

AVENANT 1

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,

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

Vu le code de la santé publique et notamment l'article L.1434-4.

Il a été convenu ce qui suit entre

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

et,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président

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

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

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

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

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

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

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

La Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers, représentée par Françoise LECOQ, présidente

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

Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

1
AP
12

Préambule

L'accord national des centres de santé signé le 8 juillet 2015 reconnaît d'une part, l'offre de soins déterminante que constituent les centres de santé pour renforcer l'accès aux soins et améliorer la santé des patients et d'autre part, leur rôle majeur dans notre système de soins pour favoriser la prise en charge coordonnée des patients, en valorisant leur exercice pluri-professionnel.

A ce titre, les parties signataires souhaitent poursuivre leur engagement en faveur de mesures favorisant un meilleur accès aux soins des patients et l'amélioration de leur prise en charge.

C'est pourquoi, les parties signataires décident :

- de faire évoluer les rémunérations des centres de santé en transposant notamment les mesures valorisant le rôle de suivi au long cours des patients comme le forfait patientèle ou la nouvelle rémunération sur objectifs de santé publique et les dispositifs démographiques encourageant l'exercice médical en zone sous-dotée, tels que prévus par la convention médicale signée le 25 août 2016 ;
- d'appliquer aux centres de santé les mesures financières prévues par le nouvel accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017, sous réserve de sa publication au journal officiel, afin de les associer pleinement à l'accompagnement et au soutien des structures pluri-professionnelles, agissant en faveur de la coordination des soins.

Elles conviennent de soutenir dans un premier temps l'implication des centres de santé médicaux ou polyvalents dans la coordination des soins et d'examiner dans un second temps, à l'occasion de la négociation d'un prochain avenant, les conditions d'adaptation des rémunérations accordées par l'ACI aux centres de santé infirmiers et dentaires, en fonction de leur organisation propre.



LE
AP
LL

Article 1

Améliorer l'Accessibilité, l'Organisation et la Coordination des soins en centre de santé

L'article 8.1 de l'accord national est modifié comme suit.

La première phrase de l'article 8.1.1 de l'accord national est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

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

Par ailleurs, la deuxième phrase du premier paragraphe du « Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture » de l'article 8.1.1 de l'accord national est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

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

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

A la fin de l'alinéa consacré au critère 2 intitulé « possibilité d'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré » sont ajoutés « : » et la phrase suivante :

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

Le critère 3 « Fonction de coordination interne » défini aux articles 8.1.1 et 8.1.3 de l'accord national est supprimé. Le critère 2 « Fonction de coordination » défini à l'article 8.1.2 de l'accord national est également supprimé.

A l'article 8.1.3 au critère 1 intitulé « Amplitude des horaires d'ouverture », à la fin du premier alinéa est ajoutée la phrase suivante :

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

L'article 8.2 intitulé « Missions de santé publique (critère optionnel) » est modifié comme suit.

Le deuxième alinéa est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

Les dispositions de l'article 8.2.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

Le premier alinéa de l'article 8.2.3 intitulé « Pour les centres de soins de santé infirmiers » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

L'article 8.3.1.1 est modifié comme suit.

Les termes « (en moyenne une réunion par mois) » de la première phrase de l'article 8.3.1.1 intitulé « Pour les centres médicaux ou polyvalents » de l'accord national sont supprimés.

Le quatrième alinéa de l'article 8.3.1.1 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;

pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;

patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...

- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale. ».

Les trois derniers alinéas de l'article 8.3.1.1. sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

Un nouvel article 8.3.4. intitulé « Fonction de coordination » est créée et rédigé comme suit.

« Article 8.3.4. Fonction de coordination »

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

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

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

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

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

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

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page. The signature appears to be 'L' followed by a stylized flourish. To the right, there are initials 'AR' and a small 'L' above them.

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

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

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

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

Les dispositions de l'article 8.4.1 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

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

L'article 8.5 est modifié comme suit.

Le premier alinéa est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

L'article 8.5.1 est modifié comme suit.

Le deuxième alinéa de l'article 8.5.1. intitulé « Favoriser l'accès aux soins : diversification de l'offre de soins (critère optionnel) » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

Les dispositions de l'article 8.5.2 intitulé « Favoriser le travail en équipe : protocoles pluri-professionnels (critère socle) » sont remplacées par les dispositions suivantes :

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

Ces protocoles doivent :

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

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

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

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

Au sein de l'article 8.5.3 de l'accord national, les termes « de niveau 2 » sont remplacés par les termes « de niveau avancé ».

Un nouvel article 8.5.4 intitulé « Favoriser l'accès aux soins : accueil d'un centre de santé adhérent à un contrat de solidarité territoriale (critère optionnel) » est créé et rédigé comme suit.

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

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

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

Les dispositions de l'article 9.2 de l'accord national intitulé « Engagements optionnels spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

Les dispositions du deuxième alinéa de l'article 12 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

Le dernier alinéa de l'article 13 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

L'article 13.1 intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents » est modifié comme suit.

Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

Les dispositions de l'article 14 intitulé « Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

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

Dispositions spécifiques pour les centres nouvellement créés :

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

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

Les dispositions de l'article 15.1 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

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

- 5 350 points pour le niveau socle, dont 2 800 points pour la partie fixe et 2 550 points pour la partie variable comprenant 2 350 points en fonction de la patientèle et 200 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;
- 2 650 points pour le niveau optionnel, dont 1 750 points pour la partie fixe et 900 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

A titre d'exemple, pour une patientèle de référence de 12 000 patients et 20 professionnels de santé salariés du centre, le dispositif est fondé sur un total maximal de 15 300 points :

- 12 650 points pour le niveau socle, dont 2 800 points pour la partie fixe et 6 250 points pour la partie variable comprenant 6 050 points en fonction de la patientèle et 3 800 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;

- 2 650 points pour le niveau optionnel, dont 1 750 points pour la partie fixe et 900 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle). »

Au sein des articles 15.2 et 15.3 de l'accord national, les termes « (critères prérequis pour déclencher la rémunération) » sont supprimés.

Les dispositions de l'article 16.1 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 875 points en part fixe. A cette part fixe une attribution de 486 points en part variable peut s'ajouter répartie comme suit :

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

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

L'article 18.1 intitulé « Dispositif d'avance » est modifié comme suit.

Le deuxième alinéa de cet article est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

- 100% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au premier trimestre,
- 75% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au deuxième trimestre,
- 50% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au troisième trimestre,
- 25% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente au quatrième trimestre.

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

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

Le troisième alinéa de l'article 18.2.2 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

L'article 18.2.3 est supprimé.

Article 2 **Conforter l'accès aux soins**

L'article 19 de l'accord national intitulé « Préserver l'offre de soins » est remplacé par les dispositions suivantes.

