ensemble du territoire ;
- Renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- Renforcer et valoriser la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins ;
- Offrir de nouveaux services aux patients en mettant à profit le travail en équipe ;
- Sécuriser et simplifier les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie
- Développer les nouveaux modes de rémunération favorisant une prise en soins pluriprofessionnelle, notamment ceux issus des expérimentations article 51 de la LFSS 2018.

Article 2. Parties signataires à l'accord national

Ne peut être partie à l'accord qu'une organisation dont la représentativité est reconnue dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Toute organisation reconnue représentative peut signer le présent accord, à n'importe quel moment, en en faisant la demande auprès de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), à charge pour celle-ci d'en informer les autres signataires à compter de la signature de l'organisation demandeuse.

Dans le cas où une organisation partie à l'accord perd sa représentativité en cours d'exécution de l'accord, elle n'en est plus partie à compter de la notification des résultats de l'enquête de représentativité. Ses représentants ne peuvent plus siéger aux instances paritaires prévues aux articles 72 et suivants.

La signature d'un avenant par une organisation représentative emporte son adhésion à l'ensemble de l'accord et de ses avenants. De même, la signature d'un avenant par l'UNOCAM emporte son adhésion à l'ensemble de l'accord et de ses avenants.

Article 3. Caractère unique et national de l'accord

Aucun autre accord, national ou local, ayant un objet similaire au présent accord ne peut régir les rapports entre les organismes d'Assurance maladie et les centres de santé.

Article 4. 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 formée au plus tard six mois avant sa date d'échéance par une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé, dans les conditions définies au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, l'accord national conclu précédemment est caduc.

Article 5. Résiliation de l'accord national

Le présent accord national peut être résilié, à tout moment, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe et unanime des organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord national, adressée à chaque partie signataire, simultanément, par tout moyen permettant de donner une date certaine à sa réception.

La résiliation, qui doit être motivée, peut résulter :

- D'une violation grave des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- De modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les relations entre les organismes locaux d'assurance maladie et les centres de santé.

La résiliation prend effet à l'échéance d'un délai de six mois à compter :

- de la date d'envoi de la décision des organisations à l'UNCAM ;
- ou de la date d'envoi de la décision de l'UNCAM aux organisations signataires.

En cas de résiliation de l'accord national, la date d'effet de la résiliation se substitue à la date d'échéance de l'accord national selon les dispositions prévues par l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale pour la procédure de négociation en vue de la signature d'un nouvel accord national.

Article 6. Champ d'application de l'accord national

Article 6.1. 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,
- soit par une société coopérative d'intérêt collectif
- soit par des établissements publics administratifs locaux

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 6.2. Champ d'application 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 (dont les recettes au titre de l'activité médicale représentent au moins 80 % des recettes totales du centre de santé),
- Centre de santé polyvalent :
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité d'auxiliaire médicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité d'auxiliaire médicale,
- Centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les recettes au titre de l'activité dentaire représentent au moins 80% des recettes totales du centre de santé,
- Centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les recettes au titre de l'activité infirmier représentent au moins 80% des recettes totales du centre de santé.

L'accord national et ses avenants entrent en vigueur le lendemain de la publication de leur arrêté d'approbation au *Journal officiel de la République française*. À défaut, il entre en vigueur à la fin du délai d'approbation tacite prévu à l'article L. 162-15 alinéa 2 du code de la sécurité sociale.

Article 7. Les engagements conventionnels

Article 7.1 Les engagements conventionnels des centres de santé

Le centre de santé qui adhère à l'accord national bénéficie des droits inscrits dans l'accord et s'engage à en respecter les obligations¹, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires régissant l'exercice de son activité. Ainsi, le centre de santé s'engage, 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 et de certification périodique conformément à la réglementation en vigueur.

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 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 7.2. Engagements conventionnels de l'Assurance maladie

Les caisses d'Assurance maladie respectent les dispositions prévues par le présent accord national. Les organismes complémentaires d'Assurance maladie respectent les textes conventionnels et réglementaires qui les concernent.

Article 8. Adhésion du centre de santé à l'accord national

Article 8.1. Les modalités d'adhésion

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.

Article 8.1.1. Pour les centres de santé nouvellement créés ou non adhérents à l'accord national

Par principe, est entendu par « création », la date d'attribution du numéro FINESS du centre de santé par l'Agence Régionale de Santé.

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 tout moyen, permettant de donner une date certaine à sa réception, à la caisse dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

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.

¹ A distinguer des engagements « socles » qui permettent de déclencher les rémunérations forfaitaires spécifiques

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.

Article 8.2 : Les modalités de résiliation

Le centre de santé fait connaître son refus d'être régi par le présent accord national par lettre recommandée avec accusé – réception adressée à la caisse 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.

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.

TITRE 1 : L'exercice conventionnel

Sous-titre 1 : Dispositions générales

Article 9. Les conditions d'exercice conventionnel

Il appartient aux organismes locaux d'Assurance maladie de veiller au bon déroulement des procédures d'adhésion et de s'assurer que les conditions d'activité du centre de santé sont bien respectées pour l'exercice sous accord national.

Article 10. Dans le cadre d'une installation de centre de santé

Pour toute création ou transfert hors du ressort géographique de la caisse de son installation initiale, le centre de santé doit transmettre à la caisse dont il relève plusieurs pièces administratives :

- La copie de son projet de santé (et les mises à jour notamment sur le nombre de fauteuils pour les centres de santé avec activité dentaire)
- Ses statuts (et les mises à jour de ces derniers).
- 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.
- 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 arrivées de tous professionnels de santé salariés) et des personnels administratifs,
- 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 ordinaire.

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 centre de santé s'engage à mettre à disposition sur demande de la caisse toute pièce justificative complémentaire permettant de justifier de sa conformité avec la réglementation en vigueur (notamment les contrats de travail, ou à défaut les fiches de paies, concernant les personnels administratifs).

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, 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 11. Dans le cadre d'une modification

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, permettant de donner une date certaine à sa réception.

En cas de désaccord du gestionnaire du centre de santé, le dossier est soumis à l'avis de la commission paritaire régionale (CPR) ou départementale (CPD) par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie. Après avis de la CPR ou CPD, le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie au centre de santé sa décision de modifier ou non la spécialité du centre de santé. En cas de contestation, le centre de santé dispose des délai et voie de recours de droit commun.

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 le centre de santé s'engage à en informer la caisse 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 12. Cas particulier

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser les centres de santé qui proposent une offre de soins à une population spécifique, les étudiants, qui se déplacent fréquemment pour leurs études et n'ont souvent pas de médecin traitant dans la ville où ils étudient. C'est pourquoi les partenaires conventionnels, souhaitent soutenir l'offre de soins dispensée par les centres de santé implantés au sein des universités.

Peuvent également adhérer à l'accord national, les centres de santé déclarés comme centre de santé pour étudiants, tel que définie par l'article L. 6323-1-2 du Code de la santé publique.

Afin de tenir compte des spécificités des centres de santé pour étudiants plusieurs dérogations au calcul de la rémunération et aux indicateurs sociaux tel que définis à l'article 18.1 sont inscrites au présent accord.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent apporter une dérogation pour les centres de santé implantés à Mayotte quant à la définition de leur patientèle de référence telle que décrite à l'article 20.1.

De la même manière, compte tenu de la situation particulière de certains centres, les partenaires conventionnels s'engagent à étudier la possibilité d'une dérogation quant à la définition de leur patientèle de référence telle que décrite à l'article 20.1 au cours du 1^{er} semestre 2026.

Un groupe de travail sur le sujet des centres de santé accueillant des publics spécifiques sera réuni avant la fin de l'année 2025.

Article 13. Articulation sur le territoire des centres de santé avec les autres acteurs

Les partenaires conventionnels conviennent de promouvoir l'inscription de long terme des centres de santé dans une démarche de prise en soins coordonnée des patients sur un territoire, par la participation des centres de santé aux communautés professionnelles territoriales de santé définies aux articles L. 1434-12 du Code de la santé publique. Les centres de santé sont également amenés à contribuer à l'organisation de l'offre de soins du territoire avec les équipes de soins spécialisés définies à l'article L. 1411-11-1 du Code de la santé publique.

Article 14. De la qualité et du bon usage des soins

Les centres de santé, placés sous le régime du présent accord national, s'engagent à respecter les dispositions législatives et réglementaires relatives à l'exercice de leur activité et à maintenir leur activité dans des limites telles que les patients bénéficient de soins suivis, consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

Les professionnels de santé exerçant en centre de santé participent, pour ce qui relève de leur exercice professionnel, à la politique de maîtrise médicalisée, de la pertinence et de qualité des soins.

Article 15. Respect du libre choix et portail internet de l'assurance maladie

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 de santé.

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 applique.

Pour faciliter ce libre choix, les organismes locaux de l'assurance maladie donnent à leurs assurés toutes les informations actualisées dont ils disposent sur la situation des centres de santé de leur territoire, notamment grâce à l'accès au portail internet de l'assurance maladie, « ameli.fr ».

Sous-titre 2 : Modalités de facturation et de prise en soins

Article 16. Application des Nomenclatures et tarifs conventionnels

Article 16.1. 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 16.2. 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 et en respectant les indications thérapeutiques remboursables.

Article 16.3. 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 avec activité dentaire 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.

Article 16.4. 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

remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La facture 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 10 du présent texte accompagné d'une fiche explicative.

Article 16.5. 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 16.6. Utilisation des formulaires

Le recours aux échanges électroniques est considéré comme la norme, conformément au sous-titre I du titre V.

L'assurance maladie s'engage à promouvoir les téléservices disponibles aux centres de santé afin de les soutenir dans leurs démarches de dématérialisation.

Pour les situations d'exception, 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 ou du secteur anatomique concerné sur la feuille de soins est obligatoire. La saisie du numéro de la dent ou du secteur anatomique concerné 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, ou lorsque l'acte est finalisé 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.

Pour les actes dentaires pris en charge par l'AMO/AMC :

Un dispositif de tiers-payant intégral et coordonné est mis en place en application de la réglementation, pour les examens bucco dentaires de 3 à 24 ans et, le cas échéant, les soins complémentaires et consécutifs, avec une DRE (demande de remboursement électronique) envoyée à la complémentaire santé.

Les honoraires des actes non pris en charge ne sont pas transmis à l'AM.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes à titre gratuit, le centre de santé porte sur la feuille de soins la mention : « gratuit ».

Les modalités du déploiement du dispositif ordonnance numérique (e-prescription) sont définies à l'annexe 16.

Article 16.7. Création d'un forfait pour l'évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en soins du patient en situation de handicap sévère

Afin d'améliorer la prise en soins 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 soins 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 soins 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 coté 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 16.8. La valorisation de la prise en soins 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 soins 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 soins et les spécificités d'organisation des 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 soins 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.

TITRE 2 : Les rémunérations forfaitaires

Article 17. 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.

Les parties signataires rappellent l'importance des centres de santé dans l'offre de soins de premiers recours, telle que définie à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Afin d'accompagner les centres de santé répondant à cette définition du code de la santé publique, un dispositif de rémunérations forfaitaires commun aux centres de santé est prévu.

Les partenaires conventionnels conviennent que les centres de santé dont les recettes au titre d'une seule et même activité de second recours (notamment l'activité « filière visuelle » d'ophtalmologie et/ou orthoptique) représentent 50 % ou plus des recettes totales du centre, ne répondent de facto pas aux exigences fixées par le présent accord pour bénéficier de la rémunération forfaitaire. Une attention particulière sera portée par les parties signataires lorsque le taux d'activité avoisine ce seuil.

La rémunération forfaitaire est déterminée par l'atteinte d'objectifs définis par le présent accord, déclinés selon quatre axes : l'accès aux soins, le travail en équipe, le développement des systèmes d'information et la prévention.

Article 18. Fonctionnement du dispositif de rémunération forfaitaire

Le dispositif de rémunération 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 d'indicateurs.

Il s'articule autour de 4 axes communs aux différents types de centre de santé : favoriser l'accès aux soins, la prévention, renforcer le travail en équipe et la coordination des professionnels de santé et améliorer les échanges entre professionnels de santé, afin d'améliorer les parcours de santé des patients et la pertinence des soins, grâce à l'utilisation d'un système d'information.

Le montant de la rémunération dépend du niveau d'atteinte des objectifs mesurés par des indicateurs.

Des engagements socles et des engagements optionnels sont distingués.

Les engagements socles doivent obligatoirement être remplis pour ouvrir droit au versement de la rémunération. Les engagements optionnels sont facultatifs et donnent lieu à rémunération lorsqu'ils sont remplis.

Article 18.1. Définition des indicateurs par axes et valorisation

Les tableaux ci-dessous présentent les indicateurs par axes et par types de centres de santé. Ces derniers fixent également les niveaux de valorisation de chaque indicateur et les pièces justificatives demandées.

Article 18.1.1. Axe « Accès aux soins »

Article 18.1.1.1. Indicateurs socles

L'axe accès aux soins se compose de deux indicateurs socles :

- Accessibilité des centres de santé
- Réponses aux crises sanitaires graves

Accessibilité des centres de santé		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et pièces justificatives
Centres de	Cet indicateur se compose de 2 critères cumulatifs l'un portant sur les horaires d'ouverture au public et	<u>Valorisation :</u> Montant fixe de 5 600€.

