

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis du 7 août 2020 relatif à l'avenant n° 3 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les organismes d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015

NOR : SSAS2021422V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 3 à l'accord national des centres de santé, conclu le 4 février 2020 et annexé au présent avis, entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), d'une part, et Adessadomicile Fédération nationale, la Croix-Rouge française, la Fédération des mutuelles de France (FMF), la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération nationale des institutions de santé d'inspiration chrétienne (FNISASIC), l'Union nationale ADMR, l'Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA), la Confédération des centres de santé (C3SI), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), d'autre part.

AVENANT 3**A L'ACCORD NATIONAL DESTINÉ A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE**

Vu l'Accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie, signé le 8 juillet 2015 et publié au journal officiel du 30 septembre 2015 et ses avenants n°1 et n°2,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L.162-32-1, L.162-32-2, L.162-14-1-1,

Il a été convenu ce qui suit entre

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

et,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président

La Croix-Rouge française, représentée par Jean-Jacques ELEDJAM, président

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

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Thierry BEAUDET, président

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

La Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, représentée par Alain RONDEPIERRE, président

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

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Guillaume QUERCY, président

La Confédération des centres de santé, représentée par Françoise LE COQ, présidente

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 ».

Préambule

Les parties signataires s'accordent sur le fait que l'exercice coordonné des professionnels de santé et la pluriprofessionnalité constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients, du renforcement de la prévention et de l'efficacité des soins.

Les centres de santé s'inscrivent pleinement dans ce mode d'organisation des soins au sein de leurs structures et au-delà. Ils peuvent aussi coopérer et entrer dans la dynamique territoriale avec d'autres formes d'organisations coordonnées que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles avec lesquelles ils sont amenés à nouer des collaborations et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) au sein desquelles, y compris en gouvernance, ils ont vocation à participer à la coordination à l'échelle des territoires porteuse d'une réponse collective aux besoins de santé de la population.

C'est pourquoi, les parties signataires souhaitent valoriser l'engagement des centres de santé dans ces démarches en faveur des exercices coordonnés de la continuité des soins et conviennent, en conséquence, de faire évoluer la rémunération forfaitaire spécifique.

Les partenaires conventionnels souhaitent également déployer au sein des centres de santé une nouvelle fonction assurée par des assistants médicaux qui doivent permettre au sein des structures de libérer du temps médical afin notamment de pouvoir suivre un plus grand nombre de patients, mieux les prendre en charge, coordonner leurs parcours et s'engager plus fortement dans des démarches de prévention. Cela pourra conforter de surcroît, le passage à la polyvalence des centres de santé monoactivité infirmier ou dentaire. Dans ce cadre, elles s'accordent sur la nécessité d'accompagner la mise en œuvre de cette mesure, en permettant aux centres de santé de percevoir une aide à l'embauche d'assistants médicaux.

Les parties signataires reconnaissent, par ailleurs, la nécessité de favoriser le développement de nouveaux modes d'organisation des soins via notamment le recours aux actes de télémedecine (téléconsultations et téléexpertises) en faveur d'un meilleur accès aux soins des patients. Ils conviennent de poursuivre la mise en place de mesures d'accompagnement des centres de santé dans l'essor des pratiques de télémedecine.

En outre, les parties signataires souhaitent poursuivre leurs actions en faveur d'une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire en faisant évoluer les contrats démographiques applicables aux centres de santé médicaux et polyvalents et en instaurant de nouveaux contrats d'aide à l'installation et au maintien pour les centres de santé dentaires et infirmiers.

Les parties signataires s'accordent sur la contribution active des centres de santé dans la maîtrise des tarifs dentaires, sur les soins les travaux prothétiques, l'orthodontie dento faciale, l'implantologie ; le contrat d'accès aux soins dentaires a matérialisé ces engagements des gestionnaires sur les tarifs dentaires. Avec le plafonnement des tarifs introduit dans la convention des dentistes libéraux et l'instauration d'un reste à charge nul pour les détenteurs d'un contrat de complémentaire santé « responsable », les parties signataires conviennent de mesurer les effets de la mise en œuvre de ce dispositif (lorsqu'il sera pleinement déployé) pour apprécier l'apport significatif des centres de santé à l'accessibilité aux soins dentaires.

Enfin, les centres de santé, en complément de la prise en charge des soins, ont développé une approche sociale de leurs missions notamment pour répondre aux besoins spécifiques des patients les plus vulnérables. Pour lutter contre les inégalités de santé, les parties signataires conviennent de renforcer le soutien déjà apporté par l'accord national aux centres de santé particulièrement engagés dans ces démarches.

Article 1

Rémunération forfaitaire spécifique

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 8.3.5. intitulé « Participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale » et rédigé comme suit.

« Article 8.3.5. Participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale »

L'implication des centres de santé polyvalent et médicaux dans le cadre d'une organisation territoriale régulée est valorisée pour répondre aux besoins de soins non programmés hors dispositifs de PDSA (demande de prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures émanant de patients du territoire en situation d'urgence non vitale). Cette organisation s'inscrit dans le cadre des missions mises en place par les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé. Cette réponse implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale.

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2020 ».

Est créé un nouvel article 8.7. à l'accord national intitulé « Engagements spécifiques des centres de santé infirmiers dans la coordination avec les Maisons de Santé Pluri-professionnelle » et rédigé comme suit.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les dispositions de l'article 9.2.3 intitulé « Valoriser le recours à la télémédecine » sont supprimées et modifiées par les dispositions suivantes.

« Article 9.2.3. Valoriser le recours à la télémédecine

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

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

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

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

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

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

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

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

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 9.2.4 intitulé « Capacité à coder les données » rédigé comme suit.

« Article 9.2.4. Capacité à coder les données

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

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

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 9.2.5. intitulé « Médiateur en santé » rédigé comme suit.

« Article 9.2.5. Médiateur en santé »

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

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

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

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 9.2.6. intitulé « Soutenir l'investissement dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé » rédigé comme suit.

« Article 9.2.6. Soutenir l'investissement dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé »

Afin de favoriser la prise en charge coordonnée des patients, l'infirmier d'un centre de santé médical ou polyvalent peut procéder à l'ouverture du DMP en présence de l'assuré concerné. Il s'engage à délivrer les informations nécessaires à la bonne appréhension par l'assuré de l'objectif du DMP, de son fonctionnement et de la portée de son consentement qui vaut autorisation d'accéder aux données enregistrées sur le DMP.

Le recueil du consentement explicite de l'assuré est exigé. Il est formalisé par la déclaration dématérialisée d'obtention du consentement à laquelle procède l'infirmier du centre lors de l'ouverture du DMP.

Le décompte des DMP ouverts par l'infirmier intervient sur la base des données dont dispose l'assurance maladie.

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2020 ».

Il est ajouté à l'accord national des centres de santé un article 9.3 intitulé « Engagements optionnels spécifiques des centres de santé infirmiers » rédigé comme suit.

