

AVENANT 5

A L'ACCORD NATIONAL DESTINE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTE 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,

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 Thomas FATOME, directeur général
et,

ADEDOM, représenté par Patrick MALPHETTES, président

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

La Mutualité Française, représentée par Eric CHENUT, 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 Jean-René BERTHELEMY, président

L'Union nationale des associations d'Aide à Domicile en milieu Rural, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Marie-Reine TILLON, présidente

La Confédération des centres de santé, représentée par François FERRANTE, président,

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, représentée par Charles GUÉPRATTE, Directeur général,

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

Désignées ci-après comme « les parties signataires ».

FF u H HRT H C ~~CA~~ CAS¹ FR PC

Préambule

Dans un contexte marqué par l'évolution de nombreuses dispositions réglementaires et conventionnelles impactant les centres de santé, les parties signataires se sont accordés sur l'intégration de plusieurs mesures au sein de l'accord national en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients par :

- l'évolution du dispositif d'aide à l'embauche d'assistant médical
- la contribution de l'assurance maladie à la formation des IPA salariées
- l'extension des actions d'aller vers

Il en va de même pour l'accès aux soins et plus particulièrement l'accès aux soins dentaires où les parties signataires s'inscrivent dans une volonté :

- d'instaurer une génération sans carie et de rénover le dispositif de l'EBD
- de réviser les dispositifs d'aides à l'installation et au maintien des centres de santé dentaires au regard de la nouvelle méthodologie du zonage dentaire
- d'instaurer un dispositif de régulation du conventionnement pour l'activité dentaire

Au-delà de ces mesures de transpositions, les parties signataires reconnaissent la nécessité de soutenir le déploiement des centres de santé, et s'engagent à rediscuter et réétudier la situation économique des centres de santé, notamment polyvalents, dans le cadre d'une nouvelle négociation au cours de l'année 2024. Dans cette perspective, les partenaires conventionnels s'engagent à initier des travaux sur l'amélioration du modèle économique des centres de santé polyvalents dans le prolongement des conclusions du rapport IGAS initié en 2023 sur le modèle économique des centres de santé polyvalents dont les conclusions sont attendues pour la fin d'année 2023.

Article 1. Impacts conventionnels de l'agrément obligatoire pour les activités dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques

1° - A l'article 3 intitulé « champ de l'accord » les modifications suivantes sont apportées :

- **Après le 4^{ème} alinéa les dispositions suivantes sont ajoutées:** « L'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux pour les activités dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques n'est ouverte qu'après agrément donné par l'Agence Régionale de Santé. » ;
- **Après le 7^{ème} alinéa sont ajoutées les dispositions suivantes :** « Pour les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, la date d'ouverture du droit à exercer ces activités est la date d'agrément provisoire puis définitif délivré par le directeur général de l'ARS. »

2° - A l'article 51 intitulé « Modalités d'application de l'accord national », après le 13^e alinéa les mots suivants sont ajoutés :

« Dans le cas où il s'agit d'un centre de santé ou une antenne ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique, le centre doit remettre à la caisse primaire d'assurance maladie l'agrément provisoire puis à l'issue du délai réglementaire l'agrément définitif établi par le directeur général de l'ARS ».

Article 2. Dispositif pour les publics fragiles et éloignés des soins bucco-dentaires

Les dispositions de l'article 8.3.3.4 intitulé « pour les centres dentaires (critère optionnel) » sont remplacées par les dispositions suivantes :

ff u H HRT HC  ² PC TF

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

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

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

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

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

Article 3. Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du service d'accès aux soins (SAS)

1° - A l'article 8.3.5 intitulé « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) – (critère optionnel) » le 4^e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

«

- et être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ou participer à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles. » ;

2° - L'article 8.3.6 intitulé « Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS (critère optionnel) » est supprimé ;

3° - Les dispositions de l'article 8.5.5 intitulé « Favoriser l'accès aux soins : soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (critère optionnel) » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

4° - Le dernier paragraphe de l'article 13.1 intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents » est supprimé ;

5° - Les deux derniers paragraphes de l'article 15.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimés.

ff u H HRT HC  3 PC

Article 4. Valoriser la mise en place et la tenue des comités d'experts ophtalmologistes et dentaires

Après l'article 8.3.5, il est créé un article 8.3.6 intitulé : « Comités médical et dentaire (critère optionnel) », rédigé comme suit :

« Article 8.3.7 Comités médical et dentaire

Article 8.3.7.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère optionnel)

Conformément aux dispositions réglementaires, le centre de santé, ayant une activité dentaire et/ou ophtalmologique, met en place un comité dès lors qu'il emploie plus d'un ophtalmologue et/ou chirurgien-dentiste. Ce comité rassemble l'ensemble des professionnels médicaux exerçant dans le centre au titre de ces activités, à l'exclusion du représentant légal de l'organisme gestionnaire. Il est, avec le gestionnaire, responsable de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des soins ainsi que de la formation continue des professionnels de santé exerçant dans le centre au titre de ces activités. Au moins 4 réunions par comité (dentaire ou ophtalmologique) sont réalisées tous les ans.

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

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

Article 8.3.7.2 Pour les centres de santé dentaires (critère optionnel)

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

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

Au moins 4 réunions par an sont réalisées.

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

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

Article 5. Intervention des sages-femmes en dehors de la structure

A l'article 9.1.2 intitulé « Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables » sont ajoutées au niveau 2 dans la colonne « Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités » les dispositions suivantes :

« Le centre de santé employant des sages-femmes peut également choisir de mettre en place des interventions réalisées par les sages-femmes salariées en dehors de la structure (par exemple : interventions réalisées en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire, en centre d'hébergement, en centre de formation professionnel, en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et EHPAD). La réalisation de cette action donne lieu à une valorisation supplémentaire si le niveau 2 est atteint. ».

ff

u

H

MRT

Hc
PC
4
TF

Article 6. Indicateurs d'usages

Les dispositions de l'article 9.2.1 intitulé « Indicateurs d'usages (critère optionnel) » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« - Indicateur d'usage et remplissage du DMP :

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

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

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

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

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

- Indicateur d'usage de la e-prescription :

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

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

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

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

Article 7. Rémunération bloc commun principal et complémentaire

A l'article 16 intitulé « Calcul de la rémunération du bloc commun complémentaire » les modifications suivantes sont apportées :

- A l'article 16.1 alinéa 2nd le chiffre « 2 341 » est remplacé par « 2 391 » et après l'alinéa 10, sont ajoutées les dispositions suivantes :

« - 50 points par ETP sage-femme au titre de l'action aller vers les publics fragiles en dehors de la structure par les sages-femmes salariés du centre de santé ».

- A l'article 16.2 alinéa 2nd le chiffre « 2 098 » est remplacé par « 2 148 » et après le 8^{ème} alinéa sont ajoutées les dispositions suivantes ::

« - 50 points par ETP sage-femme au titre de l'action aller vers les publics fragiles en dehors de la structure par les sages-femmes salariés du centre de santé ».

ff 4  HAT  H C ⁹ 5 TF PC

Article 8. Contrat d'aide à l'installation

1° - A l'article 19 intitulé « Préserver l'offre de soins » :

- Le 18^e alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

- Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

2° - A l'article 19.1.4 intitulé « Engagements de l'Assurance Maladie » au 19^{ème} alinéa le montant 5 000€ est remplacé par 6 000€ ;

3° - A l'article 19.2.4 intitulé « Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de stabilisation et de coordination » au 3^{ème} alinéa le montant 5 000€ est remplacé par 6 000€ ;

4° - Un nouvel article 19.5.1 est créé et intitulé « contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD) », rédigé comme suit :

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

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

5° - Un nouvel article 19.5.2 de l'accord national est créé et intitulé « contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD2023) », il est rédigé comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

ff u H HRT Hc 1 SA PC

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

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

c. Engagements du centre de santé signataire

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

Il s'engage par ailleurs à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ff u  MART  7 PC

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

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

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

f. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

6° - Les articles 19.5.1, 19.5.2, 19.5.3, 19.5.4, 19.5.5 et 19.5.6 deviennent respectivement les articles 19.5.1.1, 19.5.1.2, 19.5.1.3, 19.5.1.4, 19.5.1.5 et 19.5.1.6 ;

7° - Un nouvel article 19.6.1 de l'accord national est créé et intitulé « contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires (CAMCDS) », il est rédigé comme suit :

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

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

8° - Un nouvel article 19.6.2 de l'accord national est créé et intitulé « contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires (CAMCDS2023) », il est rédigé comme suit :

« Article 19.6.2. Contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires (CAMCDS2023) »

Le contrat type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones « très sous-dotées » ci-après CAMCDS2023 est fixé en annexe 17 quinquies de l'accord national.