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

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

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

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

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

Ainsi sont créés :

- 3 contrats incitatifs ouverts aux centres de santé médicaux ou polyvalents avec pour chacun un objectif adapté à la situation spécifique de chaque centre :
 - apporter une aide financière significative aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant dans les zones sous-denses, lesquels doivent faire face aux frais d'investissement générés par l'ouverture d'un nouveau centre de santé,
 - encourager les centres de santé médicaux ou polyvalents qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné,
 - favoriser l'intervention ponctuelle de médecins salariés de centres de santé venus apporter leur aide à des centres de santé installés dans ces territoires sous denses.
- un contrat incitatif ouvert aux centres de santé dentaires,
- un contrat incitatif ouvert aux centres de santé infirmiers.

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

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

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

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

Est créé un article 19.1 rédigé comme suit.

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

Article 19.1.1. Objet du contrat d'installation

Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans lesdites zones pour l'accompagner dans cette période de

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

fort investissement généré par l'ouverture du centre (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 19.1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

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

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

Pour un même centre de santé, ce contrat d'installation n'est pas cumulable avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 19.2 du présent accord. A titre dérogatoire, ce cumul est possible à compter de la deuxième année d'ouverture d'un nouveau centre de santé médical ou polyvalent ou de la modification de la spécialité du centre évoquée supra, dans la zone concernée, pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés et ce, dans la limite de 2 ETP valorisés.

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

Article 19.1.3. Engagements du centre de santé

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

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

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

Article 19.1.4. Engagements de l'Assurance Maladie

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

Le montant de l'aide s'élève à 30 000 euros par ETP médecin généraliste salarié pour le premier ETP, puis 25 000€ pour les deuxième et troisième ETP rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

Est créée un nouvel article 19.2. rédigé comme suit.

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

Article 19.2.1. Objet du contrat de stabilisation et de coordination

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

Article 19.2.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Ce contrat est proposé aux centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins

définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

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

A titre dérogatoire, le cumul est possible avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.1 du présent accord, à compter de la deuxième année d'ouverture d'un nouveau centre de santé médical ou polyvalent ou de la modification de la spécialité du centre évoquée à l'article 19.1.2, dans la zone concernée, pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés et ce, dans la limite de 2 ETP valorisés.

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

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

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

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

Le centre de santé adhérant au contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an et par ETP de médecin salarié.

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

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

Le centre de santé installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique

Handwritten signatures and initials:
ZSC
LL
AR
CS

dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration, dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale de la rémunération forfaitaire fixée dans le présent article.

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

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

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

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

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

Est créé un article 19.3 rédigé comme suit.

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

Article 19.3.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

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

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

Article 19.3.2. Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale

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

1. ne pas être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

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

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

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

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

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

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

Le centre de santé adhérant au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an et par ETP médical.

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

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

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

Le centre de santé mettant à disposition au moins un de ses salariés dans les conditions définies à l'article 19.4.2 du présent accord, d'un centre implanté dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

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

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

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

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

Est créé un nouvel article 19.4 rédigé comme suit.

« Article 19.4 Mesures démographiques transitoires

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

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

**Article 3
Permanence des soins ambulatoires**

L'article 20.1 est modifié comme suit.

La dernière phrase du deuxième alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Cette participation donne lieu au versement d'une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS conformément à la réglementation en vigueur. »

Le troisième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Par ailleurs, dès lors que le médecin salarié du centre de santé intervient à la demande de la régulation, cette intervention donne lieu aux majorations spécifiques prévues pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins. »

Le cinquième et dernier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Le paiement de la rémunération forfaitaire et des actes majorés s'effectue conformément à la réglementation en vigueur. »

Article 4 **Missions du médecin traitant**

Les dispositions de l'article 23.1.1. intitulé « Missions générales » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du centre de santé.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;

- assure le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc. ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante... ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc. ».

Article 5 **Rémunération forfaitaire « médecin traitant »**

Les articles 23.3.1, 23.3.2 et 23.3.3 sont supprimés.

L'article 23.3 intitulé « Rémunérations du centre de santé « médecin traitant » est rédigé comme suit.

« Le centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). Il est en mesure, notamment à partir de ce dossier, d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette fiche de synthèse peut alimenter le dossier médical partagé du patient.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité de renforcer la valorisation de la fonction de médecin traitant du centre de santé au regard de son rôle clé dans le suivi au long cours des patients, de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation. Ils s'accordent parallèlement sur la nécessité de donner davantage de lisibilité à la rémunération valorisant les missions spécifiques du médecin traitant.

Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait patientèle médecin traitant est créé à compter du 1^{er} janvier 2018.

Ce nouveau forfait valorise les missions spécifiques du centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant dans le suivi de sa patientèle.

Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

Tous les patients ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères suivants :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affection de longue durée au sens des 3^o et 4^o de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 42 euros

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

- Patient de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 70 euros
- Autres patients : 5 euros

Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du centre de santé. Pour les patients bénéficiaires de la CMUC, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7%, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du centre de santé en pourcentage est applicable au montant de la rémunération au titre du forfait « patientèle médecin traitant ». La majoration appliquée est au maximum de 25 %. Le taux national de patients bénéficiaires de la CMUC est calculé sur la patientèle médecin traitant du centre de santé au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée pour le calcul de la rémunération liée à ce forfait « patientèle médecin traitant » correspond aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant (pour les moins et les plus de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Ce forfait calculé annuellement (année civile) bénéficie au centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant.

Ce forfait est mis en place à compter de l'année 2018 et fait l'objet d'un premier versement partiel au cours du 1^{er} semestre de chaque année de référence. La régularisation du paiement dû au titre de ce forfait est versée au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait « patientèle médecin traitant » est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale.

De manière transitoire, les forfaits définis à l'annexe 24 du présent accord sont maintenus pour l'année 2017. ».

L'annexe 24 du présent accord est modifiée comme suit.

Est ajouté un premier alinéa rédigé dans les termes suivants : « Conformément aux dispositions de l'article 23.3 du présent accord, les forfaits définis dans la présente annexe sont maintenus de manière provisoire jusqu'au 31 décembre 2017. ».

Les termes « 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les termes « 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. ».

Les termes « L. 322-3 10° du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les termes « L. 160-14 10° du code de la sécurité sociale. ».

Les termes « conformément aux dispositions de l'article 23.3.3. » sont supprimés.

Article 6

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Handwritten initials and a signature in the bottom right corner, including the letters 'LL' and 'AR'.

Les deux derniers alinéas de l'article 24.1. intitulé « Modalités d'application du dispositif » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Le centre de santé nouvellement créé et étant régi par le présent accord national qui ne souhaite pas bénéficier de la rémunération complémentaire a la possibilité de notifier son choix par écrit à la caisse primaire dont il relève, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par le centre de santé dans les trois mois suivant son installation.

Dans ce cas, le centre de santé renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la durée de l'accord national.

Les centres de santé dentaires et infirmiers salariant un ou plusieurs médecins généralistes peuvent également bénéficier de la ROSP.»

Les dispositions de l'article 24.2. de l'accord national sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les résultats correspondant à chaque indicateur de pratique clinique sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance Maladie ou, lorsqu'un tel calcul n'est pas possible, font l'objet d'une déclaration par les centres de santé.