« Article 9.3 Engagements optionnels spécifiques des centres de santé infirmiers »

Article 9.3.1. Valoriser le recours à la télémédecine

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

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

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

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

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

Article 9.3.2. Soutenir l'investissement des centres de santé infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé

Afin de favoriser la prise en charge coordonnée des patients, l'infirmier d'un centre de santé peut procéder à l'ouverture du DMP en présence de l'assuré concerné. Il s'engage à délivrer les informations nécessaires à la bonne appréhension par l'assuré de l'objectif du DMP, de son fonctionnement et de la portée de son consentement qui vaut autorisation d'accéder aux données enregistrées sur le DMP.

Le recueil du consentement explicite de l'assuré est exigé. Il est formalisé par la déclaration dématérialisée d'obtention du consentement à laquelle procède l'infirmier du centre lors de l'ouverture du DMP.

Le décompte des DMP ouverts par l'infirmier intervient sur la base des données dont dispose l'assurance maladie.

Cet indicateur est mis en place à compter de l'année 2020 ».

Les dispositions de l'article 13.1 de l'accord national intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

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

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

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

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

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

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

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

Les dispositions de l'article 15.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux et polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A titre d'exemple, l'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 8 250 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients telle que visée à l'article 13.1 (hors forte activité) :

- 5 350 points pour le niveau socle, dont 2 800 points pour la partie fixe et 2 550 points pour la partie variable comprenant 2 350 points en fonction de la patientèle et 200 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;
- 2 900 points pour le niveau optionnel, dont 1 850 points pour la partie fixe et 1 050 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle/ETP).

A titre d'exemple, pour une patientèle de 12 000 patients, 20 professionnels de santé salariés du centre, 2 stagiaires médecins et 1 ETP médecin (impliqué dans les soins non programmés) le dispositif est fondé sur un total maximal de 17 350 points (hors forte activité) :

- 12 650 points pour le niveau socle, dont 2 800 points pour la partie fixe et 9 850 points pour la partie variable comprenant 6 050 points en fonction de la patientèle et 3 800 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;
- 4 700 points pour le niveau optionnel, dont 1 850 points pour la partie fixe et 2 850 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle). ».

Les dispositions de l'article 15.2 intitulé « Pour les centres de santé infirmier » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 2 700 points, pour une patientèle de référence de 450 patients telle que visée à l'article 13.3 :

- 1 600 points pour le niveau socle, dont 1 200 pour la partie fixe et 400 pour la partie variable comprenant 300 points variable en fonction de la patientèle et 100 points variable en fonction du nombre d'infirmiers salariés du centre ;
- 1100 points pour le niveau optionnel, dont 700 pour la partie fixe et 400 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

A titre d'exemple, pour une patientèle de 900 patients et 12 infirmiers salariés du centre, le dispositif est fondé sur un total maximal de 4 250 points :

- 2 900 points pour le niveau socle, dont 1 200 pour la partie fixe et 1 700 pour la partie variable comprenant 600 points variable en fonction de la patientèle et 1 100 points variable en fonction du nombre d'infirmiers salariés du centre ;
- 1 350 points pour le niveau optionnel, dont 550 pour la partie fixe et 800 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).».

Les dispositions de l'article 15.3 intitulé « Pour les centres de santé dentaires » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 2 200 points, pour une patientèle de référence de 2 600 patients telle que visée à l'article 13.2 :

- 1 250 points pour le niveau socle, dont 1 050 pour la partie fixe et 200 points variable en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes salariés du centre;
- 950 points pour le niveau optionnel, dont 750 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

A titre d'exemple, pour une patientèle de 3 200 patients et 8 chirurgiens-dentistes salariés du centre, le dispositif est fondé sur un total maximal de 3 546 points :

- 2 550 points pour le niveau socle, dont 1 050 pour la partie fixe et 1 500 points variable en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes salariés du centre;
- 996 points pour le niveau optionnel, dont 750 pour la partie fixe et 246 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).»

Le paragraphe intitulé « Système d'information » de l'article 15.5 intitulé « Minoration liée à la progressivité de l'atteinte de certains critères » est supprimé.

La dernière phrase de l'article 15.6.4 intitulé « pour les trois types de centres de santé » est supprimée et remplacée par la phrase suivante.

« La majoration appliquée est au maximum de 25% pour les centres de santé infirmiers et dentaires. ».

Les dispositions de l'article 16.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 925 points en part fixe jusqu'en 2019 puis sur un total de 1 290 points à compter de 2020.

Jusqu'en 2019, sont ajoutés à cette part fixe 511 points en part variable répartis comme suit :

- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux

25 points par ETP médicaux au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipement connecté acquis.

A compter de 2020, sont ajoutés à cette part fixe 821 points en part variable répartis comme suit :

- 250 points par ETP médiateur en santé,
- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 11 ETP PS
- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux
- 25 points par ETP médicaux et infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis.
- 10 points pour 70 DMP ouvert. »

Les dispositions de l'article 16.2 intitulé « Pour les centres de santé infirmiers » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 800 points en part fixe jusqu'en 2019, puis sur un total de 850 points à compter de 2020

Jusqu'en 2019, sont ajoutés à cette part fixe 323 points en part variable répartis comme suit :

- 240 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux,
- 83 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux.

A compter de 2020, sont ajoutés à cette part fixe 408 points en part variable répartis comme suit :

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 6 ETP infirmiers salariés
- 240 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux,
- 83 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux

- 25 points par ETP infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis
- 10 points pour 70 DMP ouvert.

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

Les dispositions de l'article 16.3 intitulé « Pour les centres de santé dentaires » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 800 points en part fixe.

Jusqu'en 2019, sont ajoutés à cette part fixe 120 points en part variable, au titre de la télétransmission, calculée sur une moyenne de 3 ETP chirurgiens-dentistes.

A compter de 2020, sont ajoutés à cette part fixe 170 points en part variable répartis comme suit :

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

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

Article 2 **Préserver l'offre de soins**

Les dispositions du 5^{ème} paragraphe et suivants de l'article 19 intitulé « Préserver l'offre de soins » de l'accord national sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes.

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

- 3 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé médicaux ou polyvalents :
 - Contrat d'aide à l'installation afin d'apporter une aide financière significative aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant dans les zones sous-denses, lesquels doivent faire face aux frais d'investissement générés par l'ouverture d'un nouveau centre de santé,
 - Contrat de stabilisation et de coordination afin d'encourager les centres de santé médicaux ou polyvalents qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné,
 - Contrat de solidarité territoriale afin de favoriser l'intervention ponctuelle de médecins salariés de centres de santé venus apporter leur aide à des centres de santé installés dans ces territoires sous denses.

- 2 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires :
 - Contrat d'aide à l'installation afin d'accompagner la création du centre de santé dans cette période de fort investissement,
 - Contrat d'aide au maintien afin de favoriser le maintien dans la zone du centre de santé, limiter les contraintes financières et permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à l'amélioration de la qualité des soins dentaires.

- 2 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé infirmiers :
 - Contrat d'aide à l'installation afin de favoriser la création du centre de santé par la mise en place d'une aide forfaitaire majorée visant à l'accompagner dans cette période de fort investissement,
 - Contrat d'aide au maintien afin de favoriser le maintien dans la zone du centre de santé.