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

ff

u

11

MAT

1

HC
8
TR PC

~~CA~~

Le CAMCDS2023 vise à favoriser le maintien en exercice des centres de santé dentaires conventionnés dans les zones « très sous dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé dentaires et de leur permettre de réaliser des investissements et de contribuer à améliorer la qualité des soins bucco-dentaires de la population de ces territoires.

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

Le CAMCDS2023 est proposé aux centres de santé dentaires conventionnés déjà installés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante et par des difficultés d'accès à ces derniers telles que définies à l'article précédent.

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

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDS2023 ou CAICDS défini à l'article 19.5.1).

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

c. Engagements du centre de santé signataire

En adhérant au CAMCDS2023, le centre de santé s'engage à exercer et poursuivre son activité conventionnée en zone « très sous dotée » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion au CAMCDS2023.

Il s'engage par ailleurs à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;
- informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du CAMCDS2023.

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

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

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

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

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

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

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

Ff 4 H MART  AC⁷ CS⁹ MF PC

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

f. Résiliation du contrat

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

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

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

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

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

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

9° - Les articles 19.6.1, 19.6.2, 19.6.3, 19.6.4, 19.6.5 et 19.6.6 deviennent respectivement les articles 19.6.1.1, 19.6.1.2, 19.6.1.3, 19.6.1.4, 19.6.1.5 et 19.6.1.6 ;

10° - A l'article 19.7.2 intitulé « Bénéficiaires du contrat » au premier alinéa, après les mots « dans une zone très sous-dotée » sont ajoutés les mots suivants : « en infirmiers et en zone très sous-dotée ou sous-dotée en sages-femmes » ;

11° - A l'article 19.7.4 intitulé « Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Agence Régionale de Santé » le 7^{ème} alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

12° - les dispositions des deux premiers alinéas de l'article 19.9. intitulé « Mesures démographiques transitoires pour les contrats types des centres de santé dentaires et infirmiers » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

ff

4

4

MRT

~~CA~~

1 Hc
TO PC
TF

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

Un centre de santé ayant signé un CAMCDSD dans les 12 mois précédant la publication du zonage et des contrats type régionaux par les ARS, peut résilier son contrat de manière anticipée et adhérer au CAMCDSD2023 si sa zone d'installation est toujours qualifiée de « très sous-dotée » à la suite de cette publication. ».

Article 9. Evolutions du dispositif Assistant médical

Les dispositions du présent article seront applicables aux nouveaux contrats conclus (annexe 33) à compter de la date d'entrée en vigueur du présent texte. Les contrats (annexe 29) en cours lors de la publication de l'avenant 5 s'appliqueront jusqu'à leur arrivée à échéance.

Un centre de santé ayant signé un contrat défini à l'annexe 29 dans les 2 ans précédant la publication du présent avenant, peut résilier son contrat à date d'anniversaire et adhérer au nouveau contrat défini à l'annexe 33.

1° - A l'article 19.10.3.1 intitulé « Centres de santé éligibles » le 2^{ème} alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les centres de santé polyvalents et médicaux salariant des médecins généralistes ou spécialistes (à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomocytologistes et médecins nucléaires). » ;

2° - Les dispositions de l'article 19.10.3.2 intitulé « Autres critères d'éligibilité » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

L'éligibilité est mesurée en fonction :

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

Par exemple :

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

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

3° - Les dispositions de l'article 19.10.3.3 intitulé « Dérogation aux critères d'éligibilité » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Un centre de santé est considéré comme nouvellement créé lorsque celui-ci est implanté pour la première fois dans le département de la caisse où il est créé et que sa patientèle est inférieure au 50^{ème} percentile de la moyenne nationale. Il est considéré comme nouvellement créé toute la première année qui suit son ouverture. La patientèle médecin traitant et la file active prise en compte sont déterminées conformément aux dispositions de l'article 19.10.5.2.6. » ;

4° - A l'article 19.10.4 intitulé « Engagement et formalisation de l'engagement du centre de santé éligible » les alinéas 4 à 7 sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

5° - A l'article 19.10.5.2.1 intitulé « Principes : un financement pérenne en fonction du nombre d'assistants médicaux retenus et en contrepartie d'engagements sur l'augmentation de patientèle », les alinéas 6 et 7 sont remplacés par les dispositions suivantes :

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

6° - les dispositions de l'article 19.10.5.2.2 intitulé « Financement du dispositif » sont supprimé et remplacés par les dispositions suivantes :

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

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP assistants médicaux	Versements de l'aide
1 ^{ère} année	36 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	27 000€	

3 ^{ème} année et suivantes	21 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	25 000€	
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle \geq P95	36 000€	

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

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

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

7° - Les dispositions de l'article 19.10.5.2.3 intitulé « Vérification du respect des engagements » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

Le tableau ci-dessous résume les différents cas :

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
Atteint	Atteint	Objectif global atteint, 100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution)	Atteint	100% de l'aide versée.
Atteint	Non atteint (sans diminution)	100% de l'aide versée.

ff u HRT ~~CA~~ TF PC

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

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

L'aide est calculée de la façon suivante :

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

Le tableau ci-dessous résume les différents cas :

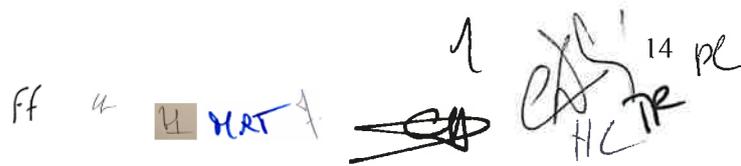
Objectif File active	Calcul de l'aide versée
Atteint	100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
Diminution	Pas d'aide versée sur l'année

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

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

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

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

FF 4 H MART 14 PL


d'une durée substantielle, congé maternité, démission...) une neutralisation de l'atteinte des objectifs peut être mise en place. » ;

8° - Les dispositions de l'article 19.10.5.2.4 intitulé « Modalités de versement de l'aide » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

- Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :
 - 50% du montant en 3^{ème} année ;
 - 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4^{ème} année ;
- Le solde versé à la date anniversaire de l'année suivante correspond à l'aide maximale, proratisée sur la base du taux d'atteinte de l'objectif le cas échéant, de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé. » ;

9° - A l'article 19.10.5.2.5 intitulé « Caractère non substitutif du poste d'assistant médical » le 1^{er} paragraphe est remplacé par les dispositions suivantes :

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

10° - Les dispositions de l'article 19.10.5.2.6 intitulé « Cas particulier » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

Article 10. Aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

1° - L'intitulé de l'article 19.11 est remplacé par « Dispositifs en faveur du déploiement du métier d'infirmier en pratique avancée » ;

2°- Les disposition de l'article 19.11 sont supprimées et un nouvel article 19.11.1 est créé et rédigé comme suit :

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

ff 4 H HRT 15 PC

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3° - Est créé un nouvel article 19.11.2 intitulé « Dispositif d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée » rédigé comme suit :

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

Les parties signataires instaurent une aide conventionnelle à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée. Cette aide financière vise à accompagner les centres de santé ayant recruté un infirmier salarié qui se forme au métier d'infirmier en pratique avancée et a pour objet de compenser en partie la perte

ff 4 H MPT ~~CA~~ 1 HC XCS 16 PE

d'activité de l'infirmier salarié au sein du centre de santé durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes.

