

# CIRCULAIRE

## CIR-2/2021

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

03/02/2021

**Domaine(s) :**

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Mise en œuvre de l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé

**Liens :**

**Plan de classement :**

P04

**Emetteurs :**

DDGOS

**Pièces jointes :** 11

**à Mesdames et Messieurs les**

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input type="checkbox"/> <b>DCF</b>	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> <b>DCGDR</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en œuvre immédiate

**Résumé :**

La présente circulaire a pour objet de présenter ce nouveau texte conventionnel, dont les principales mesures portent sur :

- Le déploiement dans les centres de santé d'une nouvelle fonction assurée par les assistants médicaux qui doivent permettre au sein des structures de libérer du temps médical;
- La nécessité de favoriser le développement de nouveaux modes d'organisation des soins via le recours aux actes de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) en faveur d'un meilleur accès aux soins des patients;
- L'évolution des indicateurs de la rémunération forfaitaire.

**Mots clés :**

Centres de santé ; ssistant médical ; contrats démographiques ; accord national des centres de santé ; rémunération forfaitaire

**Le Directeur Délégué  
aux Opérations**



**Pierre PEIX**

**P/ La Directrice Déléguée  
à la Gestion et à l'Organisation des Soins**



**Emmanuel GOMEZ**

## **CIRCULAIRE : 2/2021**

Date : 03/02/2021

Objet : Mise en œuvre de l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé

Affaire suivie par : **DDGOS/DOS/DPROF**  
[centre-de-sante.dprof.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:centre-de-sante.dprof.cnam@assurance-maladie.fr)

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé (Adessadomicile, la Croix-Rouge Française, la FMF, la FNMF, la FNISASIC, l'UNADMR, l'UNA, la C3SI, la CANSSM, et la FNCS) ont conclu, le 4 février 2020, un avenant n° 3 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Ce texte a été publié au journal officiel du 3 septembre 2020. Vous trouverez un exemplaire de ce texte en annexe 1.

La présente circulaire a pour objet de présenter ce nouveau texte conventionnel, dont les principales mesures portent sur :

- le déploiement dans les centres de santé d'une nouvelle fonction assurée par les assistants médicaux qui doivent permettre au sein des structures de libérer du temps médical ;
- la nécessité de favoriser le développement de nouveaux modes d'organisation des soins via le recours aux actes de télémedecine (téléconsultation et téléexpertise) en faveur d'un meilleur accès aux soins des patients ;
- l'évolution des indicateurs de la rémunération forfaitaire.

Un diaporama de présentation de l'avenant 3 l'accord national est disponible en annexe 2.

### **1. Les nouvelles mesures de la rémunération forfaitaire spécifique**

L'ensemble des dispositions de l'avenant 3 portant sur la rémunération forfaitaire spécifique seront appliquées en avril 2021 lors du paiement de la rémunération forfaitaire de l'année d'exercice 2020.

Un guide des indicateurs est consultable en annexe 3.

## **1.1 Indicateurs du bloc commun principal**

### **a. Indicateur portant sur la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale (article 8.3.5 de l'accord national)**

Cet indicateur optionnel est une transposition de la convention médicale, il est applicable uniquement aux centres de santé médicaux ou polyvalents. Cet indicateur valorisé à hauteur de 150 points variables (en fonction du nombre d'ETP du centre de santé) a pour objectif de valoriser les médecins de premier et de second recours, salariés des centres de santé, impliqués dans l'organisation territoriale régulée, permettant de répondre aux soins non programmés des patients du territoire ayant un besoin de prise en charge le jour même ou dans les 24 heures.

Cette organisation territoriale s'inscrit dans le cadre des missions des communautés professionnelles territoriales de santé.