<p>santé médicaux ou polyvalents</p>	<p>l'autre sur l'accès à des soins non programmés.</p> <p>Critère 1 : Le centre de santé doit être ouvert au public du lundi au vendredi, le samedi matin* et pendant les congés scolaires (avec fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année).</p> <p>La structure doit être ouverte au public sur une amplitude horaire totale de 8 heures par jour minimum en semaine et une amplitude horaire de 4h minimum le samedi matin.</p> <p>Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire.</p> <p><i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.</i></p> <p>Pour les centres de santé comptant moins de 2,5 ETP de professionnels de santé, l'amplitude horaire doit correspondre à une ouverture du centre égale à 6 heures par jour minimum.</p> <p>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.</p> <p>Critère 2 :</p> <p>Le centre de santé s'organise de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, répondent aux besoins de soins non programmés des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Par la disponibilité des différents professionnels de santé de la 	<p>Pour les centres de santé comportant moins de 2,5 ETP de professionnels de santé et ouvrant entre 6 heures et 8 heures par jour : montant fixe de 4 200€.</p> <p>Une minoration est appliquée en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de fermeture le samedi matin : une minoration de 840€ est appliquée ; - de fermeture pendant les congés scolaires dans l'année : une minoration de 210 euros est appliquée par semaine de fermeture. Non validation de ce critère socle en cas de fermeture de plus de trois semaines. <p>Pièces justificatives :</p> <p>Le centre de santé transmet une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 1,2, 3. Cette charte est affichée dans le centre de santé.</p> <p>Une copie de la charte d'engagement est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie</p>
---	--	---

	<p>structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),</p> <ul style="list-style-type: none"> - Et par des plages horaires ou des journées dédiées pour chaque catégorie de professionnel ou par des plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure. <p>Pour les centres de santé étudiants mentionnés à l'article 12, compte tenu de leur organisation spécifique, ces derniers ne sont pas concernés par l'exigence d'ouverture durant les congés scolaires ainsi que par l'organisation de l'accès à des soins non programmés.</p>	
Centres de santé infirmiers	<p>Critères 1 : L'accès à des soins est garanti 24h/24 et 365 jours sur 365 ; l'accès à des soins non programmés est assuré chaque jour ouvré dans la limite des horaires de fonctionnement du centre de santé.</p> <p>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.</p>	<p>Valorisation : Montant fixe de 2 800€.</p> <p>Pièces justificatives:</p> <p>Le centre de santé transmet une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 1,2, 3. Cette charte est affichée dans le centre de santé.</p> <p>Une copie de la charte d'engagement est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie</p>
Centres de santé dentaires	<p>Cet indicateur se compose de 2 critères l'un portant sur les horaires d'ouverture au public et l'autre sur l'accès à des soins non programmés.</p> <p>Critère 1 : Le centre de santé doit être ouvert au public du lundi au vendredi et le samedi matin* et pendant les congés scolaires (avec fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année).</p>	<p>Valorisation : Montant fixe de 4 200€</p> <p>Pour les centres de santé comportant moins de 2,5 ETP de professionnels de santé et ouvrant entre 6 heures et 8 heures par jour : montant fixe de 2 100 €.</p> <p>Une minoration est appliquée en cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de fermeture le samedi matin : une minoration de 350€ est appliquée ;

	<p>La structure doit être ouverte au public sur une amplitude horaire totale de 8 heures par jour minimum. Sur cette amplitude horaire, la structure est ouverte mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire.</p> <p><i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.</i></p> <p>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.</p> <p>Pour les centres de santé comptant moins de 2,5 ETP de professionnels de santé, l'amplitude horaire doit correspondre à une ouverture du centre égale à 6 heures par jour minimum.</p> <p>Critère 2 : Les centres de santé dentaires sont organisés de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, reçoivent chaque jour ouvert les patients ayant besoin de soins non programmés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - de fermeture pendant les congés scolaires dans l'année : minoration de 140 euros est appliquée dans la limite de trois semaines. <p>Pièces justificatives:</p> <p>Le centre de santé transmet une charge d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 1, 2, 3. Cette charte est affichée dans le centre de santé.</p> <p>Une copie de la charte d'engagement est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie</p>
--	--	--

Réponses aux crises sanitaires graves (Indicateur commun à tous les centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et pièces justificatives
Centres de santé médicaux,	La participation à une crise sanitaire grave sous-entend d'y être préparé et donc d'avoir préalablement rédigé un plan de réponse. La	<p>Valorisation pour tous les types de centre de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 700€

<p>polyvalents, dentaires et infirmiers</p>	<p>rédaction de ce plan est en tant que telle valorisée.</p> <p>Dès la survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par une autorité sanitaire compétente, 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 en situation de risque en raison de la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et d'adapter l'organisation de la structure pour faciliter la prise en soins des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.</p>	<p>au titre de la rédaction du plan de crise sanitaire grave.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant variable de 2 450 € en fonction de la patientèle du centre dès la survenue d'une crise sanitaire grave. <p><u>Pièces justificatives pour tous les types de centre de santé :</u></p> <p>La copie du plan de crise sanitaire grave est transmise dès sa rédaction à la caisse primaire et mise à jour tous les ans.</p>
--	---	---

18.1.1.2. Indicateurs optionnels

L'axe « Accès aux soins » est complété par des indicateurs optionnels qui sont indépendants les uns des autres et ouvrent droit à des valorisations supplémentaires :

- Diversité de soins médicaux spécialisés
- Diversité de soins paramédicaux
- Installation en zone déficitaire
- Maintien en zone déficitaire

Diversité de professions médicales		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
<p>Centres de santé médicaux ou polyvalents</p>	<p>Les centres de santé qui offrent une diversité de soins médicaux spécialisés bénéficient d'une valorisation supplémentaire dès lors que le centre de santé compte parmi ses effectifs au minimum 1 ETP médecin généraliste (ou au minimum de 0,5 ETP médecine générale complété le cas échéant en comptabilisant de moitié le temps de travail d'un IPA salarié pour atteindre 1 ETP) et une profession médicale (au minimum 0,5 ETP) parmi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sage-femme - chirurgien-dentiste - médecin spécialiste (hors médecine générale). 	<p><u>Valorisation :</u></p> <p>Montant fixe de 7 000€</p> <p>Montant supplémentaire de 1 000€ si deux professions médicales (au minimum 0,5 ETP chacune) parmi cette liste.</p>

Diversité d'auxiliaires médicaux		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé médicaux ou polyvalents	<p>Les centres de santé qui offrent une diversité de soins bénéficient d'une valorisation supplémentaire dès lors que le centre de santé compte parmi ses effectifs au minimum 1 ETP médecin généraliste (ou au minimum de 0,5 ETP médecine générale complété le cas échéant en comptabilisant de moitié le temps de travail d'un IPA salarié pour atteindre 1 ETP) et 2 ETP professions auxiliaires médicales différentes au sens du code de la santé publique.</p> <p>Si le centre de santé a salarié à minima 1 infirmier en pratique avancée et/ou 1 psychologue conventionné inscrit dans le dispositif « Mon soutien psy », alors il pourra bénéficier de valorisations supplémentaires indépendantes l'une de l'autre.</p> <p>Dans le cas où le temps de travail de l'IPA est pris en compte dans le calcul de l'ETP du médecin généraliste, alors l'IPA ne pourra pas être pris en compte dans le calcul des ETP d'auxiliaires médicaux, et ne fera pas l'objet d'une valorisation supplémentaire au titre de la diversification de soins d'auxiliaires médicaux.</p>	<p>Valorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 7000€ - 700 € supplémentaire si présence a minima 1 infirmier en pratique avancée - 700 € supplémentaire si présence a minima 1 psychologue conventionné.

Installation en zone déficitaire		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé médicaux, polyvalents ou infirmier	<p>A compter du 1^{er} janvier 2026, les centres de santé médicaux, polyvalents et infirmier déjà en activité ont droit à une valorisation supplémentaire par ETP nouvellement créé <i>pro rata temporis</i> et pourvu au cours de l'année de référence, dès lors que le centre est en zone déficitaire* pour les professions concernées.</p>	<p>Valorisation :</p> <p>Montant total variable selon les ETP <i>pro rata temporis</i> médecins salariés:</p>

	<p>Pour toute création de centre de santé médicaux, polyvalents et infirmier en zone prioritaire pour l'une des professions salariées du centre concerné par un zonage, une valorisation est attribuée par ETP exerçant au sein du centre dès lors que le centre est en zone déficitaire pour les professions concernées.</p> <p>La valorisation pour un nouvel ETP n'est attribuée qu'une fois.</p> <p>Il n'est pas cumulable avec les contrats démographiques définis pour les centres de santé dentaires (cf. article 31 du présent accord).</p> <p><i>* 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</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - 10 000€ par ETP médecins en ZIP - 5 000€ par ETP médecins en ZAC <p>Montant total variable selon les ETP <i>prorata temporis</i> chirurgiens-dentistes salariés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10 000€ par ETP chirurgien-dentiste <p>Montant total variable selon les ETP <i>prorata temporis</i> professionnels de santé salariés (hors médecin et chirurgien-dentiste) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5 000€ par ETP PS
--	--	---

Maintien en zone déficitaire		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
<p>Centres de santé médicaux, polyvalents ou infirmier</p>	<p>A compter du 1^{er} janvier 2026, les centres de santé installés en zone déficitaire* bénéficient d'une valorisation pour les professionnels de santé salariés du centre concerné par un zonage.</p> <p>Cet indicateur valorise la présence dans le centre de santé des PS en activité depuis plus d'un an.</p> <p>Il est non cumulable avec la valorisation prévue pour l'installation mais est applicable l'année qui suit et de façon pérenne (dans le respect des actualisations des zonages).</p> <p>Il n'est pas cumulable avec les contrats démographiques définis pour les centres de santé dentaires (cf. article 31 du présent accord).</p> <p><i>* 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</i></p>	<p>Valorisation :</p> <p>Montant total variable avec 1 500€ par ETP <i>prorata temporis</i> professionnels de santé salariés du centre de santé.</p>

	<i>satisfaites 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</i>	
--	--	--

Article 18.1.2 Axe « travail en équipe et la coordination »

Article 18.1.2.1 Indicateurs socles

L'axe Travail en équipe se compose d'un indicateur socle :

- Fonction de coordination

Fonction de coordination (Indicateur commun à tous les types de centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et pièces justificatives
Centres de santé médicaux, polyvalents, infirmiers ou dentaires	<p>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.</p> <p>La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Une coordination entre les professionnels de santé du centre doit être mise en place au sein des centres de santé pour ses patients.</p> <p>Pour les centres de santé médicaux, polyvalents, au-delà de la fonction de coordination interne dans le centre, la</p>	<p>Valorisation pour les centres de santé polyvalents : Montant fixe de 10 500€</p> <p>Montant variable de 11 900€ jusqu'à 8 000 patients ; Montant variable de 10 500€ au-delà de 8 000 patients.</p> <p>Valorisation pour les centres de santé infirmiers : Montant fixe de 5 425€</p> <p>Valorisation pour les centres de santé dentaires : Montant fixe de 2 800€.</p> <p>Pièces justificatives pour tous les types de centres de santé :</p>

	<p>structure s'engage à mettre en œuvre une coordination externe avec les partenaires et acteurs extérieurs (établissements sanitaires et médico-sociaux, EHPAD, établissements pénitentiaires, établissements scolaires, etc.). Le cas échéant, cette coordination externe peut être faite en lien avec une CPTS ou le DAC du territoire.</p>	<p>Le centre de santé doit transmettre aux caisses les copies des contrats de travail ou fiche de poste.</p> <p><u>En plus pour les centres de santé médicaux, polyvalents:</u> Toute pièce justificative attestant de cette coordination externe (notamment la convention...) doit être transmis à la caisse.</p>
--	--	---

Article 18.1.2.2. Indicateurs optionnels

L'axe « Travail en équipe » est complété par des indicateurs optionnels qui sont indépendants les uns des autres et ouvrent droit à des valorisations supplémentaires. :

- La formation des jeunes professionnels de santé
- Les protocoles pluri-professionnels
- 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)
- Patientèle ALD commune
- Coordination externe
- S'engager dans une démarche qualité
- Implication des usagers
- Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables

La formation des jeunes professionnels de santé (Indicateur commun à tous les types de centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et pièces justificatives
Centres de santé médicaux, polyvalents, infirmiers ou dentaires	<p>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 valorisés à raison de sept stages par an quel que soit la spécialité du professionnel de santé stagiaire.</p> <p>Par ailleurs, le centre de santé accueillant au moins trois étudiants réalisant leur service sanitaire en santé est valorisée pour favoriser</p>	<p><u>Valorisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant variable de 1 750€ par stagiaire dans la limite de 7 stages. - Montant fixe unique de 800€ pour les centres de santé situés en ZIP. - Montant fixe de 450€ pour l'accueil a minima de trois étudiants

	l'interdisciplinarité (quelle que soit la profession de santé).	réalisant leur service sanitaire en santé. Pièces justificatives : Transmission de la copie de convention de stage ou attestation de stage
--	---	---

Protocoles pluri-professionnels		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé médicaux ou polyvalents	<p>Les protocoles pluri-professionnels facilitent la prise en soins et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.</p> <p>Ces protocoles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 soins 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 et des évaluations des retours d'expérience. <p>Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, 	<p>Valorisation : Montant fixe de 700€ par protocole mis en œuvre (dans la limite de 8 protocoles valorisés).</p> <p>Pièces justificatives : 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.</p>

	<p>BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 soins est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale. <p>Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste ci-dessus, font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.</p>	
<p>Centres de santé infirmiers</p>	<p>Valorisation pour les centres de santé infirmiers qui participent à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels avec les professionnels de santé exerçant au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles dans l'objectif de faciliter la prise en soins et le suivi des patients présentant une pathologie</p>	<p>Valorisation : Montant fixe de 1 400€</p> <p>Pièces justificatives : Une copie de ces protocoles est transmise, à sa</p>

	nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé conformément aux dispositions de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.	demande, au service médical de l'assurance maladie.
--	--	---

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)

Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé médicaux ou polyvalents	<p>Cet indicateur vise à valoriser la participation des centres de santé polyvalents et médicaux et la prise en soins 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.</p> <p>A compter du 1^{er} janvier 2026, le centre de santé doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être installé dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ; - déclarer sa participation au SAS en s'inscrivant sur la plateforme nationale SAS ; - accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour une mise en visibilité de ses disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale. 	<p>Valorisation : Montant variable de 1 000€ par ETP prorata temporis de médecins généralistes salariés du centre de santé.</p>

Patientèle ALD commune

Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé médicaux ou polyvalents	Les partenaires conventionnels s'attachent à porter une valorisation spécifique pour les centres de santé ayant	<p>Valorisation : Montant variable en fonction du taux de patientèle ALD commune :</p>

	une coordination renforcée autour de la patientèle ALD (cf. article 20.1).	Rémunération linéaire avec 1400€ pour un taux de 1% et jusqu'à 28 000€ pour un taux de 60 %
--	--	---

Coordination externe		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé infirmier	<p>Le respect de l'ensemble des critères suivants ouvre droit à rémunération.</p> <p>Critère 1 Les professionnels de santé du centre de santé mettent en place une procédure conforme à la réglementation en vigueur 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.</p> <p>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 soins du patient et notamment les sorties d'hospitalisation.</p> <p>Critère 3 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.</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 2 100€ en fonction de la patientèle du centre de santé telle que définie à l'article 20.3.</p> <p>Pièce justificative : Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.</p>
	Afin de favoriser cette mission de coordination externe, l'accord prévoit de	Valorisation : Montant fixe : 3500€.