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

Le montant total de l'aide est de :

- 15 000 euros pour les centres de santé installés en métropole,
- 17 000 euros pour les centres de santé installés dans les DROM et qui a recruté un infirmier qui suit son cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

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

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

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

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

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

Article 11. Dispositif de régulation du conventionnement en « zone non-prioritaire dentaire »

Un article 19.13. Intitulé « Régulation du conventionnement en zone « non prioritaire » dentaire » est créé et rédigé selon les dispositions suivantes :

« Article 19.13. Régulation du conventionnement en zone « non prioritaire » dentaire

Le principe de régulation du conventionnement des centres de santé dentaires s'applique uniquement dans les « zones non prioritaires » dentaires, qualifiées comme telles conformément au zonage applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux.

Le dispositif porte sur :

- les créations de centres de santé dentaires
- les centres de santé avec activité dentaire en fonctionnement au 1^{er} janvier 2025
- les centres de santé souhaitant créer une activité dentaire après le 1^{er} janvier 2025

Le dispositif entre en vigueur au plus tôt au 1^{er} janvier 2025 et sous réserve de la publication des arrêtés régionaux de zonage, concomitamment aux chirurgiens-dentistes libéraux.

Article. 19.13.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des nouveaux centres de santé dentaire en zone « non prioritaire »

Dans les zones « non prioritaires », aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un nouveau centre de santé dentaire.

Article. 19.13.2 Modalités de gestion du dispositif de régulation pour les centres de santé avec activité dentaire en zone « non prioritaire »

a- Principe

A compter du 1^{er} janvier 2025, les centres de santé avec activité dentaire installés en zone non prioritaire ne pourront plus augmenter leur nombre d'emploi temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés. Par ailleurs, dans ces mêmes zones, les centres de santé en fonctionnement sans activité dentaire au 1^{er} janvier 2025 ne pourront pas recruter de chirurgiens-dentistes salariés.

Le nombre d'ETP pour chaque centre de santé situé dans ces zones sera arrêté au 31 décembre 2024.

b- Engagements des centres de santé

Pour les centres de santé en activité, le nombre d'ETP chirurgiens-dentistes salariés au 31 décembre 2024 devra être renseigné obligatoirement sur la plateforme « e-CDS » au plus tard le 28 février 2025.

Le centre de santé dentaire ou polyvalent avec activité dentaire devra déclarer sous la plateforme « e-CDS » le nombre d'ETP en activité au 31 décembre 2024 au regard du contrat de travail (hors maladie et maternité) ainsi que le nombre d'ETP présent dans les effectifs sous contrat salarié en arrêt maladie ou maternité au 31 décembre 2024.

Pour les centres de santé polyvalent avec activité dentaire, le nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés non remplacés dans les 18 derniers mois (soit du 1^{er} juillet 2023 au 31 décembre 2024) devra également être complété sur la plateforme « e-CDS ». Les centres de santé concernés pourront procéder aux remplacements correspondant à ces ETP au plus tard au 31 décembre 2025.

Pour les centres de santé dentaires, le nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes omnipraticiens salariés non remplacés dans les 12 derniers mois (soit du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024) devra également être complété sur la plateforme « e-CDS ». Les centres de santé concernés pourront procéder aux remplacements correspondant à ces ETP au plus tard au 31 décembre 2025.

A compter du 1^{er} janvier 2025, le centre de santé doit informer par lettre recommandée avec accusé de réception sa caisse de rattachement de tout mouvement du nombre d'ETP chirurgien-dentiste salarié et ce au plus tard 1 mois avant le départ du salarié.

Le départ d'un salarié du centre de santé qui entraîne la diminution du nombre d'ETP ouvre droit pour le centre de santé de procéder au recrutement de professionnels de santé salariés à hauteur d'un ETP. En aucun cas, le recrutement doit avoir pour effet d'accroître le nombre d'ETP précédemment constaté.

Les salariés en arrêt maladie ou maternité pourront être remplacés pendant la période du congé.

Il n'est pas possible de déroger par ailleurs au dispositif en ayant recours à des intérimaires.

ff 4 H RT HC 1
18
IF PL

En cas de non-respect du dispositif de régulation, la procédure définie à l'article 59 de l'accord national sera mise en œuvre. ».

Article 12. La prévention bucco-dentaire

Les dispositions de l'article 22.1.3 intitulé « La prévention bucco-dentaire » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Dans les cinq prochaines années, la priorité est d'investir dans la prévention et les soins conservateurs en vue d'améliorer le recours aux soins préventifs de manière significative chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Les partenaires portent une ambition nouvelle pour la génération des 3 à 24 ans qui vise à faire émerger une première « génération sans carie ». Ce changement de paradigme implique un suivi bucco-dentaire plus régulier pour ces jeunes générations et une revalorisation des soins de prévention pour inciter les chirurgiens-dentistes à en réaliser davantage tout au long de la vie de ces patients.

Dans un souci d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de lutte contre le recours tardif aux soins dentaires, les centres de santé participent à ces dispositifs conformément aux dispositions prévues aux annexes 22 et 23 de l'accord national. ».

Article 13. Revalorisation du forfait patientèle médecin traitant

A l'article 23.3 intitulé « Rémunérations du centre de santé « médecin traitant » les alinéas 9 et 10 sont remplacés par les dispositions suivantes :

- «
- Patient âgé de 80 ans et plus : 46 euros
 - Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 46 euros ».

Article 14. Les missions de la sage-femme référente

1° - L'article 25.1 intitulé « Améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés » est supprimé.

2°- Est créé un nouvel article 25.1 intitulé « les missions de la sage-femme référente » rédigé comme suit :

« Article 25.1 Les missions de la sage-femme référente

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-8-2 du code de la sécurité sociale, l'assurée ou l'ayant droit peut déclarer à son organisme gestionnaire de régime de base de l'assurance maladie le nom de sa sage-femme référente afin de favoriser la coordination de ses soins, pendant et après la grossesse, en particulier en lien avec son médecin traitant.

La sage-femme référente a pour rôle d'informer sa patiente sur son parcours de grossesse et sur le suivi médical du nourrisson. A ce titre, elle rappelle à sa patiente les différentes étapes de son parcours de grossesse (en particulier bilan prénatal, examen pré et post natal, échographies, séances de préparation à la naissance, séances de rééducation périnéale...) ainsi que ceux du suivi postnatal (visites, entretiens postnataux, séances postnatales) et informe sa patiente du suivi médical du nourrisson.

ff 4 H MART 19
H C
C
FR PE

La sage-femme référente réalise elle-même la majorité des rendez-vous du parcours de la grossesse en centre de santé et du suivi post natal (en particulier le bilan prénatal, l'entretien prénatal précoce, les examens pré et post nataux, le cas échéant les séances de préparation à la naissance et séances de rééducation périnéale...). Si elle ne réalise pas elle-même ces rendez-vous (par exemple les échographies de la grossesse ou examens de suivi médical de la grossesse s'ils sont réalisés à la maternité), elle rappelle à sa patiente l'importance de ces rendez-vous et l'oriente le cas échéant pour sa prise en charge en assurant la transmission d'informations à ce titre.

La sage-femme référente a un rôle de prévention vis-à-vis de sa patiente tout au long de sa grossesse et après la naissance (prévention de la dépression du post partum, s'assure auprès de sa patiente de la réalisation de l'examen bucco-dentaire destiné aux femmes enceintes, prévention des conduites addictives, vaccination, conseils personnalisés pour adapter son alimentation et son hygiène de vie, sensibilisation sur la santé environnementale...). Dans ce cadre, les sages-femmes, en première ligne pour détecter les fragilités psychiques chez la femme enceinte ou la jeune mère, peuvent également adresser directement les femmes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée aux psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « MonPsy ».