### **b. Indicateurs portant sur l'engagement des centres de santé infirmiers dans la coordination avec les MSP (article 8.7 de l'accord national)**

Les centres de santé infirmiers ayant signé une convention avec une MSP adhérente à l'ACI relatif aux structures de santé pluri professionnelles sont éligibles aux 3 indicateurs suivants :

- La participation des infirmiers salariés du centre de santé infirmier à des réunions de coordination organisées par les professionnels de santé de la MSP peut être valorisée à hauteur de 100 points fixes. Les comptes rendus attestant de la présence des infirmiers salariés des centres de santé peuvent être demandés par le service médical ;
- La participation des infirmiers salariés du centre de santé infirmier à l'élaboration de protocoles (protocoles pluri professionnels tels que définis dans l'ACI relatif aux structures de santé pluri professionnelles) avec les professionnels de santé de la MSP peut être valorisée à hauteur de 200 points fixes. La copie des protocoles rédigés en collaboration avec les infirmiers du centre de santé peut être demandée par le service médical ;
- L'acquisition d'un logiciel pluriprofessionnel labellisé par l'Agence numérique en santé, en sus d'un logiciel métier infirmier, peut être valorisée à hauteur de 150 points fixes.

### **c. Indicateur portant sur l'accueil de stagiaires professionnels de santé**

Cette revalorisation concerne uniquement les centres de santé polyvalents et médicaux. En sus des 450 points fixes prévus pour l'accueil de 2 jeunes professionnels de santé par an, l'avenant 3 prévoit la valorisation de 100 points supplémentaires pour l'accueil spécifique de 2 stagiaires médecins par an. L'accueil d'un stagiaire médecin est donc valorisé à hauteur de 50 points en plus des 225 points prévus pour l'accueil d'un professionnel de santé, quelle que soit sa profession.

Ainsi, si au 31/12 de l'année n un centre de santé polyvalent a accueilli 3 stagiaires respectivement en formation de médecin, de sage-femme et d'infirmier, il pourra prétendre au versement de 3 500 € (500 points). Il bénéficiera ainsi des 450 points prévus pour l'accueil de deux stagiaires, quel que soit leur profession, et de 50 points supplémentaires pour avoir accueilli spécifiquement un stagiaire médecin.

#### **d. Révision des modalités de calcul de l'indicateur « système d'information » pour les centres de santé infirmiers et dentaires**

Comme pour les centres de santé polyvalents ou médicaux, la part variable de l'indicateur système d'information est désormais fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre de santé. Pour rappel, cet indicateur reposait auparavant sur le nombre de patients fréquentant les centres de santé infirmiers et dentaires.

Pour les centres de santé infirmiers, l'indicateur est calculé de la manière suivante :

- 400 points fixes
- +
- 100 points par infirmier salarié du centre jusqu'à 10 infirmiers, et 50 points par infirmier au-delà de 10 infirmiers.

Pour les centres de santé dentaires, l'indicateur est calculé de la manière suivante :

- 250 points fixes
- +
- 200 points par chirurgien-dentiste salarié du centre jusqu'à 6 chirurgiens-dentistes, et 150 points par chirurgien-dentiste au-delà de 10 chirurgiens-dentistes. Les assistantes-dentaires ne sont pas valorisées dans le cadre de cet indicateur.

### **1.2 Indicateurs du bloc commun complémentaire**

#### **e. Revalorisation de l'indicateur portant sur la démarche qualité**

Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveaux de l'indicateur portant sur la démarche qualité ont été revalorisés pour les 3 types de centres de santé. Chacun des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> niveaux est désormais valorisé avec :

- Une partie fixe s'élevant à 150 points ;
- Une partie variable s'élevant à 25 points, cette partie variable est calculée en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé présents au sein du centre de santé (11 ETP de PS pour les centres de santé polyvalents et médicaux ; 6 ETP d'IDE pour les centres de santé infirmier ; 4 ETP de chirurgiens-dentistes pour les centres de santé dentaires).

#### **f. Revalorisation de la prise en charge de l'indicateur « accompagnement des publics vulnérables »**

Afin de valoriser au plus près la prise en charge des publics vulnérables par les centres de santé, l'indicateur intègre désormais 2 nouveaux paliers supplémentaires pour les centres ayant un public vulnérable représentant plus de 5% de sa file active. Cet indicateur est valorisé à hauteur de 400 points contre 200 précédemment.