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

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

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

publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

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

Le 3^{ème} paragraphe de l'article 19.1.2 de l'accord national est supprimé.

Les dispositions de l'article 19.1.4. de l'accord national sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

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

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

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

Au-delà de 3 ETP médecins une valorisation de 5 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire. L'ETP supplémentaire est ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable (exemple : sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...) dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

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

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

de l'aide forfaitaire prévue dans le présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 19.1.2.

Le 3^{ème} paragraphe de l'article 19.2.2 de l'accord national est supprimé.

Les dispositions de l'article 19.2.4. de l'accord national sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

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

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

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

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

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

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

Est créé un article 19.5 rédigé comme suit.

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

Article 19.5.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

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

Article 19.5.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

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

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

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

Article 19.5.3. Engagements du centre de santé dentaire

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

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

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

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

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

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article. Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région au sens du 19.5.1 et 19.5.2 du présent article.

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

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

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

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

Article 19.5.6. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Est créée un nouvel article 19.6. rédigé comme suit.

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

Article 19.6.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 19.6.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien

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

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

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

Article 19.6.3. Engagements du centre de santé signataire

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

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

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

Article 19.6.4. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé dans le contrat d'aide au maintien

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

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

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

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

Article 19.6.5. Articulation du contrat-type national en faveur du maintien en zone très sous-dotée et des contrats-type régionaux

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

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

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

Article 19.6.6. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Est créée un nouvel article 19.7. rédigé comme suit.

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

Article 19.7.1. Objet du contrat

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

Article 19.7.2. Bénéficiaires du contrat

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

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

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

Article 19.7.3. Engagements du centre de santé

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

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

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

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

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 19.7.6. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Est créé un nouvel article 19.8. rédigé comme suit.

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

Article 19.8.1. Objet du contrat

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

Article 19.8.2. Bénéficiaires du contrat

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

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

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

Article 19.8.3. Engagements du centre de santé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 19.8.6. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

Est créée un nouvel article 19.9. rédigé comme suit.

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

Les contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires et infirmiers s'appliquent jusqu'à leur terme selon les dispositions figurant en annexe 11 et 14 de l'accord national.

A compter de l'entrée en vigueur des contrats-type régionaux définis aux articles 19.5 et 19.6, il est mis à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires comme définis en annexe 14 de l'accord national.

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

Article 3 **Assistants médicaux en centre de santé**

Est créé un nouvel article 19.10 à l'accord national intitulé « Accompagner le déploiement des assistants médicaux » rédigé comme suit.

« Article 19.10. Accompagner le déploiement des assistants médicaux »

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

Article 19.10.1. Missions de l'assistant médical

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

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

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

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

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

A titre d'exemple, si les missions d'un assistant médical peuvent inclure une dimension administrative, elles ne sauraient se limiter à une fonction correspondant à des fonctions de secrétariat médical. De même, s'il est possible qu'un infirmier se voit confier la fonction d'assistant médical et, à ce titre, puisse réaliser un acte relevant de son champ de compétences, cela ne peut s'envisager que ponctuellement et dans le

cadre d'une consultation médicale, sans qu'il s'agisse de développer ainsi une activité courante de soin infirmier qui relèverait d'un exercice professionnel propre.

Article 19.10.2. Profils et formation de l'assistant médical

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

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

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

Article 19.10.3.1. Centres de santé éligibles

Sont éligibles au dispositif :

- les centres de santé polyvalents et médicaux salariant des médecins (généralistes ou autres spécialités)
- les centres de santé infirmiers et/ou dentaires qui se médicalisent du fait de l'intégration de médecins salariés, et demandent la modification de leur désignation en centre de santé polyvalent.

Article 19.10.3.2. Autres critères d'éligibilité

Le principe est de réserver le bénéfice de l'aide à l'embauche 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 30ème percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2019.

L'éligibilité est mesurée en fonction :

- de la distribution de la patientèle médecin traitant adulte pour les centres de santé ayant uniquement des ETP médecins généralistes ;
- de la distribution de la file active pour les centres de santé ayant uniquement des ETP médecins d'autres spécialités médicales ;
- de la distribution de la file active pour les centres de santé ayant à la fois des ETP médecins généralistes et des ETP médecins d'autres spécialités médicales.

Par exemple :

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

Article 19.10.3.3. Dérogation aux critères d'éligibilité

Les centres de santé nouvellement créés à partir du 1^{er} janvier 2020, sont éligibles au dispositif, sans nécessité d'atteindre de seuil minimal de patientèle tel que défini à l'article 19.10.3.2.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 19.10.5.2. Le niveau de financement par l'assurance maladie pour l'aide au recrutement d'assistants médicaux et les contreparties attendues**Article 19.10.5.2.1. Principes : un financement pérenne en fonction du nombre d'assistants médicaux retenus et en contrepartie d'engagements sur l'augmentation de patientèle***Modalités de financement*

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

Engagements du centre de santé en contrepartie du financement

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

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

- une augmentation de la patientèle adulte médecin traitant pour les centres salariant des médecins généralistes: cet indicateur mesure le nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi un des médecins généraliste du centre de santé comme médecin traitant,
- une augmentation de la file active : la notion de file active correspond au nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l'année par les médecins salariés généralistes et autres spécialistes du centre de santé.

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

Article 19.10.5.2.2. Financement du dispositif

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

- la 1^{ère} année de l'embauche d'1 ETP assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros,
- la 2^{ème} année de l'embauche d'1 ETP assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- à partir de la 3^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide maximale est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum.

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

- 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin ;
- 1 ETP d'assistants médical pour 2 ETP de médecins ;
- 1,5 ETP d'assistant médical pour 3 ETP de médecins ;
- 2 ETP d'assistants médicaux pour 4 ETP de médecins.

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

Article 19.10.5.2.3. Vérification du respect des engagements

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

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

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

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75 % de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée est égale à 75 %,
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50 % de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

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

A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

La caisse organise un point d'échange semestriel avec les centres de santé signataires du contrat pour examiner conjointement les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte de l'objectif fixé. Il peut ainsi être tenu compte d'éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte de l'objectif fixé : notamment, le manque de patients en recherche de médecin traitant dans la zone d'implantation du centre de santé, ou un changement notable dans l'offre de soins lié à une augmentation du nombre de médecins exerçant dans la même spécialité à la suite de nouvelles installations.

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

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

Article 19.10.5.2.4. Modalités de versement de l'aide

Un dispositif de versement d'acompte est mis en place chaque année.

Pour la 1^{ère} année, le 1^{er} acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 1^{ère} année du contrat est versé 15 jours après la réception des pièces justifiant le recrutement de l'assistant médical. Le solde de cette 1^{ère} année est versé à la 1^{ère} date anniversaire du contrat.

Pour la 2^{ème} année, à la 1^{ère} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 2^{ème} année du contrat est versé. Le solde de cette 2^{ème} année est versé à la 2^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 3^{ème} année, dans les deux mois suivant la 2^{ème} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte de l'objectif observé à la fin de la 2^{ème} année du contrat, conformément à l'article 19.10.5.2.3.