Centres de santé dentaires	<p>valoriser les contrats passés entre un centre de santé dentaire et l'une des structures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - EHPAD - établissement médico-social - établissement pénitentiaire - établissement scolaire (réseau d'éducation prioritaire REP, REP+). <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en soins 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 soins par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins. 	<p>Pièces justificatives :</p> <p>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.</p>
-----------------------------------	---	--

S'engager dans une démarche qualité (Indicateur commun à tous les types de centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé médicaux, polyvalents, infirmiers et dentaires	<p>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).</p> <p>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</p>	<p>Valorisation :</p> <p>1^{er} niveau : montant fixe de 700€.</p> <p>2^e niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 1 050€ - Et montant variable de 175€ (pour 11 ETP de PS en moyenne en centre de santé polyvalent et médicaux/ pour 6 ETP infirmiers en moyenne en centre de santé infirmier/ 4 ETP chirurgiens-dentistes en moyenne en centre de santé dentaire) <p>3^e niveau :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 1 050€

	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} 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 soins; - 2^{ème} niveau : atteinte au-delà de 50% des critères intégrés au PAQ; - 3^{ème} niveau : atteinte de 100% des critères intégrés au PAQ; - 4^{ème} niveau : certification du centre de santé par un audit externe d'un organisme habilité. 	<ul style="list-style-type: none"> - et montant variable de 175€ (pour 11 ETP de PS en moyenne en centre de santé polyvalent et médicaux/ pour 6 ETP infirmiers en moyenne en centre de santé infirmier/ 4 ETP chirurgiens-dentistes en moyenne en centre de santé dentaire) <p>4^e niveau : Montant fixe de 1 050€</p> <p>Les 4 niveaux sont cumulables.</p> <p><u>Pièces justificatives :</u></p> <p>Le PAQ et l'attestation de certification.</p>
--	--	---

Implication des usagers		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé médicaux,	Les parties signataires souhaitent favoriser l'information à destination des patients sur	<u>Valorisation :</u> Niveau 1 :

<p>polyvalents, infirmiers et dentaires</p>	<p>l'organisation et le fonctionnement des centres de santé afin de faciliter leur accès aux soins. Pour cela, l'indicateur est découpé en 2 niveaux d'implication (cumulables).</p> <p>1er niveau : Le centre de santé met en place des 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.).</p> <p>2° niveau : 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.</p>	<p>Montant fixe de 1 400€.</p> <p>Niveau 2 : Montant variable de 2 100€ en fonction de la patientèle de référence du centre de santé.</p> <p>Pièces justificatives : tout document permettant d'attestation la mise en place des actions pour chaque niveau.</p>
--	---	--

**Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables
(critère commun à tous les centres de santé)**

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 7.2, 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 soins 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.

Un niveau transverse, en amont, est introduit afin de valoriser le relai d'information assuré par le personnel administratif d'accueil auprès des usagers sur leurs droits et les services territoriaux existants (CCAS, SST, DAC, PASS, associations). Le personnel d'accueil joue également un rôle important dans le repérage des vulnérabilités liées aux droits (absence de droits, de complémentaire santé ou situations de fins de droits) ainsi que dans l'orientation des usagers dans l'attribution des droits. Ce niveau transverse ouvre droit à une valorisation à hauteur de 1 400 € fixes.

Au-delà de ce niveau de relais d'information assuré par le personnel administratif, l'indicateur se découpe en trois niveaux progressifs.

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.	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.

L'atteinte du niveau 1 est valorisé comme suit : un montant de 1 400 € modulé en fonction de la variable définie à l'article 23.

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
La structure s'engage à organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité.	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	La structure s'engage à soit : - aider à l'instruction des droits de santé - pratiquer le tiers payant intégral - accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droits / soins)	La structure s'engage à soit : - construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes - contribuer à des réunions portant sur des cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes /

	<p>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>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>		santé mentale / pathologie chronique)
--	---	--	---------------------------------------

L'atteinte du niveau 2 est valorisé comme suit : un montant de 2 800 € modulé en fonction de la variable définie à l'article 23. Un montant de 350€ par ETP sage-femme est ajouté si a minima une action est réalisée par une sage-femme salariée du centre en dehors de la structure.

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	La structure s'engage à soit : <ul style="list-style-type: none"> - disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle - mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour 	La structure s'engage à soit : <ul style="list-style-type: none"> - proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités 	La structure s'engage à structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données.

migrants / hôtes sociaux)	faciliter la distanciation et encourager l'empowerment des patients	la et - - mettre en œuvre une Pass de ville	(dépistage / prévention)
---------------------------	---	---	--------------------------

L'atteinte du niveau 3 donne droit à un versement supplémentaire de 5 600€ modulé en fonction de la variable définie à l'article 23.

Pour valider chaque niveau et bénéficier de la valorisation afférente, le centre de santé doit remplir au moins deux des quatre sous-catégories. La validation d'une sous-catégorie se fait 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 (la validation du niveau transverse est également nécessaire pour valider le niveau 1).

Ces critères sont communs à tous les types de centres de santé. Le niveau de la rémunération global est ensuite fixé en fonction de la patientèle CSS, AME, ALD et AAH du centre de santé, telle que définie à l'article 23.

La présence d'un médiateur en santé au sein du centre de santé fait l'objet d'une valorisation indépendante, à hauteur de 2 100€ fixe, 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.

Le centre de santé devra transmettre sur la plateforme décrite à l'article 24 tout document permettant de justifier la mise en place des actions pour chaque niveau.

Article 18.1.3 Axe « Prévention en santé »

Les partenaires conventionnels conviennent de renforcer la prévention en santé dans l'accord national en créant un axe dédié au sein des centres de santé.

L'axe « Prévention en santé » se compose d'un indicateur socle :

- Missions de santé publique – relais d'information

Article 18.1.3.1. Indicateur socle

Missions de santé publique – Relais d'information (Indicateur commun à tous les centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé	Les centres de santé s'engagent à faire le relais d'information, au sein de leur structure,	Valorisation : Montant fixe de 450€

polyvalents, médicaux, infirmiers ou dentaires	des campagnes de prévention nationales (affichage, distribution des supports de communication, diffusion message vidéo en salle d'attente, message à l'accueil, etc.).	Pièces justificatives : tout document attestant de la mise en œuvre des actions
---	--	---

Article 18.1.3.2. Indicateurs optionnels

L'axe « Prévention en santé » est complété par des indicateurs optionnels qui sont indépendants les uns des autres et ouvrent droit à des valorisations supplémentaires. :

- Animation des missions de santé publique
- Santé environnementale

Animation des missions de santé publique (Indicateur commun à tous les centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé polyvalents, médicaux, infirmiers ou dentaires	<p>L'ensemble des actions décrite ci-dessous vise à promouvoir les missions de santé publique définies dans la liste figurant dans l'annexe 4 du présent accord ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).</p> <p>Cet indicateur est découpé en 2 niveaux et valorisable indépendamment l'un de l'autre. Ces niveaux peuvent se cumuler.</p> <p>Niveau 1 : le centre de santé crée des contenus d'animation, individuelle et ou collective, autour des messages de santé publique qu'il déploie au sein même du centre auprès de ses patients, y compris avec leur implication.</p> <p>Niveau 2 : le centre de santé met en place une animation avec une dimension collective (dimension populationnelle) faisant intervenir des acteurs externes ou pouvant se dérouler à l'extérieur du centre de santé en coopération avec d'autres acteurs sanitaires ou sociaux.</p>	<p>Valorisation : 1^{er} niveau : Montant variable de 1 900€ en fonction de la taille de la file active du centre de santé tel que définie à l'article 20.1 2^e niveau : Montant fixe de 2 800€</p> <p>Pièces justificatives : tout document attestant de la mise en œuvre des actions.</p>

Santé environnementale (Indicateur commun à tous les centres de santé)		
Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé polyvalents, médicaux, infirmiers ou dentaires	<p>Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique en faveur de l'amélioration de la santé environnementale. Cette démarche, découpée en deux volets « décarbonation » et « santé environnementale », doit être partagée par l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Le centre de santé doit s'engager sur les 2 volets et valider <i>a minima</i> 1 action dans chacun des volets.</p> <p>Pour valider le niveau 1, le centre de santé doit avoir engagé 3 actions de niveau 1.</p> <p>Pour valider le niveau 2, le centre de santé doit avoir engagé 2 actions additionnelles de niveau 2 (quel que soit le volet choisi).</p> <p>1^{ère} volet – Décarboner</p> <p>Niveau 1 : le centre de santé s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Réaliser une évaluation des principaux postes d'émissions de CO2 de la structure et identifier les actions prioritaires à mettre en œuvre ; Sensibiliser les professionnels du centre de santé aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé (mise en place d'atelier à destination des professionnels de santé, participer à des webinaires, ...); Avoir une politique de gestion des déchets (Cyclamed, DASRI et emballages) ; Mettre en œuvre au moins une action ou expérimentation « soins écoresponsables ou lutte contre le gaspillage » au sein du centre de santé. <p>Niveau 2 : le centre de santé s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> Diminution des transports (promotion du transport partagé des patients) en réalisant des prescriptions de transport partagé ; 	<p>Valorisation :</p> <p>Niveau 1 : Montant fixe de 850€ est versé pour l'atteinte du niveau 1.</p> <p>Niveau 2 : Montant fixe de 1650€ est versé dès l'atteinte du niveau 2.</p> <p>Les niveaux 1 et 2 sont cumulables</p> <p>Pièces justificatives :</p> <p>Document attestant la mise en place des outils/actions de chaque niveau</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre au moins 1 protocole pluriprofessionnel sur le thème transversal « soins écoresponsables » ; • Former une majorité des professionnels du centre de santé aux enjeux de transition écologique du secteur de la santé ainsi que l'ensemble des nouveaux arrivants dans l'année qui suit. <p>2^{ème} volet – Santé environnementale</p> <p>Niveau 1 : le centre de santé s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les professionnels du centre de santé aux enjeux de santé environnementale • Avoir une politique d'achat et sélection des produits dont la composition et l'origine des matières premières sont connues, en privilégiant les produits exempts de substances CMR et de perturbateurs endocriniens • Conseil et affichage à destination des patients sur les liens environnement et santé (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, etc.) <p>Niveau 2 : le centre de santé s'engage à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des actions de prévention sur des déterminants de santé environnementaux (perturbateurs endocriniens, fortes chaleurs, alimentation, qualité de l'air, impact des résidus médicamenteux etc.) • Former les professionnels de santé du centre de santé aux enjeux de santé environnementale 	
--	---	--

Article 18.1.4. Axe « Système d'information »

Article 18.1.4.1. Indicateur socle

L'axe « Système d'information » se compose d'un indicateur socle :

- Logiciels

Système d'information (socle) : Logiciels

Type de centre de santé	Description	Valorisation et Pièces justificatives
Centres de santé médicaux ou polyvalents	<p>Les centres de santé disposent d'un système d'information référencé Ségur avec un LAP certifié HAS.</p> <p>A compter du 1^{er} janvier 2028 l'ensemble des professionnels de santé du centre de santé utilisent un logiciel référencé Ségur vague 2 (Arrêté du 30 avril 2025 relatif à un programme de financement destiné à encourager l'équipement numérique des médecins de ville - Fonction « Logiciel de gestion de cabinet » Vague 2) leur permettant d'informatiser et partager les dossiers des patients du centre entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en soins du patient. Ce logiciel est également utilisé pour recueillir les compte-rendu des réunions de concertations pluri-professionnelles.</p>	<p>Valorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - montant fixe de 3 500€ - et montant variable de 1 400€ par professionnel de santé salarié du centre jusqu'à 16 professionnel de santé et 1 050€ par professionnel de santé salarié du centre au-delà de 16 ETP professionnel de santé. <p>Pièces justificatives : Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.</p>
Centres de santé infirmiers	<p>Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	<p>Valorisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 2800€ - et montants variables de 700€ par infirmiers salariés du centre de santé jusqu'à 10 et 350€ par infirmiers salariés du centre de santé au-delà de 10 <p>Pièces justificatives : Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.</p>
		Valorisation :

Centres de santé dentaires	<p>Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Montant fixe de 1 750€ - et montants variables de 1 400€ par chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé jusqu'à 6 et 1 050€ par chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé au-delà de 6. <p>Pièces justificatives : Copie des factures du logiciel, des bons de commande ou contrats d'abonnement, de maintenance ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.</p>
-----------------------------------	---	---

Article 18.1.4.2. Indicateurs optionnels

L'axe système d'information est complété par des indicateurs optionnels qui sont indépendants l'un de l'autre et ouvrent droit à des valorisations supplémentaires.