#### **g. Création d'un indicateur portant sur la présence d'un médiateur en santé au sein des centres de santé médicaux ou polyvalents (article 9.2.5 de l'accord national)**

La présence d'une fonction de médiateur en santé, assurée par du personnel recruté spécialement pour assurer cette mission ou ayant un temps spécifique dédié à cette mission, est valorisée à hauteur de 250 points variables (et proratisée en fonction de la patientèle de référence du centre de santé).

La mission des médiateurs en santé consiste notamment au sein des centres dits « communautaires » à améliorer l'accès aux droits sociaux des patients, à développer un accompagnement psycho-social, à

favoriser des actions en faveur de la promotion de la santé et à assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants afin de tenir compte des problématiques médico-sociales des patients.

#### **h. Indicateurs portant sur les échanges et l'équipement en système d'information des centres de santé polyvalents et médicaux et des centres de santé infirmiers**

Pour l'année 2019 (centre de santé médical/polyvalent) :

- Un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation par les médecins salariés du centre de santé polyvalent ou médical est valorisé à hauteur de 50 points (points fixe) ;
- 25 points sont alloués à chaque ETP de médecin salarié du centre, dans la limite du nombre d'équipements médicaux connectés dont dispose le centre de santé.

Pour l'année 2020 (centre de santé médical/polyvalent ; centre de santé infirmier):

- En sus de l'équipement dédié au médecin, il est possible de valoriser, à hauteur de 50 points, un équipement supplémentaire permettant la vidéotransmission sécurisée pour les centres de santé salariant des infirmiers. Cet équipement est également valorisable pour les centres de santé infirmiers à hauteur de 50 points (points fixe) ;
- En sus de l'équipement médical, 25 points peuvent être alloués par ETP d'infirmier salarié du centre, dans la limite du nombre d'équipements connectés dont dispose le centre de santé ;
- 10 points sont attribués pour l'ouverture de 70 DMP réalisée par les infirmiers salariés du centre de santé polyvalent ou infirmier. L'ouverture du DMP doit être réalisée par l'infirmier en présence de l'assuré concerné, l'infirmier doit délivrer les informations nécessaires à la bonne appréhension par l'assuré de l'objectif et du fonctionnement du DMP. Le recueil du consentement explicite de l'assuré est exigé. Le décompte du nombre d'ouvertures de DMP par le centre de santé sera calculé par la Cnam sur la base des données dont elle dispose.

La liste des équipements connectés sera mise à disposition sur le site « ameli.fr ».

#### **i. Indicateur portant sur la capacité à coder des centres de santé polyvalents ou médicaux (article 9.2.4 de l'accord national)**

Cet indicateur optionnel valorisé à hauteur de 100 points fixes a pour objectif d'inciter les centres de santé à produire ou alimenter les registres des patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales.

Afin de vérifier l'atteinte de cet objectif, les caisses primaires peuvent demander le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

#### **j. Revalorisation de l'indicateur « utilisation des téléservices »**

Afin de transposer la revalorisation de l'utilisation des téléservices par les médecins libéraux dans le cadre du forfait structure prévu par la convention médicale, l'indicateur « utilisation des téléservices » a été revalorisé de 15 points, il passe ainsi à 90 points à compter de l'année 2020 (contre 75 points auparavant).

### 1.3 Autres paramètres entrant dans le calcul de la rémunération forfaitaire spécifique

#### a. Patientèle de référence des centres de santé médicaux/polyvalents (article 13.1 de l'accord national)

La patientèle de référence 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 au 31/12 de l'année considérée.

Par dérogation et afin de tenir compte de la montée en charge du dispositif « médecin traitant de l'enfant », seuls les patients de plus de 16 ans ayant déclaré le médecin salarié d'un centre de santé en tant que médecin traitant étaient retenus pour les années 2017 et 2018. A ces patients médecin traitant adultes, s'ajoutaient les patients de moins de 17 ans ayant consommé au moins 2 soins de médecine générale durant l'année.