- si le niveau de patientèle du centre de santé atteint est égal ou supérieur à 50% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50% de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 50 % de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles). Le solde de cette 3^{ème} année est versé deux mois après la 3^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 4^{ème} année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente.

Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte de l'objectif observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 19.10.5.2.3.

- si le niveau de patientèle du centre de santé atteint est égal ou supérieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50% de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70% de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Pour les années suivantes l'acompte de 70% est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

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

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant la prise de fonction comme assistant médical.

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

Article 19.10.5.2.6. Cas particulier

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, dans les 50% des centres de santé – dont la part de patientèle médecin traitant adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité).

A l'issue de la 3ème année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le centre se situe au-dessus du 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le centre se situe entre le 30ème et le 50ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous du 30ème percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active du centre, aucune aide n'est versée.

A la fin de la 3ème année, le centre n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, le contrat doit faire l'objet d'un avenant sur la base de sa patientèle réelle.

En cas de résiliation anticipée, les sommes versées au titre de l'année ou des années précédentes ne font pas l'objet de récupération par l'assurance maladie. Dans ce cas, le centre ne bénéficie pas des montants alloués pour les années suivantes.

Article 19.10.6. Evaluation du dispositif

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

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

Article 4 **Contrat d'accès aux soins dentaires**

Les dispositions de l'article 21 intitulé « Favoriser l'accès aux soins dentaires » et 21.1 « Option conventionnelle de maîtrise des dépassements des tarifs des actes de prothèses et d'orthopédie dento-faciale » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Article 21. Favoriser l'accès aux soins dentaires

Les parties signataires affirment leur souhait de poursuivre les efforts engagés par les centres de santé au travers du contrat d'accès aux soins dentaires visant à favoriser une prise en charge de qualité des soins dentaires à des tarifs modérés pour les actes prothétiques ainsi qu'à favoriser une pratique des soins conservateurs dentaires.

Afin de tenir compte des évolutions réglementaires récentes avec la mise en œuvre de la réforme du « 100% santé » instaurant des honoraires limites de facturation pour les actes prothétiques, dont l'entrée en vigueur est au 1er janvier 2020, les parties signataires conviennent d'observer l'appropriation de la réforme par les centres de santé afin d'examiner les conditions d'évolution du contrat d'accès aux soins dentaires. Dans ce cadre un bilan sera réalisé au cours du premier semestre de l'année 2022 et présenté en CPN. Au regard de ce bilan, les partenaires conventionnels examineront l'intérêt de conclure un avenant conventionnel pour définir un nouveau contrat d'accès aux soins dentaires.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels conviennent d'assurer un suivi particulier des centres de santé ayant adhéré au contrat d'accès aux soins dentaires et en respectant les engagements contractuels afin d'objectiver pour ces centres les impacts de la mise en œuvre des mesures de la réforme du 100% santé entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2020. ».

Article 5 **Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)**

Le dernier paragraphe de l'article 24.3 de l'accord national intitulé « Dispositions spécifiques pour les centres de santé nouvellement créés » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Pour le calcul de la rémunération des centres de santé « nouveaux installés » (au titre de tous leurs patients, quel que soit leur âge), une méthode spécifique est appliquée, avec des taux de départ correspondant à la moyenne nationale de chaque indicateur, l'année précédente. Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle, la méthode spécifique permet de retenir la patientèle consommante de l'année en cours pour les patients de seize ans et plus, pour le calcul des indicateurs. La méthode la plus avantageuse (classique ou spécifique) est ensuite retenue pour le calcul de la rémunération.

Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les centres de santé « nouveaux installés » figurent en annexe 25 de l'accord national. ».

A l'article 24.4 de l'accord national sont supprimés les tableaux intitulés « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2017 » et « indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2017 ».

Les indicateurs de pratique clinique de la ROSP des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize et plus à compter de l'année sont modifiés notamment pour les indicateurs de suivi de l'équilibre glycémique du patient diabétique et de dépistage du cancer colorectal à compter de l'année 2020. Est ainsi ajouté un nouveau tableau à l'article 24.4 à la suite de celui intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour à compter de l'année 2019 » rédigé comme suit.

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2020

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points	
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35	
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	$\leq 30\%$	5 patients	35	
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	$\leq 9\%$	5 patients	35	
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35	
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	$\leq 32\%$	5 patients	35	
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20	
	Total						390

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
	Total					333

Article 6 **Améliorer la qualité de la prise en charge**

L'article 25 de l'accord national intitulé « Améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés » devient l'article 25.1.

L'article 25 est renommé « Améliorer la qualité de la prise en charge des patients ».

Est créée un article 25.2 intitulé « Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers » et rédigé comme suit.

« Article 25.2. Améliorer la qualité de la prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants de moins de 7 ans (jusqu'au 7ème anniversaire de l'enfant), est créé une majoration conventionnelle (MIE) dont le montant est fixé à 3,15 euros par séance à partir du 1^{er} janvier 2020.

L'objectif de cette majoration est de mieux prendre en compte la charge de travail de l'infirmier salarié en centre de santé dans la prise en charge de ces jeunes enfants (transmission d'informations à l'entourage, temps passé auprès de l'enfant...).

Cette majoration sera cumulable avec l'ensemble des autres majorations prévues à la nomenclature générale des actes professionnels (applicable au regard de l'acte effectué). » .

Article 7 **Devis dentaire**

Les dispositions de l'article 28.4 intitulé « devis dentaire » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, le chirurgien-dentiste du centre de santé doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L.1111-3 modifié du code de la santé publique et comportant notamment :

- La description précise et détaillée du traitement envisagé et les matériaux utilisés ;
- Le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré, que l'acte soit remboursable ou non remboursable ;
- Le montant de la base de remboursement.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Lorsqu'il s'agit de dispositifs médicaux sur mesure, une fiche de traçabilité devra être jointe à la facture ou à la note d'honoraires remise au patient, sous réserve des dispositions réglementaires applicables.

La note d'honoraires remise au patient doit reprendre l'ensemble des éléments présentés dans le devis et effectivement réalisés.

Dans l'hypothèse où le chirurgien-dentiste du centre de santé proposerait au patient un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), le praticien s'engage à proposer une alternative

sans reste à charge ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis est établi en annexe 26 du présent texte accompagné d'une fiche explicative.».

Article 8 **Forfait handicap sévère orthoptiste**

Est créée un nouvel article 28.7 rédigé comme suit.

« Article 28.7. Forfait pour l'évaluation de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère

Afin d'améliorer la prise en charge des patients présentant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle nécessitant une rééducation, 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.

L'objectif est de définir une stratégie de prise en charge personnalisée pour améliorer la compensation du handicap sévère dans le milieu de vie et adapter le contenu des séances de rééducation orthoptique réalisées dans le centre de santé.

Cette évaluation est réalisée après un bilan pour déficience visuelle et au cours de la rééducation. Ce forfait (FOT) d'un montant de 33 euros comprend l'indemnité de déplacement. Il doit être coté en association d'un acte de rééducation réalisé au domicile ou lieu de vie. Il est facturable dans ce cadre une fois par an 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 9 **Téléexpertise**

Est créé un nouvel article 28.8 rédigé comme suit.