Pour chaque indicateur sont définis :

- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de l'accord national ; ce taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
 - des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
 - à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 7^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 3^{ème} décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 9^{ème} décile (pour un indicateur croissant) ou au 1^{er} décile (pour un indicateur décroissant).

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'examens cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du centre de santé à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les centres de santé s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs) :

Pour les centres de santé ayant été choisis par les patients de seize ans et plus comme médecin traitant, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommatrice fidèle ». Elle correspond aux bénéficiaires qui :

- ont eu recours à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc.) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul,
- ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant et n'en ont pas changé au cours de l'année.

Elle correspond aux patients âgés d'au moins 16 ans, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au Régime Social des Indépendants (RSI), à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et aux régimes et mutuelles hébergés par le Régime Général et ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant. L'objectif est à terme d'intégrer l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire et les sections locales mutualistes. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les centres de santé ayant été choisis par les patients âgés de moins de seize ans comme médecin traitant, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle « médecin traitant consommateur » de l'année en cours.

Elle correspond aux bénéficiaires qui ont eu recours à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc.) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul.

Elle comprend les patients âgés de moins de seize ans, affiliés à un des régimes d'assurance maladie obligatoire et éventuellement aux autres régimes qui renseignent l'information du « médecin traitant » et ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant. Cette patientèle est évaluée chaque année au 31 décembre. »

L'article 24.3. intitulé « Contenu de la rémunération » est supprimé et remplacé par un nouvel article 24.3 intitulé « Dispositions spécifiques pour les centres de santé nouvellement créés » et rédigé comme suit.

« Les centres de santé éligibles à la méthode spécifique « nouveaux installés » sont les centres nouvellement créés. Cette ouverture correspond à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement dans un département limitrophe.

La méthode adaptée pour les centres de santé « nouveaux installés » :

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre de santé, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans.

Les centres de santé « nouveaux installés » bénéficient également d'une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'ouverture. Cette majoration est de :

- 20% la première année,
- 15% la deuxième année,
- 5% la troisième année.

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

L'article 24.4 intitulé « Modalités de calcul de la rémunération » est supprimé. Un nouvel article 24.4 intitulé « Tableaux des indicateurs de pratique clinique » est créé et rédigé comme suit.

« Indicateurs de pratique clinique des centres de santé des patients âgés de seize ans et plus

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30

24
 LL
 AR
 LS

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	$\geq 80\%$	20 patientes	40
		Part des patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	$\geq 80\%$	20 patientes	40
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	$\geq 70\%$	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT du centre > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	$\leq 24\%$	5 patients	35
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	$\leq 7\%$	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT du centre de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones)	36%	$\leq 27\%$	10 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Conduites addictives	Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	51%	≥ 55%	200 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT du centre ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

Des indicateurs concernant l'efficacité des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité peuvent être élaborés par les parties signataires pour une valorisation complémentaire maximale de 60 points.

Indicateurs de pratique clinique des centres de santé des patients âgés de moins de seize ans

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traité par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	63%	≥ 80%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle*	50%	≥ 71%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an**.</i> Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Vaccination	Part des patients MT du centre de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75%	≥ 87%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	77%	≥ 90%	5 patients	35
Antibiorésistance		Part des patients MT du centre de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de moins de 4 ans	18%	≤ 3%	5 patients	35

		traités par antibiotiques				
		Part des patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11%	≤ 2%	5 patients	35
	Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients MT du centre de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients MT du centre de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTLA ou autre). Déclaratif	80%	≥ 95%	5 patients	20
	Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT du centre de moins de 16 ans visés par le programme MT'dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.	80%	≥ 86%	5 patients	35
Total						305

* Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants exerçant au sein des centres de santé incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

**Une attention particulière est portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle). »

Un nouvel article 24.5 de l'accord national est créé et intitulé « Modalités de calcul de la rémunération », il est rédigé comme suit.

« Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.

L'ensemble du dispositif représente un total de 1 000 points (dont 60 pour des indicateurs complémentaires d'efficacité à définir) pour les centres de santé ayant été choisi comme médecin traitant des patients âgés de seize et plus, et 305 points pour les centres de santé ayant été choisi comme médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

Pour chaque indicateur, le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.

Le nombre de points attribués au centre de santé est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un centre de santé ayant été choisi comme un médecin traitant par des patients de seize et plus, et 600 patients pour centre de santé ayant été choisi comme médecin traitant par des patients âgés de moins de 16 ans. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.

La patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le centre de santé comme médecin traitant dans l'année de référence quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante –PMTIR).

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Le détail du mode de calcul des taux de réalisation des indicateurs est présenté en annexe 25 de l'accord national. ».

L'article 24.5. de l'accord national intitulé « Suivi du dispositif » devient l'article 24.6.

Au troisième alinéa, les termes « lors de l'adhésion d'un centre de santé à l'accord » sont remplacés par « lors de l'enregistrement du centre de santé ».

Il est complété par un cinquième alinéa rédigé comme suit.

« Une clause de sauvegarde est mise en œuvre la première année de mise en œuvre du nouveau dispositif : au vu du bilan de ce dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017, présenté en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 donne lieu à un versement complémentaire aux centres de santé sous forme de majoration de sa rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017. »

Article 7 MPA

L'article 25 intitulé « Améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés » est complété comme suit.

« A compter du 1^{er} janvier 2018, elle bénéficie uniquement au centre de santé pour les patients ne l'ayant pas choisi comme médecin traitant.

Pour les patients ayant choisi le centre de santé comme médecin traitant, cette majoration est intégrée dans le forfait « patientèle médecin traitant » défini à l'article 23.3 de l'accord national. »

Article 8 Détermination des rémunérations

L'article 28.5 est modifié comme suit.

Le premier alinéa est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les parties signataires examinent, dans le délai légal à compter de la conclusion des conventions applicables aux professionnels de santé libéraux, les conditions de l'éventuelle intégration des rémunérations spécifiques fixées par celles-ci. »

Article 9 Rapport d'activité

Les dispositions de l'article 29 intitulé « Rapport d'activité » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les parties signataires sont convenues qu'un suivi d'activité est indispensable à une bonne coopération entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Une plateforme informationnelle partagée entre les centres de santé, le ministère chargé de la Santé, les ARS, les caisses d'assurance maladie et la CNAMTS est mise en place. Elle permet la transmission par le centre de santé des données relatives à son activité et notamment la transmission à l'assurance maladie des données ouvrant droit au paiement des rémunérations prévues par le présent accord.

Le centre de santé s'engage à saisir toutes les données prévues par la plateforme et ce, au plus tard le 28 février suivant chaque année de référence, sous réserve que le centre de santé dispose des informations demandées.

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

La CPR ou la CPD, selon le cas, établit une analyse synthétique des données enregistrées pour les centres de santé relevant de son ressort géographique.

Un bilan du paiement des rémunérations des centres de santé est établi par la commission paritaire nationale des centres de santé une fois par an. ».

Article 10 Accompagnement des centres de santé

L'article 45 est supprimé et remplacé par un nouvel article 45 intitulé « Offre de contacts entre les centres de santé et l'assurance maladie ».