La sage-femme référente fait le lien avec la maternité et veille à ce que la femme ait bien un suivi à domicile programmé et réalisé à sa sortie de maternité, en lien le cas échéant avec le programme de retour à domicile PRADO. A ce titre, elle :

- informe la patiente de la possibilité d'avoir une ou plusieurs visites postnatales à son retour de la maternité ;
- informe la patiente de la nécessité de prendre contact avec elle en vue de la sortie de la maternité ;
- organise en lien avec la maternité et/ou la patiente, la ou les visites postnatales de sortie dans les délais prévues par les recommandations HAS ;
- réalise elle-même ces visites ou délègue si besoin à une autre sage-femme le suivi à domicile après la naissance.

La sage-femme référente est en charge de la coordination des soins de la patiente et assure à ce titre l'alimentation de « Mon espace Santé » (avec l'accord de la patiente) pour les soins qu'elle réalise. La sage-femme référente devra notamment s'assurer auprès de la patiente qu'elle a bien indiqué le nom de la sage-femme référente dans son profil médical de « mon espace santé » à la rubrique « mes professionnels de santé » en vue de permettre la transmission des informations entre les acteurs du système de santé et la coordination des soins au bénéfice de la patiente.

Elle fait également le **lien avec le médecin traitant** (l'informe notamment sur la sortie de la patiente de la maternité ou, le cas échéant, en cas de difficultés).

La sage-femme référente réalise le suivi médical du nouveau-né ou rappelle à sa patiente l'importance de ce suivi et l'oriente le cas échéant vers un autre professionnel de santé en assurant la transmission d'informations à ce titre.

Enfin, la sage-femme référente informe la patiente de ses droits et des démarches administratives durant la période périnatale nécessaires à leur obtention. » ;

ff 4 

3° - Est créé un nouvel article 25.1.2 intitulé « Les modalités de choix de la sage-femme référente » rédigé comme suit :

« Article 25.1.2 Les modalités de choix de la sage-femme référente

Conformément aux dispositions du décret n° 2023 1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente les sages-femmes exerçant dans le cadre de la même spécialité dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés comme sage-femme référente. Est donc désigné comme « sage-femme référente » dans le présent accord, le centre de santé dont une ou plusieurs des sages-femmes exerçant a été déclarée comme sage-femme référente.

Néanmoins, l'assuré a le libre choix de sa sage-femme au sein du centre. Si la patiente demande à être suivie par la sage-femme qu'elle a choisi, le centre de santé doit être organisé de telle sorte que cette exigence particulière de la patiente soit respectée. ».

Article 15. VSM

A l'article 28.9.3 intitulé « Mise en place de financement visant à inciter les centres de santé à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients » la dernière phrase est remplacée par la phrase suivante :

« Ce forfait est versé au cours du premier semestre 2024, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 31 décembre 2023. ».

Article 16. L'identification du professionnel de santé salarié ayant effectué les actes

Au préambule du Titre 3 intitulé « Gestion des échanges avec l'Assurance Maladie » est inséré un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Après mise à jour des logiciels éditeurs, le centre de santé s'engage à identifier le professionnel de santé salarié ayant effectué les actes sur la feuille de soins (électronique ou support papier) en indiquant notamment le numéro d'immatriculation au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé. ».

Article 17. Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD)

1° - A l'article 55.1 intitulé « Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD), après le 6^{ème} alinéa sont ajoutés les dispositions suivantes :

« Afin de pallier le manque de représentants régionaux de la section professionnelle dans les DROM, il est possible à titre exceptionnel, et temporairement, que les représentants signataires de l'accord au niveau national procèdent à la désignation d'un ou plusieurs de leurs membres, pour siéger, le cas échéant, à distance par visioconférence, à la commission paritaire régionale dans les DROM et ainsi permettre son installation. Cette désignation est temporaire et réévaluée tous les deux ans. Elle est strictement limitée à la tenue de la commission paritaire régionale dans les DROM. ».

2° - A l'article 55.2 intitulé « Missions » un 9^e alinéa est ajouté et rédigé comme suit :

« - assurer le suivi des départs et remplacements des chirurgiens-dentistes salariés d'un centre de santé dentaire ou polyvalent installé en zone non-prioritaire dentaire conformément au dispositif décrit à l'article 19.13.2 du présent accord. »

Article 18. Non-respect des engagements conventionnels

1° - A l'article 58 intitulé « Examen des manquements » les alinéas suivants sont ajoutés :

« - Non-respect des mesures de régulation des centres de santé avec activité dentaire décrites aux articles 19.13 à 19.13.2 du présent accord
- les fraudes telles que définies par l'article R.147-11 du code de la sécurité sociale » ;

2° - Les dispositions de l'article 59 intitulé « Procédure » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« En cas de constatation, par une CPAM, d'un non-respect par le centre de santé des dispositions conventionnelles, la CPAM de rattachement du centre de santé, pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, lui adresse une mise en demeure par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette mise en demeure doit décrire l'ensemble des faits qui sont reprochés au centre de santé et les motifs susceptibles de justifier la mise en œuvre de la procédure de sanction.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le centre de santé dispose d'un délai de trois mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique.

Cette procédure de mise en demeure n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM :

- de la facturation par le centre de santé d'actes non réalisés
- en cas de non-respect du dispositif de régulation du conventionnement en zone sur-dotée ou non prioritaire
- d'une fraude mentionnée à l'article R.147-11 du code de la sécurité sociale
- d'un non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L.162-1-7 du même code
- de faits sanctionnés par l'Agence régionale de Santé ou par une instance judiciaire constituant en outre une infraction au regard des règles conventionnelles .

Si, à l'issue de ce délai, le centre de santé n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, communique un relevé des constatations des faits reprochés dûment motivé au centre de santé concerné, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR ou de la CPD ainsi qu'au membre de l'ARS siégeant à titre consultatif

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites ou demander à être entendu. Si le centre de santé transmet ses observations par écrit, il n'y a pas lieu d'organiser un échange oral avec le directeur de la caisse ou son représentant. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification du relevé des constatations, la CPAM décide :

- soit de mettre fin à la procédure ; dans ce cas, elle en avise le centre de santé et la CPR ou la CPD ;

ff u HRT
HLC 27 pl
TF

- soit de poursuivre la procédure engagée à l'encontre du centre de santé ; dans ce cas, la CPAM saisit la CPR ou la CPD compétente conformément aux modalités prévues par le présent accord, afin qu'elle rende son avis préalablement à la décision de sanction.

Le centre de santé peut transmettre ses observations écrites à la commission ou être entendu par celle-ci. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

L'avis de la CPR ou de la CPD est rendu en séance. L'avis est transmis, pour information, par le secrétariat de la CPR/CPD au directeur de l'organisme d'Assurance Maladie ainsi qu'au centre de santé. Si la CPR ou la CPD ne s'est pas prononcée au terme d'un délai de 2 mois à compter de sa saisine, l'avis est réputé rendu.

A compter de la date de réception de l'avis de la CPR ou de la CPD ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur de la CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses et des autres régimes, dispose d'un délai d'un mois pour notifier au centre de santé la mesure prise à son encontre, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. La CPAM en informe également les membres de la CPR ou de la CPD en leur adressant une copie de la notification adressée au centre de santé. Cette décision est également transmise à l'ARS DD.

La décision liste les faits reprochés, précise la nature de la sanction, sa date d'effet et les délai et voie de recours; cette décision doit être motivée. » ;

3° - Les dispositions du dernier paragraphe de l'article 60 intitulé « Mesures de sanctions » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« La suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis, et la suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte sont prononcées pour une durée ne pouvant excéder 5 ans, selon l'importance des griefs. ».

Article 19. Des sanctions

Un Article 63 est créé et rédigé comme suit :

« Article 63. Les sanctions prononcées par l'ARS ou les tribunaux

Lorsqu'une juridiction pénale ou l'ARS a prononcé à l'égard d'un centre de santé une sanction devenue définitive non assortie de sursis :

- d'interdiction du droit de donner des soins ;
- d'interdiction d'exercer ;
- de radiation ;
- d'emprisonnement,

le centre de santé se trouve placé de fait et simultanément hors convention, à partir de la date d'application de la sanction et pour une durée équivalente.