« Article 28.8. La téléexpertise

Les centres de santé s'inscrivent dans le contexte actuel en faveur du développement des regroupements professionnels, d'échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation), et ce afin d'améliorer l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Le recours aux actes de télémédecine devrait faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

Dans ce cadre, le déploiement de la télémédecine et les modalités de facturation tel que défini dans la convention médicale s'appliquent aux centres de santé dans les mêmes conditions.

Aussi, est entendue comme téléexpertise, l'expertise sollicitée par un médecin dit "médecin requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en raison de sa formation ou de sa compétence particulière,

sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier. Dans le cas des centres de santé, est entendu par « centre de santé requérant » le médecin salarié du centre de santé sollicitant l'expertise. Au sein d'un même centre de santé, pour un même patient, il ne peut y avoir un médecin requérant et requis, le numéro FINESS géographique devant être différent.

Rémunération du centre de santé requérant

Le travail de coordination du centre de santé requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un médecin, est valorisé dans les conditions suivantes.

La rémunération est la suivante :

- valorisation par un forfait de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et 10 € par téléexpertise de niveau 2,
- avec un maximum de 2 250 € par an pour l'ensemble des téléexpertises requises quel que soit leur niveau.

Le calcul du montant de cette rémunération est réalisé à partir des facturations des actes du médecin ou de la structure requis (le numéro FINESS du centre de santé requérant devant être renseigné dans la facturation de l'acte du médecin ou de la structure requis sachant que lorsqu'il s'agit d'un centre de santé le numéro finess du requérant et du requis sont par nature distinct).

Le versement de ce forfait s'effectue selon une fréquence annuelle. ».

Article 10 Autres mesures

Le dernier paragraphe de l'article 32 intitulé « L'utilisation de la carte de professionnel de santé » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« L'assurance maladie s'engage à financer pour chaque centre de santé :

- 1 carte de directeur d'établissement (par an),
- les cartes de personnel d'établissement,
- les cartes « CPS » des professionnels de santé réalisant des FSE. ».

Les dispositions de l'article 34.3 de l'accord national intitulé « Délai de paiement » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« 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. ».

Est ajouté un nouvel article 34.4 intitulé « Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais » rédigé comme suit.

« Article 34.4. Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie obligatoire s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations

relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.

Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.».

Est ajouté un dernier paragraphe à l'article 55.1 de l'accord national rédigé comme suit.

« Siègent également à titre consultatif au sein de la commission paritaire régionale/départementale, un représentant de l'agence régionale de santé. ».

Est ajouté un dernier paragraphe à l'article 55.2 de l'accord national rédigé comme suit.

« Dans le cadre des organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de centre de santé, celles-ci sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire départementale (CPD) ou régionale (CPR) des centres de santé (avis consultatif recueilli également auprès des commissions paritaires régionales (CPR) des médecins libéraux ou des commissions paritaires locales (CPL) des médecins libéraux selon le territoire d'intervention de l'organisation) selon le territoire d'intervention de l'organisation.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet. ».

L'annexe 1 de l'accord national est modifié comme suit.

Annexe 1 : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun principal

	Points		Points		Points	
	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT					CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle	CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle
<p>Accessibilité du centre (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (<i>socte et prérequis</i>)</p> <p>Mission de santé publique (2 missions au maximum) (<i>optionnel</i>)</p> <p>Si forte activité infirmière : 1 mission infirmière supplémentaire (<i>optionnel</i>)</p> <p>Si forte activité dentaire : 1 mission dentaire supplémentaire (<i>optionnel</i>)</p> <p>Diversification de l'offre de soins (4 critères <i>optionnels</i>) :</p> <p>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 2 jours/mois)</p> <p>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)</p> <p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes)</p> <p>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)</p>	800		200		400	400
		700				
		200				
		200				
						200

<p>Accueil d'au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale y compris pour les centres de santé infirmiers ou dentaires ayant changé de spécialité au sens de FINESS du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié (optionnel)</p>	200	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		
Points		
Fixe	Variable	
<p>Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) (socle)</p> <p>Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (optionnel)</p>	1000	
<p>Formation des jeunes PS (2stages/an)(optionnel): Stagiaire médecins (dans la limite des 2 stages/an. 1 stage étant valorisé 50 points)</p> <p>Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière supplémentaire (optionnel)</p> <p>Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire (optionnel)</p>	450 100 225 225	
<p>Concertation professionnelle : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) (socle)</p> <p>Concertation professionnelle si convention entre MSP et CDS (optionnel)</p>	200	
<p>Formation des jeunes PS (1 stage/an) (optionnel)</p>	250	
<p>Coordination externe (1 critère) : procédure définissant les modalités de transmission des données de santé extérieures à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux (optionnel)</p>	200	
<p>Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilans) (optionnel)</p>	200	
Points		
Fixe	Variable	
<p>CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i></p> <p>Travail en équipe/coordination</p>	400	
<p>Concertation professionnelle : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (socle)</p>	200	
<p>Formation des jeunes PS (1 stage/an) (optionnel)</p>	250	
<p>Coordination externe formalisée par une contractualisation (2 contrats au maximum) avec un EHPAD ou un établissement de santé ou médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilan) (optionnel)</p>	300	
<p>Coordination externe (4 critères) : - procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieures à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux, - conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations, - repertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, - retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale (socle)</p>	500	

<p>Protocoles pluri-professionnels (1 critère) : élaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés (<i>socle</i>)</p>	800	<p>Protocoles pluri-professionnels (8 protocoles au maximum) : Participation à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels dans le cadre d'une convention avec une MSP (<i>optionnel</i>)</p>	200				
<p>Fonction de coordination (<i>socle et prérequis</i>) Assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement</p>	700	<p>Fonction de coordination (<i>socle et prérequis</i>) Fonction de coordination interne organisée jusqu'à 8 000 patients</p>	200				200
<p>Participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (plateformé à 5 ETP médecins) (<i>optionnel</i>)</p>							150

		Points		Points		Points	
		Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT				CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle	
Echange/Système d'information							
Système d'information (1 critère) : conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau standard intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé (socle et prérequis)	200 points par professionnel de santé salarié du centre jusqu'à 16 PS et 150 points par professionnel de santé salarié du centre au-delà de 16 PS	500		Système d'information (1 critère) : permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé structuré partagé entre professionnels du centre, l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) (socle et prérequis)	400	100 points par infirmiers salariés du centre de santé jusqu'à 10 et 50 points par infirmiers salariés du centre de santé au-delà de 10	250
	Si forte activité dentaire : système d'information permettant la tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre de santé polyvalent (optionnel)	450		Système d'information (1 critère) : permettant la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) (socle et prérequis)		200 points par dentistes salariés du centre de santé jusqu'à 6 et 150 points par dentistes salariés du centre de santé au-delà de 6	
Système d'information pluriprofessionnel conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau avancé (optionnel)	100		Acquisition d'un logiciel pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé (optionnel)	150			
Précarité : Prise en charge du public précaire (CMU-C+ AME) Majoration égale à la différence entre le taux national de patients CMU-C et AME et le taux de la structure en pourcentage Majoration au maximum de 25% (pour les CSI et CDS dentaires)							
TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>(hors critères et objectifs sont remplis)</i>		4650	3600	1900	800	1800	400