L'axe « Système d'information » est complété par des indicateurs optionnels qui sont indépendants les uns des autres et ouvrent droit à des valorisations supplémentaires. :

- Recours aux téléservices et télétransmission
- Dispositif de Scannérisation des ORdonnances « SCOR »
- Equipements connectés

Recours aux téléservices et télétransmission		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
Le calcul des taux présentés ci-dessous sont conformes aux dispositions de l'annexe 8 de la convention médicale 2024.		
Centres de santé médicaux ou polyvalents	<p>Moyenne des taux de recours aux principaux téléservices sécurisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT) ; - Taux de protocoles de soins électronique (PSE) ; - Taux de télétransmission FSE ; - Taux d'arrêt de travail en ligne (AAT) <p>Les moyennes des taux doivent être supérieures ou égales à 40% en 2026, puis 80% à compter de 2028.</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 420€ par ETP prorata temporis de médecin généraliste* (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)</p> <p>Les parties signataires conviennent de réétudier la variable à prendre en</p>

		compte et le montant de la valorisation.
	<p>Moyenne des taux de recours aux autres téléservices sécurisés de l'assurance maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP); - Déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG); - Prescription électronique de transport (SPE) <p>Les moyennes des taux doivent être supérieures ou égales à 30% en 2026, puis 60% à compter de 2028.</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 420€ par ETP prorata temporis de médecin généraliste (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes)</p>
	<p>Moyenne des taux de recours à l'espace numérique en santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alimentation du DMP ; - Ordonnances numériques <p>Les moyennes des taux doivent être supérieures ou égales à 30% en 2026, puis 60% à compter de 2028.</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 420€ par ETP prorata temporis de médecin généraliste (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes).</p>
	<p>Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé. (au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie de mon espace santé par an)</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 140€ par ETP prorata temporis de médecin généraliste (dans la limite de 20 ETP médecins généralistes).</p>
Centres de santé infirmiers et dentaires	<p>Taux de 70% de la part d'activité en mode SESAM-Vitale sécurisé.</p> <p>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.</p>	<p>Valorisation : Montant variable de 280€ par ETP prorata temporis d'infirmier salarié ou de chirurgien-dentiste salarié.</p>

Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé médicaux ou polyvalents et infirmiers	<p>Afin de fiabiliser et de rendre rapidement opérationnelle la télétransmission des pièces justificatives dématérialisées par les centres de santé 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 ».</p> <p>Cette solution permet l'envoi de ces pièces justificatives selon les modalités prévues par l'annexe 5 du présent accord.</p> <p>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.</p> <p>Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 16 du présent accord permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'à la copie de l'ordonnance papier.</p>	<p>Valorisation pour les centres de santé médicaux ou polyvalents : Montant variable de 100€ par ETP prorata temporis d'auxiliaires médicaux</p> <p>Valorisation pour les centres de santé infirmiers : Montant variable de 100€ par ETP prorata temporis d'infirmiers salariés.</p>

Equipements connectés		
Type de centre de santé	Description	Valorisation
Centres de santé infirmiers	Le centre de santé dispose d'un équipement permettant la vidéo-transmission sécurisée nécessaire à la réalisation des actes à distance.	Valorisation : Montant fixe de 350€.
	Le centre de santé dispose des équipements médicaux connectés pour les infirmiers salariés du centre de santé impliqués dans le déploiement de l'activité de télésanté.	Valorisation : Montant variable de 175€ par ETP d'infirmier salarié dans la limite du

		nombre d'équipement connecté.
--	--	-------------------------------

Article 19. Principes de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements déclinés en 4 axes et en fonction du type de centre de santé : 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 19.1. Règle d'indivisibilité du dispositif de rémunération et de non cumul

Ce dispositif de rémunération rétribue le respect des engagements des centres de santé tels que définis à l'article 18 du présent accord, 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 19.2. Engagements socle 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 définis comme socle soient respectés. Il s'agit des indicateurs identifiés comme « socle » dans le tableau figurant à l'article 18.1 du présent accord.

Article 20. Rémunérations fixes et variables

Les modalités de calcul du montant de la rémunération sont précisées dans les tableaux figurant à l'article 18.1 du présent accord.

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, 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 dans la colonne « Valorisation et Pièces justificatives » dans les tableaux figurant à l'article 18.1

Le montant indiqué pour chaque indicateur dans les tableaux de l'article 18.1 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 national au cours de l'année civile de référence.

Article 20.1. Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents

Le montant de la partie variable de la rémunération est établi :

- Soit 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.

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.

A titre dérogatoire, la patientèle de référence pour les centres de santé implantés à Mayotte correspond au nombre de patients ayant bénéficié d'au moins deux actes réalisés par des médecins généralistes, à des dates différentes dans l'année, dans le centre de santé.

- Soit en fonction du nombre de professionnels de santé salariés exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP) ou en nombre de professionnels de santé exerçant.
- Soit en fonction d'une file active des patients en moyenne de 4 100 patients définie comme suit :

Nombre de patients ayant bénéficié d'au moins deux actes (clinique ou technique) réalisés à des dates différentes dans l'année, dans le centre de santé, quel que soit le type de professionnel de santé.

Par ailleurs, pour l'indicateur « Patientèle commune ALD », le calcul de la patientèle prise en compte est défini comme suit :

Pour des patients en ALD qui ont consommé des soins, dans l'année, de médecine générale dans le centre de santé et des soins de kinésithérapie ou d'infirmier dans le centre de santé ou en dehors, l'objectif est de regarder la part de consommation de ces soins au sein du centre de santé.

$$\text{TAUX} = \frac{\text{Nb de patients ALD qui ont consommé des soins MG en CDS ET IDE ou MK AU SEIN DU MEME CDS}}{\text{Nb de patients ALD qui ont consommé un soin MG en CDS ET IDE ou MK en CDS ou EN DEHORS}}$$

Article 20.2. Rémunération variable des centres de santé dentaires

Le montant de la partie variable de la rémunération est établi :

- Soit 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.
- Soit en fonction du nombre de chirurgien-dentiste salarié exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP) ou en nombre de chirurgien-dentiste exerçant.

Article 20.3. Rémunération variable des centres de santé infirmiers

Le montant de la partie variable de la rémunération est établi :

- Soit en fonction d'une patientèle de référence 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%.

- Soit en fonction du nombre d'infirmiers exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP) ou en nombre d'infirmier exerçant.

Article 21. Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères

Article 21.1. Exception « Système d'information – logiciel »

Par dérogation, pour les centres de santé disposant d'un système d'information se voyant retirer le référencement SEGUR, le déclenchement de la rémunération intervient dès lors que les indicateurs socles précités sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information - logiciel ».

Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle le référencement a été retiré 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.

Article 21.2. 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 adhérents à 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 définis comme socle aux articles 18.1 et suivants du présent accord sont atteints.

Article 22. Majoration pour publics précaires

Cette majoration s'applique à l'ensemble des indicateurs de la rémunération décrit à l'article 18.1 à l'exception des indicateurs suivants : « Installation en zones déficitaires » et « Maintien en zones déficitaires ».

Cette majoration est calculée à partir des taux de précarité des centres de santé, sur différents items.

Définition des taux de précarité des centres de santé :

Le taux de précarité d'un centre de santé est défini comme le rapport entre le nombre de patients en situation de précarité ayant reçu des soins, et le nombre total de patients ayant bénéficié de ces mêmes soins, sous réserve d'un minimum de 10 patients concernés.

Sont considérés comme patients en situation de précarité :

- Les patients en ALD, hors CSS ;
- Les bénéficiaires de la CSS ;
- Les bénéficiaires de l'AME.

Le nombre de patients considérés comme « ayant reçu des soins » est défini comme suit :

- Pour les centres de santé médicaux, polyvalents, sont pris en compte les patients ayant eu dans l'année au moins un acte facturé d'un médecin généraliste du centre de santé;
- Pour les centres de santé dentaires, sont pris en compte les patients ayant eu dans l'année au moins un acte remboursable facturé d'un chirurgien-dentiste du centre de santé;
- Pour les centres infirmiers, sont pris en compte les 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.

Calcul de la majoration :

La majoration pour publics précaires est égale à la somme des différences, pour chaque item de précarité (ALD, CSS, et AME), entre le taux du centre de santé et le taux national correspondant (actualisés tous les ans). A noter que les taux nationaux pour chaque item sont calculés selon les types de centres de santé (polyvalents/ médicaux ; dentaires ; infirmiers), et correspondent à la moyenne des taux observés pour chaque type de centre.

Cette majoration s'applique au montant de la rémunération. Cette majoration est exprimée en points de pourcentages. Elle est plafonnée à 25% pour les centres de santé infirmiers et dentaires.

Majoration pour publics précaires

$$\begin{aligned} &= (\text{taux ALD du centre} - \text{taux national ALD}) \\ &+ (\text{taux CSS du centre} - \text{taux national CSS}) \\ &+ (\text{taux AME du centre} - \text{taux national AME}) \end{aligned}$$

Si, pour un ou plusieurs item(s) donné(s), le taux du centre est inférieur au taux national, alors la différence est fixée à « 0 », de sorte que cette différence ne peut jamais être négative, pour aucun des trois items (ALD, CSS, et AME).

Article 23. Variable « Accompagnement des publics vulnérables »

La rémunération liée à l'accompagnement des publics vulnérables est multipliée par une variable égale au rapport entre taux CSS, AME, ALD et AAH du centre de santé (cf. article 22) et les taux nationaux correspondants (actualisés tous les ans).

Le taux de patients bénéficiaires de l'AAH est calculé avec la même méthode que autres taux (cf. article 22).

La variable est calculée selon la formule suivante :

$$\frac{\text{Taux CSS} + \text{Taux AME} + \text{Taux ALD} + \text{Taux AAH du centre}}{\text{Taux national CSS} + \text{AME} + \text{ALD} + \text{AAH}}$$

Les partenaires conventionnels s'engagent à retravailler la formule de calcul afin de tenir compte de manière équilibrée du poids de chaque item dans la variable appliquée à l'indicateur « accompagnement des publics vulnérables ».

Article 24. 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 s'effectue sur une plateforme partagée (plateforme ATIH) entre les centres de santé, le ministère chargé de la Santé, les ARS, les caisses d'assurance maladie et la CNAM. 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.

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.

Ces données sont enregistrées sur un document récupérable et exploitable par le centre de santé.

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 25. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par le centre de santé (cf. article 18.1) et des informations saisies sur la plateforme (cf. article 24), permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, la caisse nationale 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 relatifs à la mise en œuvre des indicateurs aient été fournis par le centre de santé dans les délais prévus à l'article 16 du présent accord.

Article 25.1. Dispositif d'avance

Chaque année, via un dispositif d'avance, est versé au titre de l'année n 60% du montant total de la rémunération sur la base des résultats obtenus à l'année n-1 (à l'exception des indicateurs « Installation en zones déficitaires » et « Maintien en zones déficitaires » dont les montants sont versés dans le solde en année N+1 et ne font pas l'objet d'avance).

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.

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.

En cas de fermeture en cours d'année N, il ne sera pas versé d'avance N+1. Le calcul du solde de l'année N interviendra dans les trois mois suivant la date de fermeture et sera calculé à partir des données connues en année N-1.

Article 25.2 Dispositions transitoires

Afin de laisser une période d'adaptation des centres de santé aux nouvelles modalités de rémunération décrite à l'article 18.1, le solde de la rémunération 2025 et l'avance de la rémunération 2026 seront calculés selon les dispositions de l'accord national 2015

Au titre de 2026, pour les centres de santé éligibles à la rémunération forfaitaire du présent accord (atteignant les indicateurs socles), tels que définis à l'article 18 et suivants, un dispositif pourra être mis en place selon des modalités définies par les partenaires conventionnels afin d'accompagner la transition vers le nouveau modèle.

Article 26. Autres rémunérations forfaitaires complémentaires

Article 26.1. Initiative Territoriale pour l'amélioration de l'offre de soins (ITAOS)

Les partenaires conventionnels s'engagent dans une démarche concrète d'amélioration de l'accès aux soins au bénéfice des populations des territoires d'implantation des centres de santé.

Ils conviennent d'engager des groupes de travail afin de définir les modalités appropriées de reconnaissance et de valorisation des centres de santé qui œuvrent, au quotidien, en faveur de l'accès aux soins de proximité.

Ce nouveau dispositif, valorisé sous forme d'une nouvelle rémunération additionnelle à la rémunération décrite à l'article 18, s'articulera autour de trois thématiques :

- Augmentation de l'offre de soins ;
- Pertinence et qualité des soins ;
- Participation aux besoins de soins du territoire.

Les travaux visant à définir les engagements attendus dans le cadre de ce dispositif devront aboutir à une proposition consensuelle au plus tard au premier trimestre 2026. Ces travaux pourront reprendre des éléments issus de l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP).

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent d'une montée en charge progressive du dispositif comme suit :

- Au titre de 2027, intégration des centres de santé polyvalents et médicaux (fixation d'un nombre minimum d'indicateurs) ;
- Au titre de 2028, extension du champ des indicateurs pour les centres de santé polyvalent et intégration des centres de santé infirmiers.

Article 26.2. Forfait de santé publique

Les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'implication des centres de santé dans la coordination des parcours de soins et la prévention en inscrivant des objectifs de santé publique. Ces objectifs s'appuieraient sur les indicateurs de vaccination et dépistage définis à l'article 34.

Les travaux visant à définir le cadre de ce dispositif devront aboutir à une proposition consensuelle au plus tard au premier trimestre 2026.

Article 27. Développement de nouveaux modes de rémunérations

De nouveaux modes de rémunérations sont en cours d'expérimentation, notamment dans le cadre des expérimentations dites « articles 51 ». Les parties signataires s'engagent à entamer des discussions en vue d'intégrer, le cas échéant, les suites des expérimentations dans un cadre conventionnel.

En effet, 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 conviennent de rouvrir des discussions, en vue de produire un avenant au présent accord national, dès l'été 2026 lors de la parution des résultats de l'expérimentation PEPS V2, afin de définir les modalités appropriées d'intégration dans le présent accord de mode de rémunération expérimentés dans le cadre de l'article 51.

Titre 3 : Améliorer l'accès aux soins de proximité

Article 28. 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, téléexpertise et télésoin).

Le recours aux actes de télé médecine, téléexpertise 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 soins 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 télé médecine 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 75 de l'accord national et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du centre de santé.

Les partenaires conventionnels s'attacheront à avoir un suivi en CPN de l'application de ces seuils notamment pour les centres de santé rattaché à des sociétés de téléconsultations.

Article 29. 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 29.1. 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 télé médecine 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 soins 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 29.2. 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 29.3. Critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical

Article 29.3.1. 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 anatomocytologistes, médecins urgentistes 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 29.3.2. 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 de la distribution nationale au 31/12/2021.

L'éligibilité du centre de santé dépend de sa composition. Elle est déterminée en fonction :

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

Ces patientèles moyennes sont calculées comme suit :

- Pour le calcul de la patientèle moyenne 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 et pédiatres salariés du centre ;
- Pour le calcul de la file active moyenne : 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

Le calcul est effectué deux fois par ans, au 31 décembre et au 30 juin, à partir des données renseignées sur la plateforme « e-CDS » (ATIH). La patientèle à prendre en compte au moment de déterminer l'éligibilité est la plus récente des deux.