Cette dérogation sur le nombre d'enfants ayant consommé au moins 2 soins de médecine générale dans l'année est prolongée pour l'année 2019.

Un bilan de la montée en charge du dispositif « médecin traitant de l'enfant » sera réalisé en 2020 en commission paritaire nationale afin de décider si la dérogation est également prolongée pour l'année 2020.

A partir de l'année 2020, sera également intégré à la patientèle de référence le nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins 2 actes de médecine générale au cours de l'année.

#### b. Majoration de précarité (article 15.6.4 de l'accord national)

Le plafond fixé à 25% de majoration de précarité est supprimé pour les centres de santé polyvalents ou médicaux.

Ce plafond est maintenu pour les centres de santé infirmiers et dentaires.

## 2. Contrats démographiques

Les centres de santé sont désormais éligibles à 7 contrats démographiques :

- 3 contrats incitatifs pour les centres de santé polyvalents ou médicaux :
  - o Contrat d'aide à l'installation afin d'apporter une aide financière aux centres de santé s'installant dans une zone sous dense (*revalorisation prévue par l'avenant 3*) ;
  - o Contrat de stabilisation et de coordination (*revalorisation prévue par l'avenant 3*) ;
  - o Contrat de solidarité territoriale afin de favoriser l'intervention ponctuelle de médecins salariés de centre de santé venant apporter leur aide à des centres de santé installés dans ces territoires sous denses (*non concerné par des modifications liées à l'avenant 3*) ;
- 2 contrats incitatifs pour les centres de santé dentaires :
  - o Contrat d'aide à l'installation (*nouveau contrat avenant 3*) ;
  - o Contrat d'aide au maintien (*nouveau contrat avenant 3*) ;
- 2 contrats incitatifs pour les centres de santé infirmiers :
  - o Contrat d'aide à l'installation (*nouveau contrat avenant 3*) ;
  - o Contrat d'aide au maintien (*nouveau contrat avenant 3*).

Les contrats démographiques sont applicables aux 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 les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas

satisfaites définies conformément au 5<sup>ème</sup> 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 centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmière (article 7 de l'accord national des centres de santé) peuvent cumuler les différents contrats incitatifs si le centre de santé est situé dans les zones définies ci-avant.

Pour rappel, les zonages pris en compte sont ceux définis pour les professionnels de santé libéraux.

Des fiches spécifiques à chaque contrat démographique sont consultables en annexe 4.

## **2.1 Les contrats incitatifs ouverts aux centres de santé médicaux ou polyvalents**

### **a. Contrat d'aide à l'installation des centres de santé polyvalents ou médicaux en zones sous denses (article 19.1 de l'accord national)**

L'avenant 3 prévoit une revalorisation de l'aide apportée aux centres de santé s'installant en zones sous denses :

- une aide de 30 000 € pour le 1<sup>er</sup> ETP de médecin généraliste ;
- une aide de 20 000 € pour le 2<sup>ème</sup> ETP de médecin généraliste ;
- une aide de 20 000€ pour le 3<sup>ème</sup> ETP de médecin généraliste.

Cette aide est toujours versée de la manière suivante :

- 50% à la date de signature du contrat ;
- 50% à la date du premier anniversaire du contrat.

Pour mémoire, l'ancien contrat prévoyait une rémunération de 30 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP de médecin généraliste et une enveloppe globale de 25 000€ pour le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ETP de médecin généraliste.

Ces aides sont versées quelle que soit la date de recrutement de ces ETP pendant toute la durée du contrat. Ainsi, si le centre de santé justifie de l'embauche d'1 ETP de médecin à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève à 30 000€. Si le centre recrute 1,5 ETP de médecins l'année suivante (date anniversaire du contrat), il bénéficiera de 24 000€ supplémentaires ; soit 30 000 € pour 1,5 ETP supplémentaires proratisés sur les 4/5<sup>ème</sup> années restantes du contrat (durée du contrat : 5 ans).