Un article 45.1 nouveau est créé et est rédigé comme suit.

« Article 45.1. Offre de contact via la plateforme téléphonique

Les parties signataires sont attachées à l'amélioration des relations directes entre les centres de santé et leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique.



Ce service est coordonné notamment avec le service médical. Pour le régime général, cette organisation s'appuie soit sur un numéro dédié au niveau régional ou départemental soit sur un numéro dédié par professionnel de santé dans certains départements. Pour les autres régimes, un numéro dédié est instauré pour toutes les catégories de professionnels de santé et les centres de santé.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de l'accord, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

De leur côté, les centres de santé qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et, quand ils en ont, leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'information. ».

Un article 45.2 nouveau est créé et est rédigé comme suit.

« Article 45.2. Offre de contact relative au tiers-payant

Un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes), est mis à la disposition des centres de santé qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant. Il est constitué sous la forme d'un support multicanal : il est dans un premier temps accessible par courriel ou par téléphone. Des sollicitations par « chat », à partir d'Espace Pro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.

L'équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quels que soient le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement :

- information générale sur la réglementation et les conventions applicables dans le cadre du tiers payant ;
- assistance à la facturation ;
- information sur les paiements et sur les rejets.

Lorsque la réponse ne peut être immédiatement apportée, un engagement de réponse en trois jours est pris. Cette réponse peut être assurée directement par la caisse de rattachement du patient, quel que soit son régime.

Le conseiller informatique service (CIS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du centre de santé. ».

Article 11

Vie conventionnelle

Les dispositions du premier alinéa de l'article 47 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur ; il est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée, sauf opposition dans les conditions réglementairement fixées. ».

L'intitulé de l'article 48 « Dénonciation » est remplacé par l'intitulé « Opposition à reconduction ».

Les dispositions de l'article 48 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes.

« L'opposition visée ci-dessus est formée au plus tard six mois avant la date d'échéance de l'accord national, par l'un au moins des signataires ou par une ou plusieurs organisations représentatives des centres de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception. ».

L'intitulé « modalités de notification et d'adhésion » du sous-titre 2 du titre 4 est remplacé par l'intitulé « modalités d'application de l'accord ».

L'intitulé du titre de l'article 51 « Modalités de notification et d'adhésion » est remplacé par l'intitulé « Modalités d'application de l'accord national ».

Les dispositions de l'article 51 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Conformément au code de la sécurité sociale, l'accord national y compris ses annexes et avenants sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ses dispositions.

Lors de sa création ou de son transfert hors du ressort géographique de la caisse primaire de son installation initiale, le centre de santé transmet à sa caisse primaire la copie de son projet de santé et de son accusé-réception par le directeur général de l'ARS et indique son numéro d'identification attribué par l'ARS et équivalent à l'autorisation d'exercer.

Le centre de santé précise à sa caisse primaire s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3 du présent accord.

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse primaire d'assurance maladie peut également modifier la spécialité d'un centre de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète. Dans ce cadre, la caisse primaire d'assurance maladie informe le gestionnaire du centre de santé, au plus tard deux mois avant la modification de cette spécialité par tout moyen, autre que par messagerie électronique, permettant de déterminer la date de réception de cette modification.

En cas de désaccord du gestionnaire du centre de santé, le dossier est soumis à l'avis de la commission paritaire régionale ou départementale par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.

En cas de modification substantielle de ses conditions d'exercice (ouverture d'un nouveau local, fermeture du centre de santé ou déménagement, modification de la spécialité du centre de santé, autres) le centre de santé s'engage à en informer la caisse primaire de son lieu d'installation dans le délai d'un mois à compter de la date de modification.

Le présent accord national est applicable à la date d'ouverture du centre de santé, même dans le cas où les pièces justificatives transmises par le centre de santé nécessitent une régularisation enregistrée par la caisse postérieurement à la date d'ouverture. »

Les dispositions de l'article 52 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Le centre de santé placé sous le régime du présent accord national s'engage à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles régissant l'activité des centres de santé. ».

L'article 53 est supprimé et remplacé par un nouvel article 53 intitulé « Modalités de rupture d'adhésion » ; il est rédigé comme suit.

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

Le centre de santé se place ainsi hors du régime conventionnel mais reste autorisé à demander à tout moment à être placé de nouveau sous le régime du présent accord.

Les caisses des autres régimes accèdent à la liste des centres de santé n'étant pas régis par l'accord national via le portail internet de l'Assurance Maladie. »

Article 12
Autres mesures

L'annexe 1 de l'accord national est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.
« Annexe 1 : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun principal

	Points		Points		Points	
	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>		CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>	
<u>Accessibilité du centre</u> (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	800		<u>Accessibilité du centre</u> (1 critère) : accès à des soins programmés et non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	200	<u>Accessibilité du centre</u> (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (<i>socle et prérequis</i>)	400
<u>Mission de santé publique</u> (2 missions au maximum) (<i>optionnel</i>)		700	<u>Mission de santé publique</u> : relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé (2 campagnes au maximum) (<i>optionnel</i>)		<u>Mission de santé publique ou bilans bucco-dentaires</u> auprès de population ciblée (1 mission au maximum) (<i>optionnel</i>)	
Si forte activité infirmière : 1 mission infirmière supplémentaire (<i>optionnel</i>)		200				
Si forte activité dentaire : 1 mission dentaire supplémentaire (<i>optionnel</i>)		200				200
Diversification de l'offre de soins (4 critères <i>optionnels</i>) :						
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 2 jours/mois)	250					
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)	250					
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes)	250					
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)	250					

RF

Accueil d'au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale y compris pour les centres de santé infirmier ou dentaire ayant changé de spécialité au sens de FINESS du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié
(optionnel)

200

2
AP
E

RE

	Points		Points		Points	
	Fixe	VARIABLE	Fixe	VARIABLE	Fixe	VARIABLE
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT					CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>
Travail en équipe/coordination						
Concertation pluri-professionnelle formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) (<i>socle</i>)		1000			Concertation professionnelle : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) (<i>socle</i>)	Concertation professionnelle : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (<i>socle</i>)
Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (<i>optionnel</i>)	200			400		200
Formation des jeunes PS (2stages/an)(<i>optionnel</i>):	450			Formation des jeunes PS (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)		Formation des jeunes PS (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière supplémentaire (<i>optionnel</i>)	225				250	250
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire (<i>optionnel</i>)	225					
Coordination externe (1 critère) : procédure définissant les modalités de transmission des données de santé extérieures à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux (<i>optionnel</i>)		200		Coordination externe (4 critères) : - procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux, - conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations, - répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, - retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale (<i>socle</i>)		Coordination externe formalisée par une contractualisation (2 contrats au maximum) avec un EHPAD ou un établissement de santé ou médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilan) (<i>optionnel</i>)
Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilans) (<i>optionnel</i>)	200				300	500
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					
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	700	1350 points (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000		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