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 29.3.3. 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 dans les 12 mois qui suivent son ouverture.

La patientèle médecin traitant et la file active prise en compte sont déterminées conformément aux dispositions de l'article 29.3.2.

Article 29.4. 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 15 du présent accord national.

Le niveau des engagements varie en fonction du nombre d'ETP d'assistants médicaux recrutés pour l'ensemble des ETP de médecins de la structure. Le recrutement d'un ETP d'assistant médical engage les centres de santé sur l'augmentation de la patientèle moyenne pour deux ETP de 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 ETP médecin du centre.

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

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

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 15 du présent accord national.

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

Article 29.5. Modalités d'attribution de l'aide au recrutement d'un assistant médical et contreparties attendues

Article 29.5.1. 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 29.5.2. Le niveau de financement par l'assurance maladie pour l'aide au recrutement d'assistants médicaux et les contreparties attendues

Article 29.5.2.1. 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 18.1 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 soins 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 moyenne médecin traitant (adulte et enfant) pour les centres salariant des médecins généralistes ou pédiatres
- Une augmentation de la file active moyenne pour tous les centres, quelle que soit leur composition

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 29.5.2.2. 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	38 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	28 000€	
3 ^{ème} année et suivantes	22 000€	
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	26 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle \geq P95	38 000€	

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 8 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). L'objectif est alors pondéré par le nombre total de médecins du centre.

Pour les centres de santé installés en zone d'intervention prioritaires (ZIP), la limite de 0,5 ETP d'assistant médical financés par tranche de 1 ETP de médecin est modulée. Il est ainsi possible de financer jusqu'à 2 ETP d'assistants médicaux pour 1 ETP médecin pour les centres de santé répondant aux conditions cumulatives suivantes :

- Installés en zone d'intervention prioritaires (ZIP) ;
- Salariant des médecins qualifiés ou spécialistes en médecine générale (à l'exclusion des médecins à exercice particulier [MEP]) ;
- Ayant déjà signé un contrat d'aide avec au minimum un ETP d'assistant médical ;
- Ayant atteint l'intégralité des objectifs de son contrat ;
- A partir de la 3^{ème} année de son contrat (date de signature + 24 mois).

Un avenant au contrat est signé pour modifier le nombre d'ETP d'assistant médical à la date anniversaire de celui-ci, pour la durée restante du contrat.

Un nouvel objectif en nombre moyen de patients supplémentaires à prendre en charge est défini sur la base de la patientèle moyenne initiale. Cet objectif est à atteindre à l'issue des 12 mois suivants la signature de l'avenant au contrat. Si l'objectif n'est pas atteint, le montant de l'aide est proratisé sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Pour les centres de santé ayant de forte patientèle supérieure ou égale p95

Pour les centres de santé à fortes patientèles (supérieures ou égales au P95 de la distribution nationale), les objectifs sont de maintenir le niveau de patientèle. Une tolérance d'une baisse de la patientèle comprise entre 0% et - 5% par rapport à la patientèle initiale est acceptée. Au-delà, l'aide est proratisée.

Article 29.5.2.3. Revalorisation du montant de l'aide pour les contrats d'aide conventionnelle signés avant le présent accord national

Les montants de l'aide conventionnelle définis à l'article 29.5.2.2 bénéficient automatiquement à tous les contrats d'aide signés avant l'entrée en vigueur du présent accord, et toujours en cours à l'entrée en vigueur de celui-ci.

Cette revalorisation intervient à la date d'anniversaire du contrat suivant l'entrée en vigueur du présent accord national. Cette revalorisation ne s'applique qu'au montant de l'aide des années suivant la date anniversaire du contrat postérieure à l'entrée en vigueur du présent accord.

Article 29.5.2.4. 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'au deuxième anniversaire 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.

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

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

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 partir de la 4^e année du contrat, 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 29.2, 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 29.5.2.5. Modalités de versement de l'aide

L'aide est versée en une seule fois les 1ères et 2èmes années du contrat, dans le mois suivant la signature puis à 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 de l'aide de l'année
- Au moment du versement de l'acompte, la caisse procède à la vérification d'une diminution ou non des patientèles par rapport aux patientèles initiales. En cas de diminution de la patientèle, l'acompte n'est pas versé.
- 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 ;

Exemple d'un contrat signé le 12/02/2026 avec 1 ETP d'assistant médical et une patientèle moyenne inférieure au P90 de la distribution nationale :

- Pour la 1^{ère} année : 38 000 € avant le 12/03/2026 (sans vérification des objectifs)
- Pour la deuxième année : 28 000 € le 12/02/2027 (sans vérification des objectifs)
- Pour la troisième année :
 - Acompte : 11 000 € avant le 12/04/2028 (si non diminution)
 - Solde : 11 000€ avant le 12/02/2029 (selon atteinte des objectifs)
- Pour la quatrième année :
 - Acompte : 11 000 € avant le 12/04/2029 (si non diminution)
 - Solde : 11 000€ avant le 12/02/2030 (selon atteinte des objectifs)
- Pour la cinquième année :
 - Acompte : 11 000 € avant le 12/04/2030 (si non diminution)
 - Solde : 11 000€ avant le 12/02/2031 (selon atteinte des objectifs)

Article 29.5.2.6. 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 une autre organisation de secrétariat médical (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 29.5.2.7. 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 la date du 3^{ème} anniversaire du contrat, ou dès le 1^{er} ou le 2^{ème} anniversaire si le P50 de la distribution nationale est atteint. Le contrat doit faire l'objet d'un avenant fixant un nouvel objectif sur la base de la dernière patientèle disponible au moment de la signature de l'avenant au contrat.

Article 29.6. Evaluation du dispositif

Le dispositif fait l'objet d'un suivi par les parties signataires dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale.

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 29.7. Dispositions transitoires et poursuite des contrats arrivant à leur terme

Les contrats d'aide à l'emploi signés et en cours avant l'entrée en vigueur du présent accord national se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le centre de santé partie au contrat.

Un centre de santé ayant signé un contrat d'aide à l'emploi dans les deux ans précédant la publication du présent accord national peut résilier son contrat à date d'anniversaire, jusqu'à la date de son troisième anniversaire, et adhérer au nouveau contrat défini à l'annexe 15.

Le contrat arrivé à terme pourra être prorogé par voie d'avenant.
Cet avenant intégrera les nouvelles dispositions prévues par le présent accord.

La patientèle initiale du centre de santé reste inchangée. L'objectif en nombre de patients supplémentaires à prendre en charge ou à maintenir est actualisé en fonction de la distribution nationale de la patientèle moyenne au 31 décembre 2021.

Le montant de l'aide conventionnelle versé à compter de la signature de l'avenant correspond au montant de l'aide à l'emploi de la 3^{ème} année proratisé le cas échéant sur la base du taux d'atteinte de l'objectif.

Lorsque le contrat d'aide à l'emploi d'un centre de santé est arrivé à son terme sans que ne soit signé un avenant au contrat, celui-ci sera clôturé.

Article 29.8. Durée des contrats conclus à compter de l'entrée en vigueur du présent accord national

Les contrats sont conclus pour une durée de cinq ans et sont renouvelés par tacite reconduction. Lors du renouvellement, le montant de l'aide correspondra au montant de l'aide de la troisième année du contrat pour toute la durée du contrat. Les modalités de versement de l'aide et les objectifs restent les mêmes.

Article 30. Dispositifs en faveur du déploiement du métier d'infirmier en pratique avancée

Article 30.1. 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 13) 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 30.2.

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 13 n'est pas atteinte.

Article 30.2. 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.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat tel que défini à l'annexe 14.

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

- à 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 31. Les aides démographiques

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° et L. 162-14-1 4° du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent des options spécifiques pour les centres de santé dentaire souhaitant y adhérer, conformément aux contrats types en annexe 18, 19, 20 et 21 de l'accord national.

Les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur du présent accord se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le centre de santé partie au contrat.

À compter de l'entrée en vigueur du présent accord, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par l'accord national de 2015 et ses avenants pour les centres de santé polyvalents, médicaux et infirmier.

Les centres de santé polyvalents, médicaux et infirmier peuvent en effet décider de résilier à tout moment leur adhésion au contrat par lettre adressée à leur caisse de rattachement par tout moyen donnant date certaine à sa réception, afin de se voir appliquer des indicateurs liés aux aides démographiques décrits à l'article 18.1.1.2 en substitution des aides issues de ces contrats. Le contrat continue de produire ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle est intervenue la demande de résiliation du centre de santé. A compter du 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, le centre de santé ne bénéficie plus des dispositions prévues par son contrat démographique au bénéfice des indicateurs relatifs aux aides démographiques de la rémunération décrite à l'article 18.1.1.2 et la résiliation produit alors l'ensemble de ses effets.

Article 32. Dispositif de régulation du conventionnement

Article 32.1 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 32.1.2. 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 32.1.3. 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 32.2 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. 32.2.1. 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. 32.2.2 Modalités de gestion du dispositif de régulation pour les centres de santé avec activité dentaire en zone « non prioritaire »

- 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.

- 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 75 de l'accord national sera mise en œuvre.

Article 33. 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 33.1. 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 définies 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 6, 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 33.2. 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 7.

Le paiement de l'astreinte et des actes majorés s'effectuent au profit du centre de santé au sein duquel exerce le chirurgien-dentiste.

Titre 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient

Sous-titre 1. 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 soins.

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 34. 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 de santé.

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 de santé libéraux et déjà mises en œuvre. Il s'agit notamment des actions suivantes.

Article 34.1. 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 34.2. 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. 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 34.3. Le dépistage du cancer du col de l'utérus

L'objectif du programme national de dépistage organisé des cancers du col de l'utérus est de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans, en atteignant 80 % de taux de couverture dans la population cible et en rendant le dépistage organisé plus facilement accessible aux populations vulnérables et/ou les plus éloignées du système de santé.

Le programme concerne l'ensemble des femmes de 25 à 65 ans ayant été invitées par courrier à participer au dépistage organisé ainsi que celles suivies après avoir participé spontanément. Seules les femmes de 26 à 65 ans n'ayant pas réalisé leur dépistage dans les délais recommandés par la HAS sont invitées par l'Assurance Maladie.

Ce dépistage repose sur la mobilisation des professionnels de santé, notamment ceux assurant le suivi gynécologique des personnes. Ils jouent un rôle important dans la promotion du dépistage et l'incitation à sa réalisation, conformément aux recommandations en vigueur.

Article 34.4. La prévention bucco-dentaire

Les partenaires portent l'ambition de tendre vers de nouvelles générations « sans carie », grâce à l'acquisition, dès le plus jeune âge, des « bons gestes » en matière de santé bucco-dentaire. Ceux-ci s'acquièrent notamment grâce au renforcement des examens de prévention, qui deviennent annuels, de 3 à 24 ans inclus (dispositif M'T dents tous les ans). Ces examens, et les soins conservateurs associés, ont été revalorisés au 1^{er} avril 2025.

Les chirurgiens-dentistes des centres de santé sont incités à participer au dispositif « M'T dents tous les ans » en réalisant ces examens de prévention, et, le cas échéant, les soins complémentaires et consécutifs prévus à la convention nationale des chirurgiens- dentistes (cf. annexes 8 et 9).

L'examen bucco-dentaire des femmes enceintes constitue également un enjeu de prévention, raison pour laquelle il a également été revalorisé et sa période de réalisation allongée du 4^{ème} mois de grossesse au 6^{ème} mois inclus après l'accouchement.

Les centres de santé s'engagent également à participer à ce dispositif.

Ils s'engagent à saisir les données de l'examen dans le téléservice examen bucco-dentaire disponible sur ameli pro ou dans les logiciels métier permettant l'alimentation de mon espace santé et ainsi l'amélioration du suivi bucco-dentaire dans la durée des patients.

Les centres de santé s'engagent également à participer aux actions d'allers vers menés par l'assurance maladie auprès des enfants les plus éloignés des soins dentaires.

Article 34.5. Les bilans de prévention

Depuis janvier 2024, un nouveau dispositif de prévention individualisé a été déployé par l'Assurance Maladie, intitulé « Mon bilan prévention ». Cet échange avec un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmiers et pharmaciens) permet l'identification des risques individuels de santé et vise à permettre à la personne d'intégrer des modifications de ses habitudes de vie pour se préserver de ces risques. Ces bilans sont destinés à toutes les personnes aux âges clés de la vie, c'est-à-dire entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, entre 60 et 65 ans et entre 70 et 75 ans.

Le Bilan Prévention s'inscrit dans un continuum organisé au sein d'un parcours coordonné de santé pluriprofessionnel. Il s'agit à ce titre d'un dispositif particulièrement adapté et pertinent pour les centres de santé, qui s'engagent à :

- promouvoir ce dispositif auprès de leurs patients,
- sensibiliser les professionnels éligibles à leur réalisation au sein de leur personnel,
- réaliser ces bilans.

Article 34.6. Les programmes de vaccination

Les centres de santé contribuent à l'amélioration de la couverture vaccinale conformément au calendrier vaccinal mis à jour chaque année³ et notamment :

- dans le cadre des vaccinations obligatoires de l'enfant ;
- 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 et les personnes en ALD ;
- des patients de 65 ans et plus : outre la vaccination contre la grippe, le Covid-19 et le zona.
- 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.
- dans le cadre de la vaccination HPV.

Article 34.7. 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 34.8. Le parcours de prévention de l'obésité infantile

³ <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

Le surpoids et l'obésité chez l'enfant sont des facteurs de risque importants et une intervention pluriprofessionnelle adaptée, telle que le parcours de prévention « Mission retrouve ton cap » généralisée depuis 2023, constitue une réponse pertinente à mobiliser.

Les centres de santé sont des acteurs essentiels de la détection et de la prise en charge des situations à risque. Leur implication en qualité de structures référencées pour dispenser le parcours pluridisciplinaire est déterminante pour augmenter le nombre d'enfants accompagnés.

Article 34.9. La mise à disposition d'appareils d'automesure tensionnelle

En France, 30 % des adultes sont hypertendus, ce qui correspond à près de 17 millions d'hypertendus⁴. Environ 1 million de nouveaux patients sont traités pour une HTA chaque année, ce qui correspond à une moyenne de 15 à 20 nouveaux patients pour un médecin généraliste⁵.