En effet, les montants prévus par le contrat sont à verser pour la durée du contrat, les ETP retenus au moment de la signature du contrat ne seront pas proratisés tandis que les nouveaux ETP supplémentaires valorisés les années supplémentaires devront être proratisés en fonction des années restantes du contrat.

Dans notre exemple : à la signature du contrat : 1 ETP de médecin embauché, le centre va donc bénéficier de la rémunération prévue pour le 1<sup>er</sup> ETP médecin qui s'élève à 30 000€. Cette somme ne doit pas être proratisée.

L'année suivante de la signature du contrat : le centre recrute 1,5 ETP supplémentaire de médecin, ce qui correspond à un 2<sup>ème</sup> ETP de médecin généraliste (20 000€) et la moitié d'un 3<sup>ème</sup> ETP de médecin (10 000€), soit 30 000€ au total. Toutefois, ces montants sont valables pour les 5 années du contrat, il convient donc de les proratiser. Le centre de santé disposera de ces ETP pour les 4 dernières années du contrat, il convient donc de multiplier le montant total (30 000€) par 4/5<sup>ème</sup>, soit 24 000€ supplémentaires à verser.

Au-delà de 3 ETP médecins, une valorisation de 5 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans et concerne tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage de la profession existe (chirurgien-dentiste, infirmière, sage-femme, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste). Cette aide est versée uniquement si le centre est implanté dans une zone sous dense pour la profession considérée. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au

cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire. Il est à noter que la valorisation de 5 000€/ ETP pour les nouveaux postes de professionnels de santé salariés autre que médecin généraliste est prise en compte dès la signature du contrat et réévaluée tous les ans et ce quel que soit le nombre d'ETP médecin généraliste.

Enfin, l'avenant 3 supprime la dérogation prévoyant le possible cumul du contrat d'installation et du contrat de stabilisation et de coordination lors de la 2<sup>ème</sup> année d'installation.

### **b. Revalorisation du contrat de stabilisation et de coordination pour les centres de santé polyvalents et médicaux (article 19.2 de l'accord national)**

Le contrat de stabilisation et de coordination qui prévoyait une aide pour les ETP de médecins salariés du centre de santé offre désormais une aide pour les autres professionnels de santé salariés par le centre de santé, dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

La rémunération forfaitaire du contrat de stabilisation et de coordination est désormais composée de :

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

Le montant dû au centre de santé est toujours 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.

Ces mesures sont entrées en vigueur le 13 janvier 2021 (6 mois après la fin du délai de 21 jours de publication qui a eu lieu le 13 juillet 2020).

## **2.2 les contrats incitatifs ouverts aux centres de santé dentaires**

### **a. le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires en zone très sous-dotée (article 19.5 de l'accord national)**

Les centres de santé éligibles au contrat d'aide à l'installation sont les centres de santé dentaires qui se créent et s'implantent en zone « très sous dotée » (zonage des chirurgiens-dentistes libéraux). Le contrat d'aide à l'installation a une durée de 5 ans.

Le contrat n'est pas cumulable avec un contrat de maintien d'activité. En revanche, au terme du contrat d'installation, le centre dentaire pourra signer un contrat d'aide au maintien d'activité.

Le centre de santé dentaire qui souhaite adhérer au contrat doit s'engager à :

- maintenir une offre de soins dentaires au sein de la zone pendant une durée de 5 ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du contrat ;
- remplir l'atteinte des indicateurs de la rémunération forfaitaire « système d'information » et « télétransmission et téléservices » ;

- informer préalablement, et sans délai, sa caisse de rattachement de toute intention de cesser son activité.

En contrepartie, la rémunération forfaitaire prévue par le contrat est la suivante :

- 45 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP salarié chirurgien-dentiste ;
- 30 000€ (enveloppe globale) pour le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ETP chirurgiens-dentistes salariés (plafond fixé à 3 ETP) ;
- 5 000 € par an et par ETP de chirurgien-dentiste salarié au-delà de 3 ETP de chirurgiens-dentistes.