		Points		Points		Points	
		Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT				CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle	
Echange/Système d'information							
Système d'information (1 critère) : conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau standard intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé (socle et prérequis)	200 points par professionnel de santé salarié du centre jusqu'à 16 PS et 150 points par professionnel de santé salarié du centre au-delà de 16 PS	Système d'information (1 critère / avec 6 ETP en moyenne sur la part variable) : permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé structuré partagé entre professionnels du centre, l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) (socle et prérequis)		Système d'information (1 critère) : permettant la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée) (socle et prérequis)		400	600
	500			400	600	250	450
Si forte activité dentaire : système d'information permettant la tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre de santé polyvalent (optionnel)	450						
Système d'information pluri-professionnel conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau avancé (optionnel)	100						
Précarité : Prise en charge du public précaire (CMU-C+ AME) Majoration égale à la différence entre le taux national de patients CMU-C et AME et le taux de la structure en pourcentage Majoration au maximum de 25%							
TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative)</i>		4550	3450	1450	1300	1800	650

39




L'annexe 1 bis de l'accord national est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.
 « Annexe 1 : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun complémentaire

	Points			Points		
	Fixe	Variabile		Fixe	Variabile	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle			CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle
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>			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>			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		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		1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)
2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ
3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints
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

AP
 54

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle	
Points		Points		Points	
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Accès aux soins					
Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico- sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques	200	Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico- sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques	200	Accompagnement des publics vulnérables coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques.	200
100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active médecine générale du centre de santé		100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé		100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé	
200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active médecine générale du centre de santé (optionnel)		200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé (optionnel)		200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé (optionnel)	
Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre (optionnel)	50	Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre (optionnel)	50	Information du public : affichage sur le site "ameli.fr" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre (optionnel)	50
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)	
	440		240		120
Télétransmission (aide pérenne)		Télétransmission (aide pérenne)		Télétransmission (aide pérenne)	
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)	46	SCOR	83		
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (optionnel)	75				
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE si tous les critères et objectifs sont remplis		875		800	
		486		323	
		800		120	

E

AP

SC

L'annexe 5 est modifiée comme suit.

Les deux premiers alinéas de l'annexe 5 sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« Dans le cadre de l'article 8.2 du présent accord, des missions de santé publique définies dans la liste figurant dans la présente annexe ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS) peuvent permettre aux centres de santé de bénéficier d'une valorisation complémentaire (dans les conditions définies à l'article 8.2) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé. »

Le thème « Prévention périnatale » de l'annexe 5 de l'accord est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« - Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. En France et dans de nombreux pays développés, le taux de naissances prématurées est en hausse ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9% des naissances en 1995 à 7,4% en 2010. Entre 50 000 et 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85% sont des prématurés moyens (32-37 SA), 10% sont des grands prématurés (28-32 SA) et 5% sont des très grands prématurés, nés à moins de 28 SA¹.

Au-delà de la prévention périnatale, le suivi des femmes en âge de procréer en situation de précarité constitue un enjeu majeur de santé publique qui peut se traduire par la mise en place d'actions de prévention des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles et des pathologies de la grossesse (prématurité, diabète gestationnel...), et par un soutien à la parentalité.

Si le phénomène des maternités précoces reste limité en France², le risque de précarité associé à ce phénomène justifie néanmoins une attention particulière en termes de prévention et d'accompagnement social des jeunes mères présentant des critères de vulnérabilité psychosociale (moins de 26 ans, grossesses non désirées, primipares, niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, isolement affectif et faiblesse des revenus). ».

L'annexe 8 est modifiée comme suit.

Sont ajoutés à la fin du titre de l'annexe 8 les termes suivants : « - Dispositions transitoires ».

Est ajouté au début de l'annexe 8 l'alinéa suivant :

« Conformément aux dispositions de l'article 19 et suivants du présent accord, l'option démographique souscrite dans les conditions définies à la présente annexe, en cours à la date d'entrée en vigueur de l'avenant 1 au présent accord s'applique jusqu'à son terme selon lesdites conditions.

¹ Cf. INSERM Prématurité <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>

² Cf. étude de l'INED publiée en juin 2012 : 11 naissances par an pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans

Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

A compter de l'entrée en vigueur de l'avenant 1 au présent accord, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option démographique décrite dans la présente annexe. ».

Une nouvelle annexe 10 bis est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 10 bis : contrat-type national d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents (en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.1 et à l'annexe 10 bis de l'accord national des centres de santé approuvée par arrêté du XXXXXX.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique)]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.)]*

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

? u
43
L RW

Article 1. Champ du contrat d'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les [zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans les zones précitées pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture du centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents qui se créent et s'implantent dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat peut également être proposé à un centre de santé infirmier ou dentaire installé dans les zones précitées qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens du FINESS, du fait de l'intégration d'un ou plusieurs médecins généralistes salariés.

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

Le centre de santé ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 19.2 de l'accord national. A titre dérogatoire, ce cumul est possible à compter de la deuxième année d'ouverture d'un nouveau centre de santé médical ou polyvalent ou de la modification de la spécialité du centre évoquée supra, dans la zone concernée, pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés et ce, dans la limite de 2 ETP rémunérés.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à exercer au sein de la zone définie à l'article 1 du contrat pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion au contrat.

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

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

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

44
AP LS

Le montant de l'aide s'élève à 30 000 euros par ETP médecin généraliste salarié pour le premier ETP, puis 25 000€ pour les deuxième et troisième ETP rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée en deux fois :

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

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

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'installation

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

Article 4. Résiliation du contrat d'installation

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

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

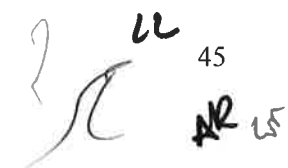
Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

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

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

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

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

 LL 45 AR 15

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom »

Handwritten marks and signature in the bottom right corner, including the number 46 and a small mark resembling a checkmark.

Une nouvelle annexe 10 ter est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 10 ter : contrat type national de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.2 et à l'Annexe 10 ter de l'accord national des centres de santé.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.)]*

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat de stabilisation et de coordination (pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés en zone sous-dotée.

 47

Article 1. Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1. Objet du contrat

L'objet du contrat est de valoriser la pratique des centres de santé médicaux ou polyvalents exerçant dans les zones

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

qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans une des zones

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

Un centre de santé ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.1 de l'accord national. A titre dérogatoire, le cumul est possible avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 19.1 du présent accord, à compter de la deuxième année d'ouverture d'un nouveau centre de santé médical ou polyvalent ou de la modification de la spécialité du centre évoquée à l'article 19.1.2, dans la zone concernée, pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés et ce, dans la limite de 2 ETP rémunérés.

Un centre de santé adhérant au contrat incitatif tel que défini dans à l'annexe 8 de l'accord national des centres de santé peut signer le présent contrat lorsque son adhésion au contrat incitatif est arrivée à échéance.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de stabilisation et de coordination

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique au sein de la *[zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]* *[zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

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

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1. du présent contrat, le centre de santé adhérant au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an et par ETP de médecin salarié.