L'automesure tensionnelle permet de :

- Confirmer le diagnostic d'HTA par des mesures répétées hors du cabinet médical ;
 - Élimination de l'effet « blouse blanche », responsable d'environ un tiers des diagnostics d'HTA et à l'origine d'instaurations de traitements médicamenteux inutiles ;
 - Détection de l'HTA masquée. Dans ce cas, la pression artérielle est normale chez le médecin, mais plus élevée à la maison. La tension artérielle doit donc être confirmée par des automesures réalisées par le patient à domicile ;
- Suivre le traitement anti HTA au long cours et l'adapter si nécessaire.

Il est démontré que l'automesure à domicile permet une meilleure prédiction du risque cardiovasculaire que ne le fait la mesure de la pression artérielle au cabinet médical.

Afin de favoriser la confirmation diagnostique de l'hypertension artérielle ainsi que le suivi des patients hypertendus, l'Assurance Maladie s'engage à mettre à disposition des appareils d'automesure tensionnelle (AMT) dans les centres de santé médicaux ou polyvalents.

Article 34.10. 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'œil. Le dépistage doit permettre une prise en soins 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.

⁴ Épidémiologie de l'hypertension artérielle en France : prévalence élevée et manque de sensibilisation de la population, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 16 mai 2023

⁵ Haute Autorité de Santé, Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle, fiche mémo, septembre 2016

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 34.11. 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 actrices 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 à un suivi attentif. Ce service est proposé dans toute la France.

Initié autour de la prise en soins des patients diabétiques, le programme « Sophia » est amené à s'enrichir. Ainsi, pour améliorer la prise en compte du risque cardio-vasculaire aggravé, le dispositif « Sophia » intègre à compter de 2025, en sus du diabète, la maladie rénale chronique, le syndrome coronarien chronique, l'insuffisance cardiaque et la BPCO.

Le programme « Sophia » s'inscrit dans le prolongement des conseils et des recommandations prodiguées par le médecin traitant. Le rôle des professionnels de santé est essentiel pour les sensibiliser les patients à l'intérêt de ce service.

Ainsi, les centres de santé sont incités à promouvoir le service « Sophia » auprès de leur patient en leur communiquant le numéro d'appel notamment.

Article 34.12. 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 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 34.13. Implication des centres de santé dans le dispositif « Mon soutien Psy ».

Les parties signataires s'engagent à améliorer l'accompagnement psychologique des assurés notamment via le dispositif « Mon soutien Psy ». A cet effet, les parties signataires s'attacheront à travailler, en lien avec le ministère en charge de la santé, à réduire les freins financiers au dispositif.

Sous-titre 2 : Valoriser le rôle du « médecin traitant » dans le parcours de soins

Article 35. 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 :

- Contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- Assure dans le cadre du parcours de soins coordonné l'orientation du patient notamment auprès des médecins correspondants et informe ces médecins des délais souhaitables de prise en soins compatibles avec l'état de santé du patient ;
- Contribue à la participation de ses patients aux actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants...), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, ...), et de promotion de la santé (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques, ...);
- Oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- Rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en soins du malade, veille à son suivi, se prononce sur son renouvellement et sur un éventuel suivi post-ALD ;
- Accompagne le patient, le cas échéant, dans sa réinsertion professionnelle, en lien avec la médecine du travail et avec l'appui de l'assurance maladie ;
- Informe le patient qui ne s'est pas opposé à la création de Mon espace santé du versement dans son dossier médical partagé et de l'envoi via sa messagerie de santé des documents et informations mentionnés par l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique modifié ainsi que ceux que le médecin juge pertinents. Il l'invite à s'y reporter grâce à l'activation de son profil ;
- Apporte au patient toutes les informations permettant d'avoir accès à une permanence d'offre de soins aux heures de fermeture du centre de santé ;
- Anticipe sa cessation d'activité et contribue à assurer la continuité des soins de ses patients en particulier ceux atteints d'affection de longue durée.

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 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 35.1. 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.

Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme d'Assurance maladie de l'assuré dont l'enfant est ayant-droit.

L'Assurance maladie a mis en œuvre une procédure simple pour permettre aux assurés de choisir leur médecin traitant : elle se formalise par une déclaration en ligne remplie par le médecin avec l'accord du patient ou l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré ou son représentant et le médecin. Cette déclaration s'effectue obligatoirement lors d'une consultation physique, elle ne peut pas être réalisée en téléconsultation. La transmission s'effectue respectivement par voie électronique via les téléservices pour la déclaration en ligne ou par envoi papier par l'assuré. Dans les cas où l'Assurance maladie accompagne l'assuré pour la recherche d'un médecin traitant, elle peut, de manière dérogatoire et avec l'accord de l'assuré et du médecin choisi, enregistrer la déclaration directement.

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 36. Rémunérations du centre de santé « médecin traitant »

Les partenaires conventionnels conviennent de transposer aux centres de santé le nouveau « forfait médecin traitant » créé à partir du 1^{er} janvier 2026 et versé annuellement au centre de santé déclaré médecin traitant au titre de chacun des patients de sa « patientèle médecin traitant ».

Article 36.1 Le forfait médecin traitant socle

Article 36.1.1. Principe général

Afin de valoriser la fonction de médecin traitant au regard de son rôle clé dans le parcours de soins des patients, un forfait socle dit « forfait médecin traitant » (FMT) est versé annuellement au centre de santé déclaré comme médecin traitant au titre de chacun des patients de sa « patientèle médecin traitant ».

Le « forfait médecin traitant » rémunère le suivi au long cours du patient, en sus de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé. Il est calibré selon la complexité de ce suivi, et donc selon les caractéristiques spécifiques du patient, indépendamment du nombre de fois où ce patient a été vu dans l'année : son âge, le fait qu'il soit porteur d'au moins une pathologie chronique, son niveau de précarité, son parcours de prévention. Le calcul du « forfait médecin traitant » est établi de sorte à ce qu'il soit toujours plus incitatif de prendre un patient dont le suivi est plus complexe.

Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le centre de santé est enregistré comme médecin traitant dans les bases de l'Assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base sont pris en compte dans le calcul du FMT. La rémunération associée à chaque patient est modulée en fonction de leurs caractéristiques (âge ou ALD) et est décrite dans le tableau ci-dessous.

Les valeurs présentes dans le tableau ne sont pas applicables aux patients faisant partie de la patientèle médecin traitant du centre de santé qui n'ont pas eu d'actes facturés par un des médecins du centre de santé dans les deux années précédant la date du constat de la patientèle médecin traitant (du 31/12/n-3 au 31/12/n-1).

Pour les patients faisant partie de la patientèle médecin traitant mais n'ayant pas consulté dans les deux dernières années l'un des médecins du centre de santé déclaré médecin traitant, une rémunération équivalente à 5 euros est appliquée dans le cadre du FMT (partie socle).

Patient		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	15 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	5 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	15 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	55 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	55 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	100 euros
<i>Patient non vu dans les deux dernières années par un médecin du centre de santé</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>

Le nombre de patients et les critères de pondération sont constatés à partir de la patientèle médecin traitant du centre de santé arrêtée au 31 décembre de l'année précédente considérée (31/12/n-1).

Cette rémunération au titre de l'année considérée (n) est versée en année n en quatre fois (montant de la partie socle du forfait divisé en quatre parts égales) suivant le calendrier suivant :

- Avril n ;
- Juin n ;
- Septembre n ;
- Novembre n.

Les majorations décrites infra sont quant à elles versées annuellement. L'assurance maladie s'engage à mener des travaux pour étudier la faisabilité d'un versement de ces majorations intégré au versement trimestriel.

Ce forfait dit forfait socle s'entend donc hors rémunération patientèle précaire C2S et hors majorations spécifiques éventuelles décrites aux articles suivants.

Les centres de santé en cessation d'activité peuvent bénéficier du versement du forfait médecin traitant au *prorata temporis* de son activité sur l'année de sa cessation.

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de mesurer le recours aux soins médicaux, notamment les consultations avec le médecin traitant, des patients hébergés au sein d'une structure

médico-sociale dont le financement intègre la prise en charge des soins réalisées par des professionnels de ville.

Article 36.1.2. Critères d'éligibilité

Le forfait patientèle médecin traitant est réservé aux centres de santé en activité au 31 décembre de l'année n-1 remplissant l'une des deux conditions suivantes :

- Etre déclaré médecin traitant par au moins un patient du centre de santé
- Etre conventionné auprès de l'assurance maladie

Article 36.1.3. Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Les dispositions relatives au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) dans leur rédaction issue de l'accord national des centres de santé approuvé par arrêté du 30 septembre 2015 restent applicables jusqu'à la date mentionnée à l'alinéa précédent.

Article 37. Majoration pour le patient en situation de précarité

Article 37.1 : Majoration pour les patients bénéficiaires de la C2S

Une majoration d'un montant de 10 euros est appliquée pour chaque patient de la patientèle médecin traitant du centre de santé bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière, telle que définie à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ayant été intégré dans le cadre du forfait patientèle médecin traitant décrit à l'article 36. Cette majoration ne s'applique pas à la patientèle médecin traitant dite « non vue » dans les deux ans par le centre de santé.

Patient bénéficiaire de la C2S		Rémunération annuelle
Patient sans ALD	Enfant âgé de moins de 7 ans	25 euros
	Patient âgé de 7 à 74 ans	15 euros
	Patient âgé de 75 à 79 ans	25 euros
	Patient âgé de 80 ans et plus	65 euros
Patient atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	Patient âgé de moins de 80 ans	65 euros
	Patient âgé de 80 ans ou plus	110 euros
<i>Patient non vu dans les deux dernières années par un médecin du centre de santé</i>	<i>Tous</i>	<i>5 euros</i>

Avant de disposer des données des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire pour l'ensemble des régimes de base d'Assurance maladie, le nombre de bénéficiaires de la complémentaire santé

solidaire (C2S) au sein de chaque patientèle médecin traitant est équivalent à la somme du nombre de bénéficiaires de la C2S du régime général et des autres régimes déterminés suivant la méthodologie suivante :

- dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du régime général ;
- pour le dénombrement des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire des autres régimes, le taux national constaté pour l'année n-1 des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire au sein du régime général sera appliqué à la patientèle ressortissante des autres régimes.

Article 38. Majorations prévention

Article 38.1. Indicateurs de prévention

L'assurance maladie s'engage à restituer au centre de santé, pour chacun de ses patients et sauf opposition de la part de ce dernier, un certain nombre de données issues du SNDS, spécifiques à la consommation de soins de ses patients. L'objectif est que le centre de santé médecin traitant puisse disposer d'un tableau de bord contenant les données individuelles de ses patients, lui permettant de suivre l'éligibilité et l'atteinte d'indicateurs de santé publique, afin de lui apporter la lisibilité nécessaire à son action de prévention globale. Ce tableau de bord sera mis à disposition sur amelipro.

Les indicateurs retenus reposent sur les principes suivants :

- Pertinence : les indicateurs retenus constituent une priorité de santé publique et font l'objet de recommandations scientifiques ;
- Mesurabilité et transparence : chaque indicateur ainsi que la méthodologie de mesure sont définis et décrits conformément aux dispositions de la convention médicale et s'appliquent aux centres de santé dans les mêmes conditions.

Ces indicateurs de prévention pourront faire l'objet d'une rémunération pérenne ou temporaire, selon l'évolution des recommandations scientifiques et des priorités de santé publique : la majoration de prévention.

Article 38.2. Modalité de calcul des indicateurs

Le calcul de chaque indicateur est effectué comme suit :

1. Ciblage des patients éligibles à l'indicateur : ce ciblage peut reposer sur l'âge, le sexe du patient, la présence d'une ou plusieurs ALD, et/ou son recours aux soins ;
2. Validation de l'indicateur : pour chaque patient éligible, l'indicateur est considéré comme validé dès lors que les actes concernés ou la délivrance d'un produit de santé sont identifiés dans les bases de l'Assurance maladie sur la période de référence.

Les indicateurs sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur la période de référence et sur l'ensemble des régimes d'Assurance maladie au 31/12 de l'année de référence considérée.

Article 38.3. Suivi et affichage des indicateurs

A terme, les indicateurs seront restitués sur amelipro sous forme d'un tableau de bord comportant la liste nominative des patients déclarés auprès du centre de santé médecin traitant et le dernier statut des indicateurs de prévention auxquels ils sont éligibles.