De même, en l'absence d'agrément définitif ou en cas de retrait d'agrément prévu à l'article L.6323-1-11 du code de la santé publique, le centre de santé ayant une activité exclusive dentaire et/ou ophtalmologique et/ou orthoptique se trouve placé de fait et simultanément hors convention. ».

ff 4 H MART
HL 23
SA
re

Article 20. Autres

1° - le deuxième tableau de l'annexe 1 intitulé « modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun principal » est remplacé par le tableau suivant :

FF 4 H MRT A H C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN AO AP AQ AR AS AT AU AV AW AX AY AZ BA BB BC BD BE BF BG BH BI BJ BK BL BM BN BO BP BQ BR BS BT BU BV BW BX BY BZ CA CB CC CD CE CF CG CH CI CJ CK CL CM CN CO CP CQ CR CS CT CU CV CW CX CY CZ DA DB DC DD DE DF DG DH DI DJ DK DL DM DN DO DP DQ DR DS DT DU DV DW DX DY DZ EA EB EC ED EE EF EG EH EI EJ EK EL EM EN EO EP EQ ER ES ET EU EV EW EX EY EZ FA FB FC FD FE FF FG FH FI FJ FK FL FM FN FO FP FQ FR FS FT FU FV FW FX FY FZ GA GB GC GD GE GF GG GH GI GJ GK GL GM GN GO GP GQ GR GS GT GU GV GW GX GY GZ HA HB HC HD HE HF HG HH HI HJ HK HL HM HN HO HP HQ HR HS HT HU HV HW HX HY HZ IA IB IC ID IE IF IG IH II IJ IK IL IM IN IO IP IQ IR IS IT IU IV IW IX IY IZ JA JB JC JD JE JF JG JH JI JJ JK JL JM JN JO JP JQ JR JS JT JU JV JW JX JY JZ KA KB KC KD KE KF KG KH KI KJ KK KL KM KN KO KP KQ KR KS KT KU KV KW KX KY KZ LA LB LC LD LE LF LG LH LI LJ LK LL LM LN LO LP LQ LR LS LT LU LV LW LX LY LZ MA MB MC MD ME MF MG MH MI MJ MK ML MN MO MP MQ MR MS MT MU MV MW MX MY MZ NA NB NC ND NE NF NG NH NI NJ NK NL NM NO NP NQ NR NS NT NU NV NW NX NY NZ OA OB OC OD OE OF OG OH OI OJ OK OL OM ON OO OP OQ OR OS OT OU OV OW OX OY OZ PA PB PC PD PE PF PG PH PI PJ PK PL PM PN PO PP PQ PR PS PT PU PV PW PX PY PZ QA QB QC QD QE QF QG QH QI QJ QK QL QM QN QO QP QQ QR QS QT QU QV QW QX QY QZ RA RB RC RD RE RF RG RH RI RJ RK RL RM RN RO RP RQ RR RS RT RU RV RW RX RY RZ SA SB SC SD SE SF SG SH SI SJ SK SL SM SN SO SP SQ SR SS ST SU SV SW SX SY SZ TA TB TC TD TE TF TG TH TI TJ TK TL TM TN TO TP TQ TR TS TT TU TV TW TX TY TZ UA UB UC UD UE UF UG UH UI UJ UK UL UM UN UO UP UQ UR US UT UU UV UW UX UY UZ VA VB VC VD VE VF VG VH VI VJ VK VL VM VN VO VP VQ VR VS VT VU VV VW VX VY VZ WA WB WC WD WE WF WG WH WI WJ WK WL WM WN WO WP WQ WR WS WT WU WV WW WX WY WZ XA XB XC XD XE XF XG XH XI XJ XK XL XM XN XO XP XQ XR XS XT XU XV XW XX XY XZ YA YB YC YD YE YF YG YH YI YJ YK YL YM YN YO YP YQ YR YS YT YU YV YW YX YY YZ ZA ZB ZC ZD ZE ZF ZG ZH ZI ZJ ZK ZL ZM ZN ZO ZP ZQ ZR ZS ZT ZU ZV ZW ZX ZY ZZ

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle		Points	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Travail en équipe/coordination											
<u>Concertation pluriprofessionnelle</u> formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) (soctle)		1000		<u>Concertation professionnelle</u> : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) (soctle)		400		<u>Concertation professionnelle</u> : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (soctle)		200	
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (optionnel)		200									
Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (optionnel)		200		Concertation professionnelle si convention entre MSP et CDS (optionnel)		100					
<u>Formation des jeunes PS</u> (2stages/an)(optionnel):		450		<u>Formation des jeunes PS</u> (1 stage/an) (optionnel)		250		<u>Formation des jeunes PS</u> (1 stage/an) (optionnel)		250	
Stagiaire médecins (dans la limite des 2 stages/an. 1 stage étant valorisé 50 points) supplémentaire (optionnel)		100		1 stage supplémentaire (optionnel)		225		1 stage supplémentaire (optionnel)		225	
Si 3 ^{ème} stage, 4 ^{ème} stage et 5 ^{ème} stage (points par stage) (optionnel)		225									
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière (optionnel)		225									
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire (optionnel)		225									
<u>Coordination externe</u> (1 critère) : procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux (optionnel)		200		<u>Coordination externe</u> (4 critères) : - procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux, - conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations, - répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale,				<u>Coordination externe</u> formalisée par une contractualisation avec un EHPAD, un établissement de santé ou médico-social, un établissement pénitentiaire ou un établissement scolaire (REP, REP+) A minima 3 interventions dans l'année de chirurgiens-dentistes salariés en dehors de la structure (optionnel)		500	
Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un EHPAD, un établissement de santé médico-social, un établissement pénitentiaire ou un établissement scolaire (optionnel)		200						300			

			- retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale (<i>socle</i>)				
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>)	800		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>)	200			
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (40 points par protocoles dans la limite de 8) (<i>optionnel</i>)	320						
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	1000	1700 points (jusqu'à 8 000 patients)	Fonction de coordination (<i>socle et prérequis</i>) Fonction de coordination interne organisée	200	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	200	
		1100 points (au-delà de 8 000 patients)					
Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS (ETP médecins généralistes) (<i>optionnel</i>) - agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes/ETP médecin généraliste par semaine ; - et être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ou participer à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui sera interfacé avec la plateforme		200					

Handwritten notes and signatures at the bottom left of the page, including initials and a signature.

nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles.								
Protocoles de coopération SNP (optionnel) dans la limite des 6 protocoles nationaux	600							
Parcours insuffisance cardiaque (optionnel)		100						
parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (optionnel)	100							

2°- le total du bloc commun principal est modifié comme suit :

TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative)</i>	6895	4650		2225	1150		2325	750
--	------	------	--	------	------	--	------	-----

3° - les tableaux de l'annexe 1 bis intitulé « modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun complémentaire » sont supprimés et remplacés par les tableaux suivants :

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
Travail en équipe/coordination								
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100		Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100		Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) <i>(optionnel)</i> 1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100	

2ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25	2ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25	2ème niveau (pour 4 ETPCD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	25
3ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25	3ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25	3ème niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	25
4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150	
Accès aux soins								
Accompagnement des publics vulnérables : (optionnel) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)			Accompagnement des publics vulnérables : (optionnel) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)			Accompagnement des publics vulnérables (optionnel) Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)		
Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)	200		Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)	200		Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées)	200	
Si présence d'un médiateur	300		Si présence d'un médiateur	300		Si présence d'un médiateur	300	
Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées ; dont 50 points par ETP sage-femme si une action réalisée par une sage-femme salariée du centre en dehors de la structure)	450		Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées ; dont 50 points par ETP sage-femme si une action réalisée par une sage-femme salariée du centre en dehors de la structure)	450		Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées)	400	
Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)	800		Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)	800		Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées)	800	
Implication des usagers (optionnel)								
Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200		Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200		Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients)	200	
Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)	300		Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)	300		Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision)	300	
Echange/Système d'information								
Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) (optionnel)			Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) (optionnel)			Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) (optionnel)		
Télétransmission (aide pérenne)	440		Télétransmission (aide pérenne)	240		Télétransmission (aide pérenne)	120	
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)	46		SCOR	83				
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (optionnel)	90							

Equipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (<i>optionnel</i>) <i>Si le centre de santé salarié des infirmières participant à la téléconsultation : valorisation de l'équipement pour vidéotransmission</i>	50	Equipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (<i>optionnel</i>)	50				
Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine (par ETP médicaux et infirmiers) (<i>optionnel</i>)	25	Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine (<i>optionnel</i>)	25				25
Capacité à coder les données (<i>optionnel</i>)	100						
Remplissage du DMP (<i>optionnel</i>) 20 % des consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 30%	40						
Usage de la MSS (<i>optionnel</i>) au moins 5 % des consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 10%	40						
E-prescription (<i>optionnel</i>) 30 % des prescriptions de produits de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription (par ETP MG dans la limite de 20 ETP) A compter de 2024 : le taux est de 40%	40						
Application carte vitale (<i>optionnel</i>) Envoie d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)	40						
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE si tous les critères et objectifs sont remplis	1340		1100	2471	2148	1050	1870

ff " H VRS A
 HC
 [Signature]
 [Signature]

3° - A l'alinéa 9 de l'article 2.2 de l'annexe 10 bis intitulé « contrat-type nationale d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées » le montant de 5 000€ est remplacé par 6 000€ ;

4° - Sont ajoutées en préambule de l'annexe 17 bis les dispositions suivantes :

« A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux définis en annexe 17 quater, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs des centres de santé dentaires définis à l'annexe 17 bis. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire à un nouveau contrat incitatif défini à l'annexe 17 quater du présent accord.

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

5° - Sont ajoutées en préambule de l'annexe 17 ter les dispositions suivantes :

« A compter de la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux définis en annexe 17 quinquies, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs des centres de santé dentaires définis à l'annexe 17 ter. Il est proposé aux centres de santé dentaires de souscrire à un nouveau contrat incitatif défini à l'annexe 17 quinquies du présent accord.

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

6° - Une annexe 17 quater est créé et rédigée comme suit :

« Annexe 17 quater : contrat-type d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous-dotée en offre de soins dentaires (CAICDSD 2023)

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°5 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.5.2 et à l'Annexe 17 quater de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Département :

Adresse :

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

ff

u

H

MRT

HC

1 re
CA
30
TR

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

Région :

Adresse :

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

d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique)

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD 2023) dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

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

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

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCDS2023) en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrat d'aide à l'installation et au maintien prévue à l'annexe 17 bis et 17 ter de l'accord national.

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé dentaire s'engage à :

ff 4  ~~CA~~ HC  31 

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

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

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié dans la limite de 3 ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés.

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

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

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

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

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

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

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

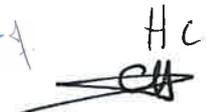
Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

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

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

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

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

ff 4  MART  Hc  32

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

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

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

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

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom »

ff u H MART ~~SA~~ HC u PC 33

7° - Une annexe 17 quinquies est créé et rédigée comme suit :

« Annexe 17 quinquies : contrat-type d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023) »

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'avenant n°5 à l'accord national des centres de santé ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée » pris sur la base du contrat-type national prévu à l'article 19.6.2 et à l'Annexe 17 quinquies de l'accord national.
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la définition des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires (CAMCDS2023) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

ff u H MRT R Hc ~ 34

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

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

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

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

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDSD2023) défini à l'article 17 quater de l'accord national. Il en va de même pour les contrats d'aide à l'installation et au maintien défini aux annexes 17 bis et 17 ter de l'accord national.

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone « très sous-dotées » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

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

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

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

En contrepartie des engagements du centre de santé définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

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

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

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

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

FF 4 H MART HL 1 35
PC ~~CA~~ CA TO

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

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

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

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

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle il résilie le contrat.

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

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

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

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

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle son contrat est résilié.

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

Nom Prénom »

ff 4 HRT Hc n
PL ~~CU~~ 36 TF

8°- Les dispositions de l'annexe 22 intitulé « Dispositif de prévention bucco-dentaire » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Prévention bucco-dentaire pour les enfants, adolescents et jeunes adultes »

Conformément aux dispositions de l'article 22.1.3 sur la prévention bucco-dentaire du présent accord, les modalités de participation des centres de santé au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1^{er}
Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse :

- aux enfants, adolescents et jeunes âgés de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans
- ayant droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à l'action de prévention.

Article 2
Contenu du dispositif

Jusqu'au 31 décembre 2024, les jeunes de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

À compter du 1^{er} janvier 2025, les jeunes de 3 à 24 ans inclus bénéficient chaque année d'un examen de prévention et des soins nécessaires.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- Une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (suction du pouce, consommation d'aliments sucrés et/ou acides, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions, etc.) ;
- Un examen bucco-dentaire (dents et parodontie) ;
- Des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, protection en cas de pratique sportive, vaccination HPV ;
- L'établissement d'un éventuel plan de traitement ou programme de soins.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés par le chirurgien-dentiste lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils. Ces informations et conseils sont adaptés à l'âge des patients.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabucales ou par une radiographie panoramique dentaire ;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un seul acte à réaliser (un seul code CCAM listé dans l'annexe 23), celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2 Les soins complémentaires à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 23. Ces actes peuvent être exécutés au cours de la même séance que l'examen de prévention dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser.

Les traitements orthodontiques et prothétiques sont exclus de ce dispositif.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabucales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et avec une dispense d'avance de frais.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le centre de santé peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 30 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 3 Modalités pratiques

Chaque année, l'assuré ou l'ayant droit reçoit de la caisse d'assurance maladie dont il relève une invitation en fonction de son âge l'incitant à réaliser l'examen bucco-dentaire annuel accompagnée de l'imprimé de prise en charge.

ff u Hc l
PL
H MAT
38
TF

Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié du centre de santé de son choix, ou du choix de ses parents ou de son représentant légal, dans les 12 mois qui suivent la date d'anniversaire.

À terme, si l'assuré ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, il pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Il présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais. La facture de l'examen est télétransmise.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes réalisant l'EBD puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé et notamment l'indice carieux chez le patient ayant bénéficié d'un EBD.

Article 4

Les soins conservateurs

Dans le cadre du dispositif évolutif « génération sans carie », les soins conservateurs réalisés auprès de patients âgés de 3 à 24 ans sont majorés.

Pour ce faire, un modificateur (code 9) est appliqué aux tarifs de remboursement de ces actes pour les majorer de 30 %.

Article 5

Le suivi médico-économique du principe d'une génération sans carie

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes libéraux.

Article 6

Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à :

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif « génération sans carie » ;
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités ;
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins ;
- participer à l'évaluation du dispositif en :
 - o conservant dans le dossier médical du patient les « renseignements médicaux » relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
 - o déclarant ces « renseignements médicaux » sur Mon espace santé sitôt que celui-ci le permettra ;
 - o transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
 - o répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisé selon les modalités définies entre les parties signataires et conformément aux modalités de suivi indiquées ci-après ;
- participer s'il le souhaite à la campagne de prévention bucco-dentaire et aux actions en faveur de la santé bucco-dentaire des enfants scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaires (REP et REP+).

Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 1^{er}

Les parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Les femmes enceintes ayant droit ou assurées sociales et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie obligatoire au jour de l'examen bénéficient de l'examen bucco-dentaire revalorisé aux conditions de financement et rémunération décrites ci-dessous à compter du 4^e mois de grossesse et jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à cette action de prévention.