Annexe 1 bis : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun complémentaire

	Points		Points		Points	
	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT						
Travail en équipe/coordination						
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure) 2ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ 3ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): 100% des critères intégrés au PAQ atteints 4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	100		100		100	
	150	25	150	25	150	25
	150	25	150	25	150	25
	150		150		150	
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure) 2ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ 3ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints 4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	100		100		100	
	150	25	150	25	150	25
	150	25	150	25	150	25
	150		150		150	
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure) 2ème niveau (pour 4 ETPCD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ 3ème niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints 4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	100		100		100	
	150	25	150	25	150	25
	150	25	150	25	150	25
	150		150		150	
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure) 2ème niveau (pour 4 ETPCD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ 3ème niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints 4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	100		100		100	
	150	25	150	25	150	25
	150	25	150	25	150	25
	150		150		150	

Points		Points		Points	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle	
Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques		Accès aux soins Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques		Accompagnement des publics vulnérables coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques.	
400		200		200	
100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active générale du centre de santé		100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé		100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé	
200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active médecine générale du centre de santé		200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé		200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé	
300 points si le public vulnérable représente entre 5% (inclus) et 20% (exclus) de la file active médecine générale du centre de santé					
400 points si le public vulnérable représente au moins 20% de la file active médecine générale du centre de santé					
Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>	50	Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>	50	Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i>	50
Médiateur en santé : présence d'ETP médiateur au sein du centre de santé <i>(optionnel)</i>	250				
Echange/Système d'information					
Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i>		Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i>		Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i>	
	440		240		120
Télétransmission (aide pérenne)		Télétransmission (aide pérenne)		Télétransmission (aide pérenne)	
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)	46	SCOR	83		
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices <i>(optionnel)</i>	90				
Équipement pour vidéo-transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation <i>(optionnel)</i>	50	Équipement pour vidéo-transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation <i>(optionnel)</i>	50		

<i>Si le centre de santé salariée des infirmières participant à la téléconsultation : valorisation de l'équipement pour vidéotransmission</i>	50					
Equipements médicaux connectés , utiles à la réalisation d'actes de télémedecine (par ETP médicaux et infirmiers) (<i>optionnel</i>)	25				25	
Capacité à coder les données (<i>optionnel</i>)	100					
Ouverture de DMP quand présence d'infirmiers (pour 70 DMP ouverts)		10			10	
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE si tous les critères et objectifs sont remplis	1290	821			850	408
						800
						170

La dernière phrase de l'article 1.2 de l'annexe 10 bis est supprimée.

Les dispositions de l'article 2.2. de l'annexe 10 bis sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« En contrepartie des engagements du centre de santé défini à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé tel que défini à l'article 19.1.2. du présent accord, une aide à l'installation.

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

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 5 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2^{ème} trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire. L'ETP supplémentaire est ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable (exemple : sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...) dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire pour les centres de santé adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones

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

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue au présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 1.2. ».

La 2^{ème} phrase du 2^{ème} paragraphe de l'article 1.2 de l'annexe 10 ter est supprimée.

Les dispositions de l'article 2.2. de l'annexe 10 ter sont supprimées et modifiées par les dispositions suivantes :

« En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1. du présent contrat, le centre de santé adhérent au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de :

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

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder aux centres de santé adhérent au présent contrat installés dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* une majoration de la rémunération forfaitaire fixée dans le présent article.

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

Pour les centres de santé faisant l'objet d'une majoration de la rémunération telle que définie ci-dessus, le niveau de la rémunération tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat. ».

L'annexe 11 est modifiée comme suit.

Sont ajoutés à la fin du titre de l'annexe 11 les termes suivants : « - Dispositions transitoires ».

Est ajouté au début de l'annexe 11 l'alinéa suivant ;

« Conformément aux dispositions de l'article 19.7 et 19.8 du présent texte, les contrats incitatifs centres de santé infirmiers définis à la présente annexe, en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 3 à l'accord national s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis aux articles 19.7 et 19.8.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs centres de santé infirmiers définis à la présente annexe. Il est proposé aux centres de santé

infirmiers de souscrire à l'un des nouveaux contrats incitatifs définis aux annexes 13 bis et 13 ter du présent texte.

Les contrats incitatifs centres de santé infirmiers en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance ».

Une nouvelle annexe 13 bis est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 13 bis : contrat-type national d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type-régional en faveur de l'aide à la première installation des centres de santé infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type-national prévu à l'article 19.7 et à l'annexe 13 bis de l'accord national des centres de santé;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des centres de santé infirmiers s'implantant pour la première fois en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette

période de fort investissement généré par l'ouverture d'un centre de santé dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc....).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

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

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat d'aide à l'installation n'est pas cumulable avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 19.8 de l'accord national.

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 2.1 Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage :

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

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

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant d'un montant de 30 000 euros par ETP infirmiers salarié pour le premier ETP, puis 15 000€ pour les deuxième et troisième ETP infirmiers salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation majorée dans les zones très sous-dotées.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ». Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les centres de santé infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

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

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé ou la caisse d'assurance maladie.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom »

Une nouvelle annexe 13 ter est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 13 ter : contrat-type national d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat-type régional en faveur de l'aide au maintien des centres de santé infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.8 et à l'annexe 13 ter de l'accord national ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

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

Il vise à inciter les centres de santé infirmiers à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée ».

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

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

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à la première installation en centre de santé infirmier défini à l'article 19.7 de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1 Engagement du centre de santé

Le centre de santé infirmier s'engage :

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

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

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an et par ETP infirmier.

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

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

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Modulation régionale par l'Agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien pour les centres de santé infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien.

Pour les centres de santé infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de maintien

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

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

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

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

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

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

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé, ou par l'assurance maladie dans le cadre de l'article 4.2.

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom »

L'annexe 14 est modifiée comme suit.

Sont ajoutés à la fin du titre de l'annexe 14 les termes suivants : « - Dispositions transitoires ».

Est ajouté au début de l'annexe 14 l'alinéa suivant :

« Conformément aux dispositions de l'article 19 de l'accord national, les contrats incitatifs centres de santé dentaires définis à la présente annexe en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 3 s'appliquent selon les dispositions figurant à la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé des contrats types régionaux définis aux articles 19.5 et 19.6.

A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats-type régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs centres de santé dentaires définis à la présente annexe. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire un nouveau contrat incitatif défini aux annexes 17 bis et 17 ter du présent texte.

Les contrats incitatifs centres de santé dentaires en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance. ».

Une nouvelle annexe 17 bis est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 17 bis : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotées en offre de soins dentaires

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5 et à l'Annexe 17 bis de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous-dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début l'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définies par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité en zone « très sous-dotée ».