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

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

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

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

Article 3. Durée du contrat de stabilisation et de coordination

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

Article 4. Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

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

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

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

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

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

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

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

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

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

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

Le centre de santé
Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom »

28
ll
50
55

Une nouvelle annexe 10 quater est créée et rédigée comme suit.

« Annexe 10 quater : contrat type national de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous dotées

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 19.3 et à l'Annexe 10 quater de l'accord national.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).]*

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat de solidarité territoriale relatif à l'engagement des centres de santé médicaux ou polyvalents de réaliser une partie de leur activité au sein de zones sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

Ce contrat vise à inciter les centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à d'autres centres de santé exerçant dans les zones précitées.

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé,
- centres de santé médicaux ou polyvalent s'engageant à ce qu'au moins un de ses médecins salariés réalise une partie de son activité représentant au minimum 10 jours par an au sein d'un autre centre de santé situés dans les [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] définies par l'agence régionale de santé,

Un centre de santé ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de solidarité territoriale

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à mettre à disposition au moins un de ses médecins salariés pour exercer au minimum 10 jours par an dans un centre de santé situé au sein d'une [zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].

Le centre de santé s'engage à ce que le médecin facture l'activité qu'il réalise au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins dans le cadre du présent contrat sous le numéro de facturant (numéro AM) qui lui a été attribué spécifiquement pour cette activité.

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

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée médicale clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des [zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an et par ETP médical.

Cette aide à l'activité est calculée au regard des honoraires facturés par le centre pour le ou les médecins mis à disposition sous le ou les numéros de facturant qui lui a (ont) été attribué(s) spécifiquement pour cette activité au sein des zones précitées dans le cadre du présent contrat.

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

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une aide à l'activité bonifiée pour les centres de santé adhérent au présent contrat et réalisant une partie de leur activité, par la mise à disposition d'un de ses médecins salariés, dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les zones :

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

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité défini au présent article. Pour les centres de santé faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3. Durée du contrat de solidarité territoriale

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

Article 4. Résiliation du contrat de solidarité territoriale

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

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

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

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

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (centre de santé ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

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

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

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

28
LL
54
✓

Le dernier paragraphe de l'article 5 de l'annexe 11 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« - à l'activité correspondant à 3% des honoraires sans dépassement, liés à l'activité infirmière du centre de santé ;».

Le deuxième alinéa de l'article 9 de l'annexe 11 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et de l'aide à l'activité ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues. ».

Le dernier paragraphe de l'article 5 de l'annexe 14 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« - (*option 2*) d'une aide à l'activité correspondant à 2% des honoraires sans dépassements liés à l'activité dentaire du centre de santé et vaut pour la durée du contrat, soit 3 ans, pour le centre de santé déjà installé dans la zone. Cette aide est également valable pour les centres de santé dentaires nouvellement installés dans la zone. ».

L'alinéa 2 de l'article 9 de l'annexe 14 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et de l'aide à l'activité ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues. ».

L'annexe 25 est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Annexe 25 : rémunération sur objectifs de sante publique

Article 1. Modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de seize et plus, et 10 indicateurs pour les centres de santé « médecins traitants » des patients âgés de moins de seize ans.

Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les centres de santé.

➤ Le calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le centre de santé en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.

2 SE 12 55 LL W

Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des centres de santé et conforme aux objectifs prévus dans la convention médicale, qui correspond à un taux de réalisation de 50% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque centre au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le centre de santé :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire³ :

le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le centre de santé est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, le taux de réalisation du centre de santé est compris entre 0% (lorsque le centre de santé n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :

le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le centre de santé est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% * \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 50% (lorsque le centre de santé n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le centre de santé est rémunéré au niveau constaté.

➤ Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du centre de santé.

³ Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant. Si l'objectif est décroissant le rapport est inversé

Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle « médecin traitant déclarante » du centre de santé de l'année. Elle correspond aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.

La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux centres de santé qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points au maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants pour les patients de seize ans et plus, et 600 patients pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants pour les patients âgés de moins de 16 ans. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle « médecin traitant déclarante » et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€

➤ Pour les centres de santé « nouveaux installés » :

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre de santé, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans et à appliquer une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans :

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/600) × 7€ × majoration du point selon l'année d'ouverture du centre de santé

Pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par des patients âgés de seize ans et plus:

Rémunération calculée = nombre de points × taux de réalisation × (patientèle déclarante/800) × 7€ × majoration du point selon l'année d'ouverture du centre de santé ».

AR 57
LL

Article 2. Méthodologie de construction des indicateurs

Article 2.1. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➤ **Suivi du diabète :**

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement. Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année***

Numérateur : nombre de patients MT

traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle

Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »)

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 24 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.

Définitions : Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :

- les actes cliniques faits par un ophtalmologiste : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15
- les actes CCAM suivants : BGQP002 (Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BGQP007 (Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection),

2/2 AR 58
LL W

BZQK001 (Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique) et BGQP140 (Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient)

- **Indicateur : *Part des patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients » MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de micro albuminurie sur échantillon d'urines, le code 1133 (« UR. : micro albuminurie : dosage »)
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes suivants: 0592 (« SANG : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le centre de santé ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le centre de santé ou une consultation de podologie dans l'année

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ HTA

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs

Numérateur : nombre de patients ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

- ✓ sont pris en compte les codes ATC des médicaments des classes C02, C03, C07, C08 et C09 ayant l'indication HTA, ainsi que le code ATC C10BX03 (atorvastatine +amlopidine)
- ✓ sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

➤ Risque cardio-vasculaire

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scoring) en amont de la prescription de statines (déclaratif)**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT du centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT du centre de santé, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scoring)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT traités par statine

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définitions : indicateur déclaratif

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par statines et AAP + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 6 ans glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1^{er} trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)

Définitions :

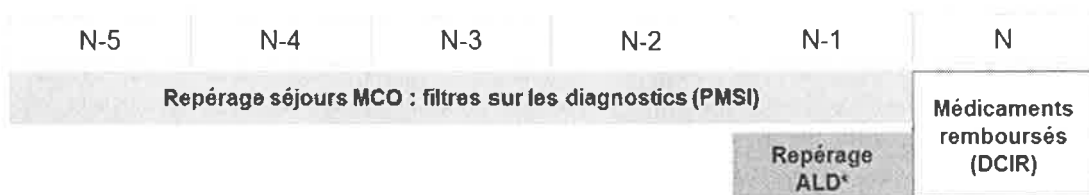
Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravastatin®) et de la classe ATC C10BA02 (association de simvastatine et d'ézetimibe : Inegy®) et de la classe ATC C10BA05 (association d'atorvastatine et ezetimibe). L'ézetimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).

AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acétylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acétylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)

IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)

Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAMTS, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.

2/2 AE 60 LL 5



Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique, et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR), et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),

[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]

Codes CIM10 utilisés

PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :

Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,

et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),

et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).

Codes CIM10 utilisés

PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).

ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année**

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK

Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Le code NABM retenu pour le dosage de l'INR est le code 0127 (« INR : temps de quick en cas de traitement par AVK »)

AVK : médicaments de la classe ATC B01AA (coumadine, pindione, apegmone, previscan, sintrom, minisintrom)

2 R 61
LL 5

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant, y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur les psychotropes et l'antibiothérapie.

➤ Grippe

Le calcul se fait sur la période de la campagne de vaccination.

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)

Numérateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ayant eu 1 remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur) durant la campagne de vaccination

Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique
Fréquence de mise à jour des données : mensuelle durant la période de campagne vaccinale

Définitions : Patients présentant une maladie respiratoire chronique : au moins 4 délivrances à des dates distinctes de médicaments ciblés dans la classe ATC R03 « Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires »

Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS.

➤ Dépistage des cancers

- **Indicateur : *Part des patientes MT du centre de santé de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 50 à 74 ans

2/2 MR 62
LL 45

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

- **Indicateur : Part des patientes MT du centre de santé de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années**

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans (femmes uniquement)

Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un frottis (quel que soit le prescripteur) sur 3 ans

Période de calcul : 36 mois glissants

Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 25 à 65 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Les actes pris en compte pour le frottis sont :

- actes CCAM : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015
 - actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins
 - acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis)
- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années**

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe)

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

Période de calcul : 27 mois glissants

Seuil minimum : 20 patients MT âgés de 50 à 74 ans

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

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

➤ **Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse**

- **Indicateur : Part des patients MT > 75 ans du centre de santé ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)**

Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23

Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT > 75 ans du centre de santé hors ALD 23

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

➤ Dans la Classe N05 (psycholéptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thiopropazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluoperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol), N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01

2/2 AR⁶³ LL 15

(sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),

➤ Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :

N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxetine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxetine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (mianserine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxetine), N06AX22 (agomelatine)

➤ Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimemazine).

• **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions :

Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1ère délivrance

BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine)

• **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance

Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec ≥ 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1ère délivrance

BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

64
LL 25

➤ **Antibiothérapie**

- **Indicateur : Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT du centre de santé de 16 à 65 ans et hors ALD**

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD

Numérateur : nombre de prescriptions d'antibiotiques prescrites par le centre de santé et remboursées aux patients MT du centre de santé de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 20 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3^e et 4^e génération; fluoroquinolones)**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3^e et 4^e génération OU fluoroquinolones par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT avec prescription d'antibiotiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition :

Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

Pour le numérateur :

- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)

- céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefepime), J01DE01 (cefepime)

- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12 et J01MA14

➤ **Conduites addictives**

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)**

Dénominateur : nombre de patients MT tabagiques

Numérateur : nombre de patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT tabagiques

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

- **Indicateur : Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)**

ER AR⁶⁵ LL

Dénominateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool
Numérateur : nombre de patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT consommateurs excessifs d'alcool
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le centre de santé à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine (qui prend en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur)

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées.

Il est tenu compte des grands conditionnements: une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

➤ **Prescription dans le répertoire des génériques**

Quelle que soit la classe considérée, l'indicateur correspond au taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les médicaments de la classe.

Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

• **Indicateur : *Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 30 boîtes de statines prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10 hors autres agents modifiant les lipides (fibrates, acide nicotinique, résines, oméga 3 ...)

• **Indicateur : *Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 130 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments des classes ATC C02 (sauf C02CA02), C03 (sauf C03DA04, C03XA01), C07 (sauf bêtabloquant n'ayant pas l'indication HTA), C08 (sauf inhibiteurs calciques n'ayant pas l'indication HTA), C09 (sauf Enalapril® 2,5 mg n'ayant pas l'indication HTA). L'Esidrex® (hydrochlorothiazide) est inclus au numérateur de l'indicateur.

• **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 20 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

2/26 66
LL 15

- **Indicateur : *Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 20 boîtes d'antiasthmiques prescrites par le centre de santé à ses patients

Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 sauf ATC R03AC18 et R03AC19 (ayant juste l'indication BPCO).

- **Indicateur : *Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Seuil minimum : 200 boîtes de médicaments prescrites par le centre de santé à ses patients MT (en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique d'efficacité est présent dans la ROSP : cf ci-dessus)

Définition : Cet indicateur concerne toutes les classes thérapeutiques prescrites en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP.

➤ **Prescription de biosimilaires**

- **Indicateur : *Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine***

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le centre de santé en tant que médecin traitant MT à ses patients MT

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 20 boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : parmi les médicaments de la classe ATC A10AE04 (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA_ATC_L07 = « insuline glargine »

➤ **Efficacité des prescriptions**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre de santé traités par antiagrégants plaquettaires***

Dénominateur : nombre de patients

MT traités par antiagrégants plaquettaires (au moins un remboursement pour une prescription du centre de santé)

Numérateur : nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT du centre de santé)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 10 patients MT traités par antiagrégants plaquettaires

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définition : Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- **Indicateur : *Part des patients MT diabétiques traités par metformine***

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2

2 67 W
LL

Numérateur : nombre de patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine (quel que soit le prescripteur)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum 10 patients MT diabétiques

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : les classes incluses au dénominateur appartiennent aux classes Ephmra A10C9,A10H,A10J1,A10J2,A10K1,A10K3,A10L,A10M1,A10N1,A10N3,A10S.

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH**

Dénominateur : nombre de patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L (prescripteur centre de santé)

Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (prescripteur centre de santé)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 10 patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L

Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

Définitions : Codes NABM 1206 (triiodothyronine libre (T3 L OU FT3)), 1207 (THYROXINE LIBRE (T4 L OU FT4)), 1208 (T.S.H.), 1209 (T3 LIBRE + T4 LIBRE), 1210 (T.S.H. + T3 LIBRE), 1211 (T.S.H. + T4 LIBRE), 1212 (T.S.H. + T3 LIBRE + T4 LIBRE)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20

	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55

	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	$\leq 24\%$	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	$\leq 7\%$	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	36%	$\leq 27\%$	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	10 patients	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	$\geq 75\%$	10 patients	20
	Total					
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	$\geq 97\%$	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	$\geq 92\%$	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	$\geq 94\%$	20 boîtes	30

70

		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	$\geq 86\%$	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	51%	$\geq 55\%$	200 boîtes	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	$\geq 20\%$	20	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	$\geq 94\%$	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	$\geq 93\%$	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	$\geq 99\%$	10 patients	45
Total						330

Article 2.2. Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecin traitant par des patients âgés de moins de seize ans

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution du présent accord. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins

➤ Suivi de l'asthme :

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes**

Dénominateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant (défini par la délivrance d'au moins 5 boîtes de la classe ATC R03)

Numérateur : nombre de patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins 5 boîtes délivrées de corticoïdes inhalés (seuls ou associés) et/ou d'antileucotriènes

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 1 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

25 AR 71 LL WF

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03 (≥ 5 boîtes)
 - Corticoïdes inhalés : médicaments des classes Ephemra R03D1 et R03F1
 - Anti leucotriènes : médicaments de la classe Ephemra R03J2
- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle***

Dénominateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant

Numérateur : nombre de patients MT de 6 à 15 ans inclus présentant un asthme persistant et ayant eu au moins une EFR

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 6 à 15 ans inclus ans présentant un asthme persistant

Fréquence de mise à disposition des données : semestrielle

Définitions :

- Asthme persistant : médicaments de la classe ATC R03
- Codes CCAM EFR :
- GLQP002 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP003 : mesure de l'expiration forcée (courbe débit-volume) avec enregistrement
- GLQP008 (mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec gazométrie sanguine artérielle (Spirométrie standard avec gaz du sang)
- GLQP011 : mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie
- GLQP012 : mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec enregistrement (Spirométrie standard)
- GLQP014 : mesure du débit expiratoire maximal par technique de compression
- GLQP016 : mesure des résistances des voies aériennes ou de l'appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées

Indicateurs de prévention

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le centre de santé comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur l'antibiothérapie.