L'aide est versée à hauteur de 50% lors de la signature du contrat et le solde égal à 50% de l'aide est versé à la date du premier anniversaire du contrat.

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

### **Exemple :**

Un centre de santé salarié 1,5 ETP de chirurgiens-dentistes lors de la signature du contrat d'aide à l'installation, il obtient une aide de 60 000€ (45 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP + 0,5x30 000€ pour le 0,5 ETP) Le centre recrute ensuite 1 ETP de chirurgien-dentaire supplémentaire au cours de la 2<sup>ème</sup> année du contrat, il obtient alors une aide supplémentaire de 12 000€.

Ainsi, si le centre salarié 2,5 ETP, il peut alors bénéficier de l'enveloppe de 75 000€ (45 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP et 30 000€ pour le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> ETP). Sur le total de cette enveloppe, le centre a déjà reçu le versement de 60 000€ valorisant le salariat de 1,5 ETP de chirurgiens-dentistes à la signature du contrat. Il pourrait donc bénéficier de 15 000 € supplémentaires, mais ce montant doit être proratisé en fonction du nombre d'années restantes dans le contrat : 15 000€ x (4/5 années restantes), soit 12 000€ supplémentaires à verser au titre de la nouvelle embauche des 2,5 ETP chirurgiens-dentistes au cours du contrat.

$$\Rightarrow 12\ 000\text{€} = ((75\ 000\text{€}\ \text{montant max possible pour 2,5ETP} - 60\ 000\text{€}\ \text{déjà versé}) \times 4/5\ \text{années restantes})$$

Il convient de se référer à l'exemple décrit précédemment, celui présenté dans l'accord contenant une erreur.

Les centres de santé dentaires installés en zone très sous dotée peuvent bénéficier d'une majoration ne pouvant excéder 20%. Les conditions de la mise en œuvre de cette majoration sont définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS.

En cas de résiliation anticipée du contrat, une récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide doit être réalisée au prorata de la durée restante à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **b. le contrat d'aide au maintien des centres de santé dentaires en zone très sous-dotée (article 19.6 de l'accord national)**

Les centres de santé éligibles au contrat d'aide au maintien sont les centres de santé dentaires déjà installés en zone très sous-dotée. Le contrat d'aide au maintien a une durée de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Le contrat n'est pas cumulable avec un contrat d'installation.

Le centre de santé dentaire qui souhaite adhérer au contrat d'aide au maintien doit s'engager à :

- maintenir une offre de soins dentaires au sein de la zone pendant une durée de 3 ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du contrat ;
- remplir l'atteinte des indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique « système d'information » et « télétransmission et téléservices » ;
- informer préalablement, et sans délai, sa caisse de rattachement de toute intention de cesser son activité.

En contrepartie, la rémunération forfaitaire prévue par le contrat est égal à 3 000 € par an et par ETP de chirurgiens-dentistes salariés.

Cette aide est versée au titre de chaque année au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile suivante.

En cas de résiliation anticipée du contrat, une récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide doit être réalisée au prorata de la durée restante à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

### **2.3 les contrats incitatifs ouverts aux centres de santé infirmiers**

#### **c. le contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers en zone très sous-dotée (article 19.7 de l'accord national)**

Les centres de santé éligibles au contrat d'aide à l'installation sont les centres de santé infirmiers qui se créent et s'implantent en zone « très sous dotée ». Le contrat d'aide à l'installation a une durée de 5 ans.

Le contrat n'est pas cumulable avec un contrat de maintien d'activité. En revanche, au terme du contrat d'installation, le centre de santé infirmier pourra signer un contrat d'aide au maintien d'activité.

Le centre de santé infirmier qui souhaite adhérer au contrat doit s'engager à :

- remplir l'atteinte des indicateurs « système d'information » et « télétransmission et téléservices » de la rémunération forfaitaire spécifique ;
- exercer pendant une durée minimale de 5 ans dans une zone « très sous dotée » à compter de la date d'adhésion du contrat.