Article 38.4. Liste des indicateurs

Les indicateurs retenus sont les suivants :

Thème	Indicateur	
Vaccination	Vaccination contre la grippe	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus à risque de grippe sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin antigrippal lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de grippe sévère sont celles en ALD 1, à, 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le covid	<p>Parmi les personnes de 65 ans et plus ou celles de 6 mois et plus et à risque de covid sévère, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le covid lors de la campagne de vaccination en cours. Les campagnes de l'hémisphère Nord et de l'hémisphère Sud sont concaténées pour couvrir une période de 1 an, allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante.</p> <p><i>Les personnes à risque de covid sévère sont celles en ALD 1 à 3, 5 à 10, 12 à 16, 18 à 22, 23 à 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination contre le pneumocoque	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus à risque d'infection sévère à pneumocoque, et tous les patients âgés de 65 ans et plus, l'indicateur est validé pour celles ayant reçu au moins une dose de vaccin conjugué 20-valent contre le pneumocoque (VPC20) depuis son inscription au remboursement (07/03/2024).</p> <p><i>Les personnes à risque d'infection sévère à pneumocoque sont celles en ALD 2, 3, 5 à 9, 14, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 28 et 30, ou celles ayant reçu au moins 4 délivrances de médicaments bronchodilatateurs (classe ATC R03) dans les 12 derniers mois.</i></p>
	Vaccination ROR	<p>Parmi les enfants de 16 à 35 mois inclus (< 36 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu (au moins deux doses de vaccin ROR entre la naissance et le 24^{ème} mois inclus.</p>
	Vaccination contre le méningocoque C	<p>Parmi les enfants de 5 à 23 mois inclus (< 24 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant reçu au moins une dose de vaccin contre le méningocoque C entre la naissance et 12^{ème} mois inclus.</p>
	Vaccination contre le	<p>Parmi les adolescents de 11 à 15 ans inclus (< 16 ans, l'indicateur est validé pour celles et ceux ayant reçu au moins</p>

	papillomavirus HPV	deux doses de vaccin HPV entre 10 et 14 ans inclus (avant 15 ans).
Dépistage	Dépistage organisé du cancer du sein	<p>Parmi les femmes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) à risque moyen de développer un cancer du sein, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie de dépistage depuis 2 ans ou moins, ou par mammographie bilatérale classique depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du sein celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de mastectomie totale bilatérale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du sein, carcinome canalaire in situ)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : Mutation BRCA 1 ou 2 ; Hyperplasie atypique ou carcinome lobulaire in situ depuis 10 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus	<p>Parmi les femmes de 25 à 65 ans inclus (< 66 ans) à risque de développer un cancer du col de l'utérus, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du col de l'utérus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>De 25 à 29 ans</u> : par analyse cytologique des cellules du col sur prélèvement cervico-utérin (deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). • <u>De 30 à 65 ans</u> : par test HPV-HR sur prélèvement cervico-utérin (un test HPV-HR** depuis 5 ans ou moins, ou deux analyses cytologiques* dont la dernière date de 3 ans ou moins, ou une analyse cytologique* depuis 1 an ou moins). <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer du col de l'utérus celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de (colpo)hystérectomie totale ou de (colpo)trachélectomie)</i> • <i>Ont un antécédent (ald ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du col ou du corps de l'utérus)</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i> <p>*Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des analyses cytologiques réalisées entre 25 et 29 ans inclus (< 30 ans).</p> <p>** Quel que soit l'âge de la femme, on ne tient compte que des tests HPV-HR réalisés entre 30 et 65 ans inclus (< 66 ans).</p>

	Dépistage du cancer colorectal	<p>Parmi les personnes de 50 à 74 ans inclus (< 75 ans) et à risque de développer un cancer colorectal, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage du cancer colorectal par test immunologique depuis 2 ans ou moins.</p> <p><i>Sont exclues des personnes à risque moyen de développer un cancer colorectal celles qui :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>N'ont plus l'organe en question (antécédent de coloproctectomie totale)</i> • <i>Ont un antécédent (ALD ou séjour hospitalier) de cancer de l'organe (cancer du côlon, du rectum, ou de la jonction recto-sigmoïdienne)</i> • <i>Ont un autre motif d'exclusion : MICI (antécédent d'ALD ou antécédent de séjour hospitalier) ; Scannographie du côlon depuis 2 ans ou moins ; Coloscopie ou endoscopie du colon depuis 5 ans ou moins ; Exérèse d'un polype > 1 cm ou de 4 polypes ou plus depuis 8 ans ou mois</i> • <i>Ont rapporté à l'Assurance maladie un autre motif de non-éligibilité</i>
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun	<p>Parmi les personnes de 45 ans et plus atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique du diabète par la glycémie à jeun depuis 3 ans ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) sont celles en ALD 3, 5, 13 et 19.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà un diabète connu (ALD 8).</i></p>
	Dépistage de la maladie rénale chronique MRC	<p>Parmi les personnes de 18 ans et plus souffrant de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un dépistage biologique de la maladie rénale chronique par dosage sanguin de la créatinine et un dosage urinaire d'albumine /et de la créatinine depuis 1 an ou moins.</p> <p><i>Les personnes atteintes de maladie cardiovasculaire ou associée (MCVA) ou de maladie de système ou auto-immunes sont celles en ALD 3, 5, 8, 13, 21, 22, 24 et 27.</i></p> <p><i>Sont exclues de l'indicateur les personnes qui ont déjà une maladie rénale chronique connue (ALD 19).</i></p>
Suivi	Suivi du diabète par dosage de l'HbA1c	<p>Parmi les personnes diabétiques, l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi biologique du diabète par dosage sanguin de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) depuis 6 mois ou moins.</p> <p><i>Les personnes diabétiques sont celles en ALD 8 ou celles ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments antidiabétiques (classe ATC A10) ou au moins 2 délivrances de médicament antidiabétiques si au moins un grand conditionnement dans les 12 derniers mois.</i></p>

Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M9	Parmi les enfants de 8 à 21 mois inclus (< 22 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 8 ^e et 10 ^e mois inclus.
Consultation obligatoire de l'enfant donnant lieu à un certificat de santé M24 25	Parmi les enfants de 22 à 37 mois inclus (< 38 mois), l'indicateur est validé pour ceux ayant bénéficié d'une consultation obligatoire de l'enfant auprès d'un médecin généraliste ou d'un pédiatre entre le 22 ^e et 26 ^e mois inclus.
Examen bucco-dentaire annuel 3-24 ans	Parmi les personnes de 3 à 24 ans inclus (moins de 25 ans), l'indicateur est validé pour celles ayant bénéficié d'un suivi bucco-dentaire auprès d'un chirurgien-dentiste, chirurgien maxillo-facial, stomatologue ou chirurgien oral depuis 1 an ou moins.

Afin de faciliter l'atteinte de ces objectifs, l'assurance maladie s'engage à mener des actions visant à améliorer :

- l'offre, sur la mammographie (notamment par le soutien au déploiement de dispositifs mobiles) et sur les soins dentaires (notamment par le déploiement du programme « Génération sans carie » en lien avec les chirurgiens-dentistes et l'accompagnement des assistants dentaires de niveau 2) ;
- l'information des patients, en outillant par exemple les médecins des centres de santé de documents pédagogiques pour leurs patients ;
- la qualité des données, par exemple en accompagnant les PMI dans la facturation à l'assurance maladie des examens obligatoires de l'enfant.

Article 38.5. Majorations de prévention

En sus du forfait socle et de la majoration précarité, le forfait médecin traitant comprend des majorations venant rémunérer le parcours de prévention du patient. Ces majorations de prévention reposent sur les indicateurs susmentionnés, calculés pour chaque patient pour lesquels le centre de santé est déclaré médecin traitant.

Chaque indicateur validé majore le forfait médecin traitant du patient.

Cette rémunération vise à valoriser le rôle du centre de santé déclaré médecin traitant en matière de promotion de la santé, et l'effort lié au suivi et la coordination des actions de prévention du centre de santé auprès de sa patientèle.

Les indicateurs portent sur les actions de prévention telles que la vaccination, les dépistages et le suivi de populations spécifiques ou de patients atteints de maladies chroniques. Chaque patient a un parcours de prévention qui lui est propre - selon son âge, son sexe, ses affections, son historique de prévention – et est à ce titre éligible à une fraction d'indicateurs qui évoluent au cours de sa vie.

Article 38.6. Modalités de calcul de la rémunération

Cette rémunération est calculée sur la base des résultats de chaque indicateur des patients concernés au 31/12 de l'année N. Elle est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante (N+1)

Le montant de la rémunération par indicateur et par patient est fixé à **5 euros**.

Les partenaires conventionnels partagent l'ambition de mettre en œuvre un paiement trimestriel en année n selon les mêmes modalités que le forfait médecin traitant dans le cadre d'un versement mutualisé.

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, publiée au Journal Officiel, sont applicables aux centres de santé.

Article 38.7. Entrée en vigueur du dispositif

Le dispositif précité entre en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026.

À titre provisoire et jusqu'à cette date, les dispositions relatives à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans leur rédaction issue de l'accord national des centres de santé approuvé par arrêté du 30 septembre 2015 restent applicables.

Article 39. Majoration pour les centres de santé exerçant en zone dite sous dense (ZIP)

La majoration du FMT s'applique aux centres de santé en activité en ZIP et/ou à ceux en activité en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

Une majoration du FMT de **10%** est appliquée pour les centres de santé en activité, en zone dite sous dense. Cette majoration est appliquée à la partie socle telle qu'explicitée à l'article 36 du forfait médecin traitant.

Article 40. Majoration pour les centres de santé nouvellement créés exerçant en zone dite sous dense (ZIP)

Afin d'accompagner les centres de santé nouvellement créés en zone dite sous dense (ZIP), une majoration est appliquée à la partie socle du forfait médecin traitant.

Les centres de santé éligibles à cette majoration sont les centres de santé nouvellement créés en zone dite sous dense. Il s'agit des 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.

Cette majoration s'applique pendant 3 ans à compter de l'année du premier versement du forfait socle mentionné à l'article 36. Elle s'élève à **50%** la première année, **30%** la deuxième année et **10%** la troisième et dernière année.

Cette majoration n'est pas cumulable avec la majoration pour les centres de santé exerçant en zone sous dense (ZIP) telle que définie à l'article 39.

Sous-titre 3 : Améliorer la prise en soins des patients, la qualité des soins

Article 41 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 soins 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 42. 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 43. Améliorer la qualité de la prise en soins des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

Afin d'améliorer la prise en soins 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 soins 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 44. 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 soins, 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 soins 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 45. 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 46. 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 notamment sur les thèmes suivants.

Article 47. 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 .

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 48. 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 49. 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 50. 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.

Sous-titre 4 : les outils de coordination

Article 51. 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) au sein de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé « Mon espace santé » et la messagerie sécurisée-MSSanté (pour les échanges entre professionnels et avec les patients) 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.

Article 52. 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 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 53. 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) au sein de Mon espace santé, la messagerie sécurisée de santé (MSSanté), 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 » a été 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 permet 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 permet 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. La 2^{ème} vague vient d'être initiée et va permettre notamment d'améliorer considérablement la facilité de consultation du DMP au sein de Mon espace santé, l'intégration des documents reçus par MSSanté, faciliter la qualification de l'INS du patient et l'alimentation systématique de Mon espace santé (extension du périmètre de documents couverts avec les notes de vaccination et le carnet de santé de l'enfant), etc. La caisse tiendra compte du calendrier de déploiement de la 2^{ème} Vague auprès des centres de santé.

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 (MSSanté) ;
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) ;
- L'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV)
- Le service ordonnance numérique

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 bénéficie directement aux centres de santé dans leur pratique quotidienne et permet 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 soins coordonnée des patients.

Titre 5. Modalités des échanges entre l'Assurance maladie et les centres de santé

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 soins des patients, particulièrement lorsqu'ils se trouvent en situation de fragilité (sanitaire, sociale ou financière).

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 54. La facturation électronique

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe selon une transmission électronique sécurisée grâce au service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

On entend par « feuille de soins électronique » ci-après désignée « FSE », la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la carte Vitale (physique ou application mobile) et de la carte du professionnel de santé (CPS). Le centre de santé facturant en tiers-payant, sa facturation à l'assurance maladie s'effectue 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 par le CNDA

On entend par feuille de soins SESAM "dégradé", la feuille de soins dont la signature est donnée par la lecture de la seule carte du professionnel de santé.

On entend par feuille de soins papier, la feuille de soins sur support papier établie sur l'imprimé conforme au modèle cerfa.

Article 55. L'utilisation de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile

La facturation du centre de santé se base sur les droits aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile (application carte Vitale).

L'assurance maladie s'engage à développer un nouveau service progressivement généralisé à tous sur tout le territoire : l'application carte Vitale. Porteur d'enrichissement du service et de la relation tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, l'application carte Vitale induit une optimisation des processus de facturation. L'application carte Vitale permet de limiter les oublis et les pertes de carte Vitale physique, elle apportera aussi de nouvelles fonctionnalités pour les assurés (télésanté, fiabilisation des données d'identification des patients lors de la pré-admission/admission à l'hôpital, accès facilité à Mon Espace Santé, prêt temporaire de l'usage de l'application à un tiers de confiance par exemple). Par ailleurs, dans le processus de paiement, l'appli carte Vitale permet de réduire le volume de feuilles de soins en mode dégradé et de garantir que les droits des assurés sont bien à jour, ce qui limite les rejets de facturations.

Le centre de santé soutient le développement de l'appli carte Vitale en s'équipant de matériel compatible et accompagne ses patients dans son utilisation.

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte ou son application Vitale ou pour vérifier que la carte Vitale de l'assuré a effectivement été mise à jour, le centre de santé utilise les dispositifs d'accès des droits en ligne « ADRI ou CDR » visé à l'article 62 du présent accord.

L'utilisation de la carte Vitale sous sa forme application mobile fait appel systématiquement au service en ligne de consultation des droits des assurés de l'assurance maladie. La situation ainsi obtenue par appel au service d'acquisition des droits de l'assuré est opposable à la caisse gestionnaire de la même manière que le sont les données de droits présentes dans la « carte Vitale » physique.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 56. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale se font au nom de la structure avec utilisation de la CPS de l'exécutant qui porte la responsabilité des actes réalisés. La carte CPS est personnelle et individuelle La facturation nécessite l'utilisation de la carte du professionnel de santé qui a réalisé les soins facturés. Les centres de santé ont la possibilité de se fournir :

- en carte de directeur d'établissement,
- 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,
- les cartes de personnel d'établissement,
- les cartes « CPS » des professionnels de santé réalisant des FSE

Les assistants médicaux des centres de santé ont la possibilité d'usage d'une CPE sur demande du centre de santé pour accéder aux services d'Amelipro.

Article 57. Les règles de télétransmission de la facturation

Article 57.1. 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.

Article 57.2. 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 58. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 58.1. 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 58.2. 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 58.3. 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 58.4. 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 en mode sécurisé via la carte vitale (physique ou application mobile), sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenue quel que soit le support utilisé (physique ou application mobile) à la date de la réalisation de l'acte, y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

En cas de tiers-payant intégral coordonné par l'assurance de maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), les organismes d'assurance maladie s'engagent à effectuer le paiement de la part obligatoire et de la part complémentaire des FSE sur la base des informations relatives à la couverture maladie obtenues via la carte vitale (physique ou application mobile) à la date de réalisation de l'acte.

Article 58.5 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 59. 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 60. 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 72 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 58) :

- 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 douze 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 18.1.

Article 61. La facturation hors FSE sécurisée

La FSE sécurisée est le mode de facturation privilégié dans les centres de santé. En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisée Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte Vitale sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile, le centre de santé réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le centre de santé réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le centre de santé adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (la feuille de soins sous forme papier) s'il n'utilise pas le dispositif dématérialisé SCOR. Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement.