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires**Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire**

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire);
- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans;
- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 45 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié pour le premier ETP, puis 30 000€ pour les deuxième et troisième ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certaines zones identifiées comme particulièrement fragile

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire, pour les centres de santé adhérant au présent contrat, exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en chirurgie dentaire soit en zone « très sous dotée ».

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

Elle bénéficie au maximum à 20% des zones éligibles dans la région.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au chirurgien-dentiste la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérant de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie L'agence régionale de santé

Nom Prénom Nom Prénom »

Une nouvelle annexe 17 ter est créée et rédigée comme suit.

**« Annexe 17 ter CONTRAT TYPE D'AIDE AU MAINTIEN DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES
DANS LES ZONES LES ZONES DEFICITAIRES EN OFFRE DE SOINS DENTAIRES**

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°3 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5 et à l'Annexe 17 bis de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le centre de santé :
Nom, Prénom du représentant légal du centre :
numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :
Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.6 de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire

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

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

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

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie de ses engagements le centre de santé définis à l'article 2.1, bénéficie d'une aide forfaitaire de 3 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste salarié au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

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

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

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

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

Article 5. Conséquences d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du centre de santé dentaire adhérent de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie L'agence régionale de santé

Nom Prénom Nom Prénom »

Le dernier paragraphe de l'article 2.3 intitulé « les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » de l'annexe 22 de l'accord national est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, telles que définies à l'article 12.1 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes, les parties signataires proposent la création d'un supplément de 23€ cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire ainsi qu'à celle de l'examen avec la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité définie en annexe 30 de l'accord national doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. ».

Les dispositions de l'article 2.1. concernant l'indicateur « Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année » de l'annexe 25 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques. A compter de 2020, exclusion faite des patients avec au moins 2 dosages de fructosamine.

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle

Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »). A compter de 2020, le code pris en compte pour le dosage de fructosamine est le code NABM 1576. ».

Les dispositions de l'article 2.1. concernant l'indicateur « Part des patients MT du centre de santé de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années » de l'annexe 25 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe). A compter de 2020, est pris en compte le nombre de patients âgés de 50 à 74 ans n'ayant pas eu de coloscopie dans les 5 dernières années.

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

A compter de 2020, la définition des actes retenus pour le calcul de l'indicateur est complétée des actes de coloscopie suivants : HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HHQE002, HHQE004, HHQE005, HJQE001, HHQK484, HHQH365. Le calcul du dénominateur de l'indicateur prend en compte les actes de coloscopies facturés en ville ou en consultation externe (facturation individuelle – FIDES – dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de MCO), ou entre N-4 et N-1 dans un établissement de santé public. ».

A l'article 2.1 de l'annexe 25 de l'accord national est supprimé le tableau intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour l'année 2017 ».

Est en outre ajouté un nouveau tableau à l'article 2.1 de l'annexe 25 de l'accord national à la suite de celui intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus pour à compter de l'année 2019 » rédigé comme suit.

« Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de l'année 2020

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	≥ 92%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	58%	≥ 72%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	14%	≥ 49%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	5 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	3%	≥ 8%	5 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	38%	≥ 56%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	73%	≥ 91%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	49%	≥ 61%	5 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	27%	≥ 42%	5 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	62%	≥ 74%	5 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	52%	≥ 65%	5 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	26%	≥ 55%	5 patients	55

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	10%	3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	47%	$\leq 30\%$	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	19%	$\leq 9\%$	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	45	20	5 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	52%	$\leq 32\%$	5 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	5 patients	20
	Total					

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	84%	≥ 94%	10 boîtes	59
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	83%	≥ 90%	10 boîtes	54
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	35%	≥ 81%	10 boîtes	0
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	26%	≥ 72%	10 boîtes	0
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	59%	≥ 69%	10 boîtes	19
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	5%	≥ 10%	10 boîtes	39
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	83%	≥ 92%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	76%	≥ 90%	5 patients	54
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	90%	≥ 99%	5 patients	54
	Total					333

A l'article 2.2 de l'annexe 25 de l'accord national est supprimé le tableau intitulé « indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de moins de seize ans pour l'année 2017 ».

Les dispositions de l'annexe 26 de l'accord national intitulé « Devis type pour le traitement et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« Annexe 26 : devis type pour le traitement et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe »

Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le chirurgien-dentiste indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le chirurgien-dentiste vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre chirurgien-dentiste en fin de traitement. »

Une nouvelle annexe 29 est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 29 : CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-32-1,

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment son article 19.9 et suivants,

Il est conclu un contrat d'aide à l'embauche d'un assistant médical, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé :
Nom, Prénom du représentant légal du centre :
numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :
Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :

Article 1^{er}
Objet du contrat

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les centres de santé à recruter un assistant médical salarié pour leur permettre de dégager du temps médical et d'assister les médecins salariés du centre de santé dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Ainsi, le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie au recrutement d'assistants médicaux par les centres de santé et notamment à préciser les modalités de versement de l'aide forfaitaire à l'embauche d'assistants médicaux versée par l'assurance maladie, ainsi que les contreparties attendues par les centres de santé souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2 Engagements des parties

Article. 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé signataire s'engage,

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] assistant médical salarié correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par les articles 19.10 et suivants de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.
- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou si ce n'est pas le cas à ce qu'elle suive une formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement, sous réserve de la mise en place des formations qualifiantes, et obtienne sa qualification professionnelle dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du Certificat de Qualification Professionnelle par l'assistant médical devra être adressé par le centre de santé signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à salarier au moins 1 ETP de médecins généralistes et/ou autres spécialistes par 0,5 ETP d'assistant médical.
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé tels que définis à l'article 12 de l'accord national.
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

Ces objectifs sont les suivants, en fonction de la situation du centre de santé :

- augmenter la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus dans l'année, tous âges confondus,
- et pour les médecins généralistes et spécialistes en médecine générale augmenter le nombre de patients médecin traitant de plus de 16 ans.

Objectifs individuels en contrepartie de l'aide

- Modalités de fixation des objectifs

L'assistant médical doit permettre de générer une augmentation de la patientèle médecin traitant (si médecins généralistes salariés au sein du centre de santé) et de la file active du centre de santé des médecins salariés du centre de santé selon les modalités suivantes :

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

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

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

- 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin ;
- 1 ETP d'assistants médical pour 2 ETP de médecins ;
- 1,5 ETP d'assistant médical pour 3 ETP de médecins ;
- 2 ETP d'assistants médicaux pour 4 ETP de médecins.

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

- Objectifs individuels contractuels

La patientèle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à [XXX] patients médecin traitant et [XXX] patients file active [à préciser]. Le centre de santé a donc une patientèle comprise entre le percentile [XX] et le percentile [XX].

Le centre de santé dispose d'X ETP médecins (préciser médecins généralistes et autres spécialités).

Le centre de santé s'est engagé à recruter [XX] ETP d'assistant médical [à préciser].

Les objectifs du centre de santé signataire sont donc les suivants : + [XX]% de la patientèle adulte médecin traitant et file active.

A compter de la 3^{ème} année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du centre de santé signataire à hauteur de l'objectif fixé par le présent contrat.