Article 2

Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4^{ème} mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

Cet examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse avec recherche des facteurs de risque associés (consommation d'aliments sucrés et/ou acide, grignotage, absence de brossage, tabac, autres addictions...);
- un examen bucco-dentaire (dents et parodonte, éventuelle gingivite);
- des conseils d'éducation sanitaires : brossage (méthode, fréquence, fluor), alimentation, tabac, alcool, etc. dont les messages à délivrer sont adaptés à la femme enceinte;
- une information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance : mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant afin de sensibiliser la future mère bénéficiant du dispositif.

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si elles sont médicalement indispensables, par :

- des radiographies intrabuccales ou par une radiographie panoramique dentaire et avec port d'un tablier de plomb;
- l'établissement d'un éventuel programme de soins qui une fois établi lors de l'examen bucco-dentaire.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Les tarifs pratiqués dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

ff 4 H MAT 4 PC HC 1 CA 10 TR

Jusqu'au 31 décembre 2024, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 30 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée ou par une radiographie panoramique. La rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 42 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 54 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radiographie panoramique : 54 euros (BRP).

À compter du 1^{er} janvier 2025, la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire est fixée à hauteur de 40 euros (BDC). Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales, quelle que soit la technique utilisée. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation de 1 ou 2 clichés : 52 euros (BR2) ;
- Examen avec réalisation de 3 ou 4 clichés : 64 euros (BR4) ;
- Examen avec réalisation d'une radio panoramique : 64 euros (BRP).

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables et avec une dispense d'avance de frais.

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, le centre de santé peut facturer un supplément de 23 euros cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire associé ou non à la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité à ce supplément définie en annexe 30 doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Article 3

Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

À terme, si l'assurée ou l'ayant droit dispose d'un compte Ameli, elle pourra recevoir pour lui-même ou pour son ayant droit, en demandant préalablement dans le compte Ameli, un bon digital de prise en charge identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié d'un centre de santé de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Elle présente l'imprimé de prise en charge identifié à son nom ou digitalisé pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen est télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure renseignements médicaux est à conserver par le praticien dans le dossier de la patiente.

À terme, les partenaires conventionnels s'engagent à ce que les chirurgiens-dentistes salariés réalisant l'EBD femmes enceintes puissent systématiquement enrichir ces données médicales dans Mon espace santé. » ;

9° - L'annexe 23 intitulée « Liste des soins consécutifs pris en charge au titre du dispositif d'examens bucco-dentaire des jeunes – Liste des actes CCAM pris en charge à 100% consécutifs à l'EBD enfant » est remplacée par l'annexe suivante :

« Annexe 23 : LISTE DES SOINS COMPLEMENTAIRES PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE ET DU BILAN DENTAIRE SPECIFIQUE LORS DE L'ENTREE EN ESMS

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBLD045	Application de vernis fluoré sur les 2 arcades dentaires
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents

ff u H RT PC HC 42 TF

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
HBFD010	Parage de plaie de la pulpe d'une dent avec coiffage
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD351	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] composite ou en alliage non précieux
HBMD460	Restauration d'une dent sur 2 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay] céramique ou en alliage précieux
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification

Chapitre et Codes	Libellés
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

ff u H MART 7 PE Hc 1 CA TF

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronaradiculaire et séparation des racines

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe

ff

4

H

MRT

pe

HC

EA

1

46

TF

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

»

10° - L'annexe 28 intitulé « règlement intérieur des commissions paritaires » est modifié comme suit :

- Au préambule, les termes « au titre 5 » sont remplacés par les termes « au titre 4 » ;
- à l'article 2 est ajouté un dernier alinéa rédigé comme suit : « Afin de pallier le manque de représentants régionaux de la section professionnelle dans les DROM, il est possible à titre exceptionnel, et temporairement, que les représentants signataires de l'accord au niveau national procèdent à la désignation d'un ou plusieurs de leurs membres, pour siéger, le cas échéant, à distance par visioconférence, à la commission paritaire régionale dans les DROM et ainsi permettre son installation. Cette désignation est temporaire et strictement limitée à la tenue de la commission paritaire régionale dans les DROM. »

ff 4 H MAT Hc 1 PC ~~CA~~ ~~TR~~ 47

11° - Au préambule de l'annexe 29 intitulé « Contrat type d'aide conventionnelle à l'emploi d'un assistant médical » les dispositions suivantes sont ajoutées :

« A compter de l'entrée en vigueur du contrat type défini à l'annexe 33, il est mis fin à la possibilité d'adhérer au contrat défini à l'annexe 29.

Il est proposé aux centres de santé de souscrire à un nouveau contrat défini à l'annexe 33 du présent accord.

Les contrats en cours perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance ».

12° L'annexe 31 intitulé « Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Annexe 31 - Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée

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

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment l'article 19.11,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière en pratique avancée, entre :

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

Département

Adresse

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

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

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

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

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des infirmiers en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer au déploiement de ce métier. Il est donc proposé de soutenir l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de cette activité.

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à favoriser l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité en pratique avancée, telle que définie à l'article 19.11 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la signature du présent contrat telle que décrite à l'article 2.2 du présent contrat.

FF 4 MAT HC PC 48

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers adhérents à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité en pratique avancée (a minima 0,5 ETP).

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmier en pratique avancée.

Le centre de santé peut cumuler l'aide au démarrage IPA avec l'aide à la formation IPA décrite à l'annexe 34 du présent accord.

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé signataire s'engage à :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] infirmier exerçant une activité en pratique avancée correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par l'article 19.11 de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'infirmier dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier ;
 - à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération tels que définis à l'article 12 de l'accord national ;
 - avoir assuré le suivi d'un minimum de 30 patients par ETP d'IPA salarié la première année d'exercice et de 60 patients par ETP d'IPA salarié la seconde année d'exercice;
 - atteindre une part d'actes spécifiques IPA sur l'activité globale des infirmiers en pratique avancée (spécialité 86) d'au moins 25% la 1^{ère} année d'activité, 50% la 2^{ème} année d'exercice et 85% la 3^{ème} année d'exercice.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

Option 1 : La structure adhérente installée en zone sous-dense médicale qualifiée de « Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) » telle que définie en application du 1^o de l'article L. 4134-4 du code de la santé publique, bénéficie d'une aide d'un montant de 40 000 euros pour 1 ETP d'IPA salarié.

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

- 30 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 10 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1er semestre de l'année suivante.

Option 2 : La structure adhérente installée en dehors d'une zone sous-dense médicale bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000€ pour 1 ETP d'IPA salarié.

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

- 20 000 euros pour un ETP d'IPA salarié dans le mois suivant la signature du contrat ;
- 7 000 euros pour un ETP d'IPA salarié la deuxième année avant la fin du 1er semestre de l'année suivante.

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

Le montant total de l'aide et les seuils sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salarié dans la structure salariant pour un minimum de 0,5 ETP.

ff 4  HRT  HC 1  49

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] »

13° - Une nouvelle annexe 33 est créée et rédigée comme suit :

« Annexe 33. CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMBAUCHE D'UN ASSISTANT MEDICAL (2024)

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

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

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

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

Département

Adresse

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

**Article 1^{er}
Objet du contrat**

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

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

Article 2 Engagements des parties

Article. 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé signataire s'engage,

ff 4  MART   51

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] assistant médical salarié correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par les articles 19.10 et suivants de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'assistant médical dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier.
- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical :
 - Soit titulaire du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs d'un diplôme d'État infirmier (IDE); d'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
 - À défaut, la personne recrutée doit suivre une formation ad hoc dans les deux ans suivant son recrutement, et obtienne sa qualification professionnelle ou son attestation FAE dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du CQP ou FAE par l'assistant médical devra être adressé par le centre de santé signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à salarier au moins 1 ETP de médecins généralistes et/ou autres spécialistes pour 0,5 ETP d'assistant médical.
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé tels que définis à l'article 12 de l'accord national.
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement d'un assistant médical.