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 tous les 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 62. Consultation en ligne des DRoits de l'assuré (CDR) ou d'Acquisition des DRoits en ligne (ADR)

Les outils de consultation des droits en ligne sont intégrés aux logiciels de facturation. 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.

Ces outils permettent de fiabiliser l'identification des assurés ou des bénéficiaires et de leurs droits, en l'absence de carte Vitale ou de l'application 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 et éviter les rejets lors de la liquidation en caisse.

Un bilan régulier de la montée en charge de ces dispositifs dans les centres de santé est réalisé en CTPPN.

Article 63. 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 d'Assurance Maladie ont déployé la norme « NOEMIE 580 » afin de permettre aux centres 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 d'Assurance Maladie 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 d'Assurance Maladie 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 64. 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. Les messages ainsi envoyés ont été revus cette année afin d'en améliorer la clarté.

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 65. Les téléservices disponibles

Les services suivants sont ouverts aux professionnels exerçant en centres de santé :

	Services « Mon activité » et « Echanges »	Services « Patients »
Directeur (connexion en login/mot de passe)	Paiements, Convention, Patientèle (sans l'onglet « Prévention »), Commandes de dispositifs, Commandes d'imprimés, Contacter l'Assurance Maladie, Réclamations paiements	
Médecin	Convention, Patientèle MT, Contacter l'AM, Echanges médicaux sécurisés, SOS IJ (uniquement dans les département déployés), viaTrajectoire	AAT (avis d'arrêt de travail) , CM AT/MP(certificat médical arrêt de travail/maladies professionnelles), ALD (affections longue durée), DSG (déclaration simplifiée de grossesse), DMT (déclaration médecin traitant), HR (historique de remboursement), Prescription de transport (SPE), Accompagnement à la Prescription, BSI (bilan de soins infirmiers -accès aux avis), accès au web DMP
Chirurgien-dentiste	Contacteur l'AM	AAT, CM AT/MP, ALD (consultation), EBD (examens bucco-dentaires), accès au web DMP
Sage-femme	Convention, Contacter l'AM	AAT, CM AT/MP, ALD (consultation), DSG, accès au web DMP
Infirmier	Convention, Contacter l'AM	ALD (consultation), BSI, accès au web DMP

Article 66. Les téléservices à venir

Les parties signataires s'engagent à soutenir le développement des futurs téléservices afin de continuer à faciliter les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie.

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.

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 en coordination avec les référents organisations coordonnées (ROC) des caisses. Les ROC sont les interlocuteurs privilégiés des exercices coordonnés et donc des centres de santé, même si chaque caisse est libre d'organiser cet accompagnement selon les moyens dont elle dispose.

Article 67. Accompagnement dédié au déploiement et à l'usage des offres numériques en santé

Chaque caisse dispose de Délégués Numériques en Santé 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.

Les Délégués numériques en santé (DNS) ont pour mission d'accompagner les gestionnaires et les professionnels de santé salariés des centres de santé pour :

- faciliter l'installation, l'appropriation et l'utilisation des offres de services numériques en santé et des téléservices proposés par l'Assurance Maladie ;
- les informer, orienter et conseiller sur la qualité des flux de télétransmission et les démarches de dématérialisation afin d'éviter les rejets ou une interruption de la télétransmission.

Article 68. Offres de contacts de l'assurance maladie relative à l'application de l'accord national par les centres de santé

Article 68.1. Canaux de contact

Les parties signataires sont attachées à l'amélioration continue des relations directes entre les centres de santé et leur caisse de rattachement.

Pour cela, les centres de santé, gestionnaires et professionnels de santé, disposent de différents canaux de contact en cas de question techniques, notamment sur le Tiers-Payant ou médico-administrative, les professionnels de santé de la structure et les gestionnaires de centres de santé peuvent contacter la plateforme téléphonique dédiée aux professionnels de santé au 36 08 ou depuis leur compte AmeliPro.

Article 68.2. Offre d'accompagnement spécifique aux centres de santé

Le centre de santé nouvellement installé fait l'objet d'un accompagnement aux différentes étapes de son conventionnement.

L'objectif de cet accompagnement spécifique est de fournir à la structure les informations conventionnelles nécessaires au démarrage de son activité (facturation des actes, présentation des indicateurs de la rémunération forfaitaire...) et des informations liées à l'informatisation de la structure, la gestion des cartes CPS, CPE, etc.

Dans ce cadre, la caisse est libre d'organiser cet accompagnement à distance ou sur site. En effet, 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.

Article 68.2.1 L'accompagnement au conventionnement du centre de santé

Dès lors que le centre de santé souhaite être conventionné à l'assurance maladie, il prend contact avec sa caisse de rattachement qui l'accompagnera dans son installation.

Les sujets suivants pourront notamment être abordés :

- La présentation générale de l'accord national, des dispositifs conventionnels applicables et des supports afférents
- L'ensemble des dispositifs en lien avec le numérique en santé dont notamment les règles de bon usage des cartes CPS/CPE, les modalités de facturation, la présentation des téléservices et d'amelipro...
- La nomenclature (NGAP/CCAM) selon les spécialités présentes dans le centre de santé
- Le fonctionnement de la subvention dite Teulade

Article 68.2.2. Un accompagnement du centre de santé dans les 6 mois suivant le conventionnement

Un échange à 6 mois est proposé par la caisse afin d'accompagner le centre de santé dans ses pratiques de mise en œuvre de l'accord national.

Les partenaires conventionnels souhaitent renforcer l'accompagnement entre les caisses et les centres de santé afin d'améliorer le contenu et l'attendu de l'accompagnement déjà mis en œuvre. Il conviendra notamment de s'attacher aux spécificités des centres de santé (infirmier, polyvalent, médical et dentaire) pour répondre au mieux aux besoins de chacun. Dans ce cadre un groupe de travail sera mis en place au cours du premier semestre 2026.

Article 68.2.3. L'accompagnement de la vie conventionnelle des centres de santé

Les centres de santé bénéficient d'un accompagnement pluri annuel par les caisses pour permettre au centre de santé de notamment avoir une analyse partagée de la rémunération conventionnelle du centre, du bon usage des offres de services numériques de l'Assurance Maladie au sein de la structure, des actions mises en œuvre dans le cadre de l'accord national...

A cette fin, les caisses et le service médical s'engagent à mobiliser les métiers experts (ROC, DNS, praticiens conseils...) pour accompagner au mieux les structures et à partir de l'ensemble des données statistiques dont elle dispose.

Titre 6 : Vie conventionnelle

Sous-titre 1 : 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 12.

Article 69. 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 CNAM.

Article 69.1. Composition

La CPN est composée, à parité :

- d'une section professionnelle composée de 9 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord et, le cas échéant, de 9 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 9 représentants titulaires désignés par l'UNCAM et, le cas échéant, de 9 suppléants.

Siège également dans cette formation, avec voix délibérative, 1 représentant de l'UNOCAM, sous réserve de la signature de l'accord national par l'UNOCAM.

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.

Le nombre total de siège doit être égal au nombre total d'organisations représentatives signataires. De fait, en cas de nouvelle organisation représentative signataire, le nombre de siège est revu pour tenir compte de cette entrée. De même manière, en cas de perte de représentativité ou de retrait d'une organisation représentative signataire, le nombre de siège est revu et est diminué. Le nombre de siège de la section sociale est augmenté ou diminué selon la même logique que pour la section professionnelle.

La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 12.

Article 69.2. Missions

La CPN a pour mission de faciliter l'application de l'accord par une concertation permanente entre l'UNOCAM 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 ; le suivi des rémunérations forfaitaires versées
- 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 70. 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 une fois par an.

Article 70.1. Composition

Chaque CPR ou CPD est composée, à parité :

- pour la section professionnelle, de 9 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires et ayant adhéré au présent accord national et, le cas échéant, de 9 suppléants,
- pour la section sociale de 9 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 9 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.

Le nombre total de siège doit être égal au nombre total d'organisations représentatives signataires. De fait, en cas de nouvelle organisation représentative signataire, le nombre de siège est revu pour tenir compte de cette entrée. De même manière, en cas de perte de représentativité ou de retrait d'une organisation représentative signataire, le nombre de siège est revu et est diminué. Le nombre de siège de la section sociale est augmenté ou diminué selon la même logique que pour la section professionnelle.

La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 12. 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 70.2. 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.
- d'assurer une analyse synthétique des données enregistrées pour les centres de santé relevant de son ressort géographique.

La CPR ou CPD présente une fois par an l'analyse synthétique annuelle des données d'activité des centres de santé à partir des informations renseignées par les centres de santé sur la plateforme décrite à l'article 24.

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 recueillie, 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 71. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les trois 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 trois 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.

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 l'accord national 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 caisses de la région pour chaque CPR et la caisse concernée pour chaque CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

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 72. Le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placé près de la CPN

Article 72.1. 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 9 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives signataires, et le cas échéant, de 9 suppléants.
- une section sociale composée de 9 représentants titulaires désignés par l'UNCAM, et le cas échéant, de 9 suppléants.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par la CNAM 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 72.2. 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 2 : 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 73. 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 ;
- 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 10 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 pratique, de façon répétée, de la dispense d'avance des frais sans la carte Vitale (physique ou application mobile)
- le défaut d'information de la caisse sur la modification des statuts, de l'organisme gestionnaire ou du représentant légal le défaut d'information de la caisse sur la liste des professionnels de santé salariés du centre et de communication de leurs contrats et des éventuelles modifications
- le fait d'avoir empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie et du service médical pour lesquels ils sont habilités

La procédure décrite ci-après peut être mise en œuvre.

Article 74. Procédure

En cas de constatation, par une caisse, 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 ;
- de l'une des fraudes mentionnées 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 ;
- la pratique, de façon répétée, de la dispense d'avance des frais sans la carte Vitale (physique ou application mobile) ;
- le fait d'avoir empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie et du service médical pour lesquels ils sont habilités ;
- 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 caisse, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, communique un relevé des constatations des faits reprochés dûment 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. 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 caisse 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 caisse 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 caisse pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, dispose d'un délai de deux 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 caisse 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 délais et voie de recours; cette décision doit être motivée.

Article 75. 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 du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte (rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, FPMT, MPA, ...) ;
- Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis ;

En cas de sanction, la décision est également notifiée à l'UNOCAM.

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.

La sanction suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel sans sursis peut faire l'objet d'une publication dans les locaux du centre et de ses antennes ainsi que sur son site internet et sur les plateformes de communication numériques utilisées pour ce centre.

La sanction de suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis, a pour effet de suspendre le bénéfice de l'ensemble des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte prévues par l'accord national pendant toute la durée de la suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel.

Article 76. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels d'un centre de santé, notamment dans les cas de nature à justifier, en présence d'un préjudice financier pour l'assurance maladie, le dépôt d'une plainte pénale en application du quatrième alinéa de l'article L. 114-9, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du centre de santé, alerté le cas échéant par le directeur de tout autre organisme d'assurance maladie concerné, peut décider de suspendre les effets de l'accord national à son égard pour une durée qui ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au centre de santé, par tout moyen donnant date certaine à sa réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le représentant légal du centre de santé dispose d'un délai de huit jours à compter de la date de notification du courrier mentionné au deuxième alinéa pour demander à être entendu, assisté le cas

échéant de la personne de son choix, dans un délai qui ne saurait excéder quinze jours à compter de la même date. Il peut également, dans ce délai de quinze jours, présenter des observations écrites.

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, sous réserve d'avoir recueilli l'avis du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Cette décision prend effet à compter du lendemain de sa notification. Cette décision est également notifiée à l'UNOCAM.

Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au présent accord national, sans le préalable de la mise en demeure.

Article 77. 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 du présent accord national s'appliquent jusqu'à leur terme.

Article 78. 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 ou de son représentant légal, une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

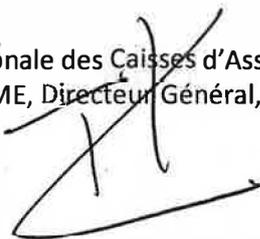
- de suspension d'agrément ;
- de retrait d'agrément ;
- d'interdiction du droit de donner des soins ;
- d'interdiction d'exercer ;
- de radiation ;
- d'emprisonnement ;

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.

Fait à Paris, le 28 Août 2025,

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Thomas FATOME, Directeur Général,



Et

Pour ADEDOM,
M. Patrick MALPHETTES, Président,

Po: Loïc
Verdier



Pour la Mutualité Française, M. Eric
CHENUT, Président,

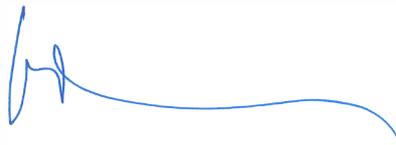
Po: Severine Salgado



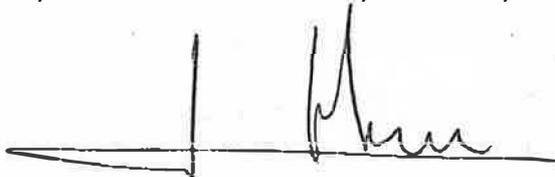
Pour la Fédération des Mutuelles de France,
Mme Carole HAZE, Présidente,



Pour la Fédération des Établissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne,
M. Charles GUEPRATTE, Président,



Pour la Fédération Nationale des Centres de
Santé, Mme Hélène COLOMBANI, Présidente,



Pour l'Union Nationale de l'Aide, des Soins
et des Services aux Domiciles, Mme Marie-
Reine TILLON, Présidente

Po: Elodie Jung



Pour l'Union Nationale ADMR,
Mme Marie-Josée DAGUIN, Présidente,

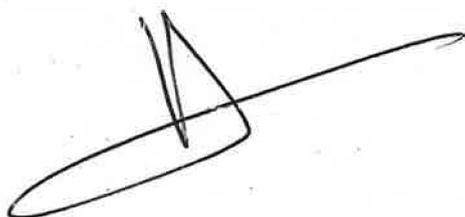
Po: Jérôme
Pecrin



Pour la Caisse Autonome Nationale de la
Sécurité Sociale dans les Mines, M. Gilles
de LACAUSSADE, Directeur Général,



Pour la Confédération des centres de santé
C3SI, M. Jean-Louis LEVEQUE, Président,



Pour l'Union Nationale des Organismes
Complémentaires d'Assurance Maladie, Marc
LECLERE, Président