➤ **Obésité**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 16 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ Vaccination

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR***

Dénominateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins deux délivrances de ROR et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 19-30 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Vaccin ROR : médicaments de la classe ATC J07BD52
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C***

Dénominateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Numérateur : nombre de patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de vaccin anti méningocoque C et une délivrance de DTP depuis leur naissance

Période de calcul : 2 ans et demi glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 15-26 mois (au 31/12 de l'année N) ayant eu au moins une délivrance de DTP depuis leur naissance

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Indicateur calculé hors données des PMI

- Vaccin anti méningocoque C : médicaments de la classe ATC J07AH07
- Vaccin DTP : médicaments des classes ATC J07CA01, J07CA02, J07CA06, J07CA09

Remarque : on introduit au dénominateur les patients ayant eu au moins une délivrance de DTP pour cibler les patients qui réalisent leur vaccins en ville (et non en PMI).

➤ Antibiothérapie

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT de moins de 4 ans ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins de 4 ans avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le centre de santé

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

2 R 73 LL 45

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01
-
- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3^e ou 4^e génération parmi les patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par antibiotiques***

Dénominateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT du centre de santé

Numérateur : nombre de patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins une délivrance de céphalosporines de 3^e ou 4^e génération prescrites par le MT du centre de santé

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 4 ans ou plus avec délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT du centre de santé

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Antibiotiques : médicaments de la classe ATC J01
- Céphalosporine de 3^e et 4^e génération : médicaments des classes ATC J01DD02, J01DD04, J01DD08, J01DD13, J01DE01

➤ **Dépistage des troubles sensoriels**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs***

Dénominateur : nombre de patients MT de moins d'un an

Numérateur : nombre de patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de moins d'un an

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Dépistage des troubles des apprentissages**

- **Indicateur : *Part des patients MT du centre de santé de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)***

Dénominateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans

Numérateur : nombre de patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre)

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT de 3 à 5 ans

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Définition : indicateur déclaratif

➤ **Suivi bucco-dentaire**

- **Indicateur : Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire**

Dénominateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Numérateur : nombre de patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N, ayant eu au moins un acte dentaire

Période de calcul : 18 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients MT dans les tranches d'âge [6 ans ½ - 7 ans ½], [9 ans ½ - 10 ans ½], [12 ans ½ - 13 ans ½], [15 ans ½ - 16 ans ½] au 31/12/N

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Toutes prestations réalisées par les chirurgiens-dentistes suivants :

Spécialité 18 : stomatologue

Spécialité 19 : chirurgien dentaire

Spécialité 36 : chirurgien dentaire spécialiste ODF

Spécialité 44 : chirurgien maxillo faciale

Spécialité 45 : chirurgien maxillo faciale et stomatologue

Spécialité 53 : chirurgien dentaire CO (chirurgie orale)

Spécialité 54 : chirurgien dentaire MBD (médecine bucco-dentaire)

Spécialité 69 : chirurgie orale

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT du centre de santé de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	63%	≥ 80%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de santé de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle*	50%	≥ 71%	5 patients	35
Prévention	Obésité	<i>Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an. ** Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
		Vaccination	Part des patients MT du centre de santé de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR.	75%	≥ 87%	5 patients
			Part des patients MT du	77%	≥ 90%	5

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including the number 75 and initials.

		centre de santé de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C			patients	
Antibiorésistance		Part des patients MT du centre de santé de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	18%	≤ 3%	5 patients	35
		Part des patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT du centre de santé de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	11%	≤ 2%	5 patients	35
Dépistage des troubles sensoriels		<i>Part des patients MT du centre de santé de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
Dépistage des troubles des apprentissages		<i>Part des patients MT du centre de santé de 3 à 5 ans qui ont eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre). Déclaratif</i>	80%	≥ 95%	5 patients	20
Suivi bucco-dentaire		<i>Part des patients MT du centre de santé de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire.</i>	80%	≥ 86%	5 patients	35
Total						305

* Afin de faciliter l'accès des patients de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant à une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), l'assurance maladie s'engage à mettre en place un programme d'accompagnement des médecins traitants exerçant au sein des centres de santé incluant la mise à disposition de spiromètres et dont le contenu scientifique et les modalités seront définis avec le Collège de médecine générale, la société de pneumologie de langue française et de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA).

** Une attention particulière sera portée aux enfants de moins de 6 ans, de manière à dépister un rebond précoce d'adiposité (courbe de corpulence pluriannuelle).».

2 76 5
AR
LL

L'annexe 27 est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes.

« Annexe 27 : formulaire de renseignement à transmettre à la caisse primaire de son ressort géographique par le centre de santé lors de sa création

Ce document est à remplir par le centre de santé qui le transmet, en double exemplaire, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 51 de l'accord) :

Identification du centre de santé

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS (n° *FINESS*) :

Date d'autorisation d'exercice délivrée par l'ARS (*date d'attribution du numéro d'identification*) :

Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (*entité juridique*) :

Spécialité du centre de santé (*cocher la case correspondante*)

- centre de santé polyvalent
- centre de santé médical
- centre de santé infirmier
- centre de santé dentaire

Adhésion aux contrats

Liste des contrats avec case à cocher et date

Non adhésion à la ROSP (*cocher la case*)

- non adhérent à la ROSP

Adhésion à l'accord conventionnel interprofessionnel
relatif aux structures de santé pluri-professionnelles (*cocher la case*)

- adhérent (*date d'adhésion à préciser*)
- non adhérent

Je soussigné(e), atteste de l'exactitude des informations renseignées ci-dessus et m'engage à respecter toutes les dispositions de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Fait à
Le

Signature

 AR 77 LL

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

Enregistrement le :

A effet du :

Numéro d'identification du centre de santé (N° FINESS)

Non enregistrement

Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

Date »

Fait à Paris, le 23 Mai 2017,

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



Et

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

Po ~~ANNEX~~ **ROCHETTE**



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

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

Po Laurent **EVEILLARD**



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

Pour la Fédération Nationale des Centres de Santé, M. Richard LOPEZ, Président,



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

Pour la Confédération des centres de Santé et Services de Soins Infirmiers,
Mme Françoise LE COQ, Présidente

Pour la Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Timothy PERERA, Vice-président,

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

PO Line LARTIGUE



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