Objectifs individuels contractuels - Modalités spécifique si le centre est nouvellement créé :

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, dans les 50% des centres de santé – dont la part de patientèle médecin traitant adulte ou file active au niveau national est la plus importante (soit au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active de la spécialité).

A l'issue de la 3^{ème} année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le centre se situe au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée dans sa totalité,
- si le centre se situe entre le 30^{ème} et le 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée au prorata de l'écart,
- en dessous du 30^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active du centre, aucune aide n'est versée.

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

Article 2.2. Modalités de vérification du respect par le centre de santé, de ses engagements contractuels

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis à l'article 2.1..

Il transmet annuellement une copie ou un extrait du/des contrats de travail conclus avec l'assistant médical et attestant qu'il exerce toujours au sein du centre de santé au jour de la déclaration annuelle.

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans les 15 jours précédant la date anniversaire du contrat.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une aide calculée dans les conditions définies à l'article 2.3 du présent contrat.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical. Le centre de santé signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié pour le poste antérieurement occupé au sein du centre de santé par le salarié devenu l'assistant médical.

Le centre de santé s'engage à fournir sur demande de la caisse tout justificatif attestant qu'il n'a pas réduit, au cours des 6 derniers mois précédant, le nombre des salariés pouvant prétendre à ce même poste exerçant au sein du centre de santé.

2.3. Engagements de l'assurance maladie

2.3.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du centre de santé signataire

La CPAM vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au centre de santé signataire.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le centre de santé, l'aide initialement prévue est intégralement maintenue.

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

- si le niveau de patientèle atteint est égal ou supérieur à 75% de l'objectif, l'aide est versée intégralement,
- si le niveau de patientèle atteint est entre 50% (inclus) et 75% (exclus) de l'objectif, l'aide versée est égale à 75%,
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50% de l'objectif, l'aide versée au prorata du résultat obtenu.

A l'issue de la 3^{ème} année, le centre de santé doit maintenir son niveau d'activité à hauteur des objectifs fixés et ce, tout au long de la durée restante du contrat.

A compter de la quatrième année et pour les années suivantes, le montant de l'aide versée est proratisé en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

Article 2.3.2 Versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements

En contrepartie du respect de ses engagements par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé signataire l'aide correspondant au nombre d'assistant médical, soit :

Pour le financement d'au moins 1 ETP d'assistant médical, la participation de l'assurance maladie, est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche d'1 ETP d'assistant médical : le montant de l'aide est de 36 000 euros,
- la 2^{ème} année de l'embauche d'1 ETP d'assistant médical : le montant de l'aide est de 27 000 euros,
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide maximale pour 1 ETP d'assistant médical est maintenue de manière pérenne à 21 000 euros maximum.

Le centre de santé signataire a fait le choix de [XX] ETP d'assistant médical [à préciser]. Le montant de l'aide est donc multiplié d'autant selon le nombre d'ETP d'assistant médical recruté.

Article 2.3.3. Modalités de versement de l'aide : un système de versement d'avances et de paiement de soldes proratisés en fonction des résultats enregistrés par le centre de santé signataire

Afin de permettre au centre de santé d'engager les procédures de recrutement d'un assistant médical salarié et d'organiser le travail au sein du centre de santé en conséquence, un dispositif de versement d'avances est mis en place.

Pour la 1^{ère} année d'effectivité du contrat, le 1^{er} acompte (représentant 70 % de l'aide totale due au titre de la 1^{ère} année) est versé 15 jours après la réception des pièces évoquées à l'article 2-2 du présent contrat justifiant le recrutement de l'assistant médical.

Le solde de cette 1^{ère} année est versé à la 1^{ère} date anniversaire du contrat.

Pour la 2^{ème} année, à la 1^{ère} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte de 70 % de la somme totale due au titre de la 2^{ème} année du contrat est versé.

Le solde de cette 2^{ème} année est versé à la 2^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 3^{ème} année, dans les deux mois suivant la 2^{ème} date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte de ses objectifs par le centre de santé, observé à la fin de la 2^{ème} année du contrat, conformément à l'article 19.10.5.2.3 de l'accord national.

- si le niveau de patientèle du centre de santé atteint est égal ou supérieur à 50% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 50% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50% de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de la 3^{ème} année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 50% de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).

Le solde de cette 3^{ème} année est versé deux mois après la 3^{ème} date anniversaire du contrat.

Pour la 4^{ème} année et les années suivantes, dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat, un nouvel acompte est versé ainsi que le solde de l'année précédente. Cet acompte est calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs observé à la fin de l'année précédente, conformément à l'article 19.10.5.2.3 de l'accord national.

- si le niveau de patientèle du centre de santé atteint est égal ou supérieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 70% de la somme due.
- si le niveau de patientèle atteint est inférieur à 70% de l'objectif (observation faite par rapport aux dernières données de patientèle disponibles), le montant de l'acompte correspond à 50% de la somme due au titre de l'année du contrat ; un second acompte de 20% de la somme due au titre de l'année du contrat est versé 6 mois plus tard, si le niveau de patientèle atteint est désormais supérieur ou égal à 70% de l'objectif (à partir des dernières données de patientèle disponibles).
Pour les années suivantes l'acompte de 70% est versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat au même moment que le versement du solde dû au titre de l'année écoulée.

Article 3. Date d'effet et durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date d'embauche de l'assistant médical.

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'effet mentionnée au présent contrat, renouvelable.

Article 4. Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange semestriel est organisé entre le centre de santé signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du centre de santé.

Le centre de santé signataire s'engage à participer à cet échange semestriel, pour examiner conjointement avec la CPAM, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés. Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le centre de santé signataire. Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5. Résiliation du contrat

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, cette rupture prend effet dans les deux mois suivants la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette rupture. En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat du non-respect manifeste par le centre de santé contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le centre de santé employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. A l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

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

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...] »

Une nouvelle annexe 30 est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 30 : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
DOMAINE DE LA COMMUNICATION		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défaillante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET	<input type="checkbox"/>

	en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigus fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

**Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	Détendu , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	Mal à l'aise, préoccupé . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	Tendu . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	Réticent à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	Totalement déconnecté de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

Annexe 2

ASA PS Classification** (American Society of Anesthesiologists)

Score	Définition	Exemples, non exclusifs :
ASA I	Patient en bonne santé	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool

ASA II	Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
ASA III	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
ASA IV	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

** disponible à : www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system »

Fait à Paris, le

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Nicolas REVEL, Directeur Général,

Et

Pour Adessadomicile Fédération Nationale,
M. Patrick MALPHETTES, Président,

Pour la Croix-Rouge Française,
M. Jean-Jacques ELEDJAM, Président

Pour la Fédération des Mutuelles de France,
M. Jean-Paul BENOIT, Président,

Pour la Fédération Nationale de la Mutualité Française, M. Thierry BEAUDET, Président,

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

Pour la Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Alain RONDEPIERRE, Président,

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

Pour l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et
des Services aux Domiciles,
M. Guillaume QUERCY, Président,

Pour la Confédération des centres de Santé,
Mme Françoise LE COQ, Présidente,

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