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

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

Objectifs individuels en contrepartie de l'aide

- Modalités de fixation des objectifs

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

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

ff 4 H MAT PC HC CA TF

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

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

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

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

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

- Objectifs individuels contractuels

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

Le centre de santé dispose d'X ETP médecins (préciser médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, pédiatres et autres spécialités).

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

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

A compter de la 3^{ème} année, et jusqu'au terme du contrat, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèle du centre de santé signataire à hauteur de l'objectif fixé par le présent contrat. Pour les contrats initiaux arrivés à leur terme, cet objectif de maintien est reconduit lors du renouvellement de ces derniers.

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

Pour les centres de santé nouvellement créés, pour prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, au-niveau du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité.

à cocher si le centre de santé est nouvellement créé

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

- si le centre de santé se situe au-dessus du 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité ;
- si le centre de santé se situe :

ff u HAT PC HC 53

- entre le 30^{ème} percentile et 50^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé,
- en dessous de 30^{ème} percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide n'est pas versée.

A la fin de la 3^{ème} année, ou dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale, le centre n'étant plus considéré comme un centre nouvellement créé, l'objectif est revu sur la base de sa dernière patientèle disponible au moment de la signature de l'avenant au contrat.

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

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

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

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

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans le mois précédant la date anniversaire du contrat.

Le centre de santé s'engage à informer et justifier à la caisse de toute modification concernant le contrat d'embauche dans le mois qui suit.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée l'aide.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par le centre de santé (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médicale), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical ou au recours à un service de secrétariat médical téléphonique pour une durée équivalente a minima au temps de travail du poste à remplacer.

Le centre de santé signataire s'engage à fournir le justificatif de l'embauche d'un salarié ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical téléphonique pour le poste antérieurement occupé au sein du centre de santé par le salarié devenu l'assistant médical.

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

2.3. Engagements de l'assurance maladie

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

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

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

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

ff 4 4 MART PL HC CA TR

Pour la 3^{ème} année de mise en œuvre du contrat, l'atteinte des objectifs par le centre de santé employant des médecins généralistes, spécialistes en médecine générale et pédiatres, est vérifiée par la CPAM/CGSS dans les conditions suivantes :

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

Et pour les centres de santé employant des médecins spécialistes (hors MG) :

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

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

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

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

	Montants maximaux de l'aide pour 1 ETP d'assistant médical	Versements de l'aide
1 ^{ère} année	36 000€	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2 ^{ème} année	27 000€	

ff u HAT PC HC n ~~CH~~ CATIF

3^{ème} année et suivantes	21 000€	Modulation à partir de la 3 ^{ème} année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les centres de santé avec une patientèle la plus importante : centre de santé ayant une patientèle entre [P90 et P95]	25 000€	
Montant fixe pour les centres de santé ayant une patientèle ≥ P95	36 000€	

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

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

	1^{ère} année	2^{ème} année	3^{ème} année et suivantes
Acompte			50 % de l'aide prévue pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde	100%*	100%**	Montant restant à verser au titre de l'année considérée : - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde, n'est pas versé

*Acompte : versé dans les 2 mois suivant la date de signature ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

**Solde : versé dans les 2 mois suivant la date d'anniversaire de la signature du contrat de l'année en cours

Article 3. Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature du présent contrat, renouvelable sur accord exprès des parties signataires.

Article 4. Suivi contractuel et évolution du contrat

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

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

ff 4 HRT PL Hc 1 36 TF

Article 5. Résiliation du contrat
Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat. Le centre de santé doit en informer l'assurance maladie a minima deux mois avant la date d'anniversaire du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette rupture prendra effet à la date d'anniversaire du contrat.

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

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

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

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

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

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

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

14° - Une nouvelle annexe 34 intitulée « contrat type d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée » est créé et rédigé comme suit :

« Annexe 34 – Contrat type d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée

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

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment l'article 19.11,

Il est conclu un contrat d'aide à la formation au métier d'infirmier en pratique avancée exerçant en centre de santé, entre :

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

Département

ff 4  HRT PC ~~CH~~ HC 1 CAS' IF 57

Adresse

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

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

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

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

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager le développement du métier d'infirmier en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer à son déploiement. Il est donc proposé de soutenir la formation d'infirmier salarié souhaitant exercer une activité en pratique avancée par une aide conventionnelle.

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à accompagner les centres de santé ayant recruté un infirmier salarié qui se forme au métier d'infirmier en pratique avancée par la mise en place d'une aide financière permettant de compenser en partie leur perte d'activité au sein du centre de santé en tant qu'infirmier durant cette formation. Cette aide conventionnelle peut s'ajouter aux aides locales existantes. Ce contrat peut également se cumuler avec le contrat d'aide au démarrage de l'activité en pratique avancée défini à l'annexe 31 du présent accord.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux, et infirmiers adhérents à l'accord national, destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) qui s'engage(nt) dans une formation universitaire d'infirmier en pratique avancée et dont le montant des honoraires sans dépassements facturés au titre de l'activité salarié infirmier au cours de l'année précédant leur première année de formation est supérieur à 15 000 euros (pour un ETP d'infirmier).

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage:

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

Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

En contrepartie du respect des engagements au contrat, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide d'un montant de :

Ff 4

H. MART

PL

H. 1
58

- 15 000 euros pour les centres de santé installés en métropole ;
- 17 000 euros pour les centres de santé installés dans les DROM et qui ont recruté un infirmier qui suit son cursus universitaire d'infirmier en pratique avancée en métropole.

L'aide est versée entièrement dans un délai de 6 mois à compter de la date de signature du contrat.

Pour les formations débutant en septembre 2023, le premier versement ne pourra intervenir qu'au cours de l'année 2024.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 ans (dont les 2 années de formation) à compter de sa date de signature.

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat. Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

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

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à l'organisme local d'assurance maladie.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

A l'issue de ce délai, la caisse notifie au centre de santé la fin de son adhésion au contrat et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat conformément aux articles 2.2 et 4.3 du présent contrat.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme indûment versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Le calcul du montant à rembourser se fait au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier ainsi qu'il suit :

- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la formation universitaire, le centre de santé doit procéder au remboursement de la totalité de l'aide versée au moment de la résiliation ;
- Pour les résiliations intervenant dans la première année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement de la moitié de l'aide versée ;
- Pour les résiliations intervenant avant la fin de la deuxième année d'exercice en tant qu'infirmier en pratique avancée salarié, le centre de santé doit procéder au remboursement d'un tiers de l'aide versée.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] »

ff 4 H MAT PC HC 1 ~~CA~~ 90
~~CA~~ TR

Fait à Paris, le 30 Novembre 2023,

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

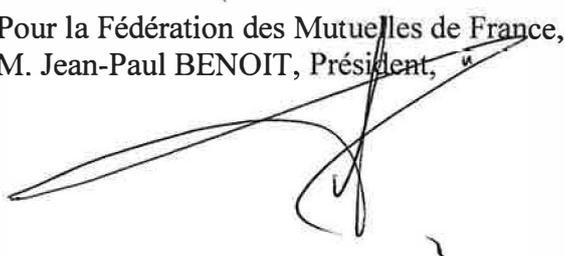


Et

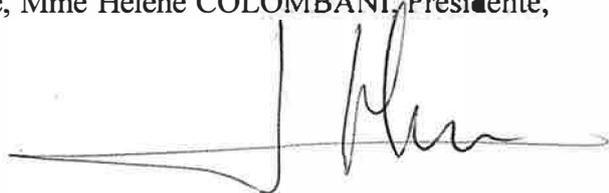
Pour ADEDOM,
M. Patrick MALPHETTES, Président,



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



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



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



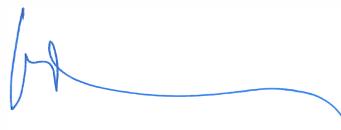
Pour la Confédération des centres de Santé,
M. François FERRANTE, Président,



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



Pour la Fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne, M. Charles
GUÉPRATTE, Directeur général,



Pour la Fédération Nationale des Institutions de
Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Jean-René BERTHELEMY, Président,



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



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