En contrepartie, la rémunération forfaitaire prévue par le contrat est la suivante :

- 30 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP salarié infirmier ;
- 15 000€ (enveloppe globale) pour le 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> ETP infirmiers salariés (plafond fixé à 3 ETP) ;
- 5 000€ par an et par ETP d'infirmier salarié au-delà de 3 ETP infirmiers.

L'aide est versée à hauteur de 50% lors de la signature du contrat et le solde égal à 50% de l'aide est versé à la date du premier anniversaire du contrat.

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

**Exemple :**

Un centre de santé salarie 1,5 ETP d'infirmiers lors de la signature du contrat, il pourra donc prétendre à une aide d'un montant de 37 500€ (30 000€ pour le 1er ETP + 0,5x15 000€ pour le 0,5 ETP).

Le centre de santé recrute ensuite un ETP d'infirmier supplémentaire au cours de la 2ème année du contrat, il pourra alors bénéficier d'une aide supplémentaire de 6 000€.

Ainsi, le centre salarie au total 2,5 ETP, il peut alors bénéficier de l'enveloppe de 45 000€ (30 000€ pour le 1<sup>er</sup> ETP et 15 000€ pour le 2<sup>ème</sup> et le 3<sup>ème</sup> ETP). Sur le total de cette enveloppe, le centre a déjà reçu le versement de 37 500€ valorisant le salariat de 1,5 ETP d'infirmiers à la signature du contrat. Il pourrait donc bénéficier de 7 500€ supplémentaires, mais ce montant doit être proratisé en fonction du nombre d'années restantes dans le contrat : 7 500€ x (4/5 années restantes), soit 6 000€ supplémentaires à verser au titre de la nouvelle embauche des 2,5 ETP d'infirmiers au cours du contrat.

$$\Rightarrow 6\ 000\text{€} = ((45\ 000\text{€}\ \text{montant max possible pour 2,5ETP} - 37\ 500\text{€}\ \text{déjà versé}) \times 4/5\ \text{années restantes})$$

Il convient de se référer à l'exemple décrit précédemment, celui présenté dans l'accord contenant une erreur.

Les centres de santé infirmiers installés en zone très sous dotée peuvent bénéficier d'une majoration ne pouvant excéder 20%. Les conditions de la mise en œuvre de cette majoration sont définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS.

En cas de résiliation anticipée du contrat, une récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide doit être réalisée au prorata de la durée restante à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

**d. le contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers en zone très sous-dotée (article 19.8 de l'accord national)**

Les centres de santé éligibles au contrat d'aide à l'installation sont les centres de santé infirmiers déjà installés en zone très sous-dotée. Le contrat d'aide au maintien a une durée de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Le contrat n'est pas cumulable avec un contrat d'installation.

Le centre de santé infirmier qui souhaite adhérer au contrat d'aide au maintien doit s'engager à :

- remplir l'atteinte des indicateurs « système d'information » et « télétransmission et téléservices » ;
- exercer pendant une durée minimale de 3 ans dans une zone très sous-dotée à compter de la date d'adhésion du contrat.

En contrepartie, la rémunération forfaitaire prévue par le contrat est égal à 3 000 € par an et par ETP d'infirmiers salariés.

Cette aide est versée au titre de chaque année au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile suivante.

Les centres de santé infirmiers installés en zone très sous dotée peuvent bénéficier d'une majoration ne pouvant excéder 20%. Les conditions de la mise en œuvre de cette majoration sont définies par le contrat type régional arrêté par chaque ARS.

En cas de résiliation anticipée du contrat, une récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide doit être réalisée au prorata de la durée restante à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

## **2.4 Entrée en vigueur de ces nouveaux contrats infirmiers et dentaires**

Les centres de santé ne pourront adhérer à ces nouveaux contrats qu'à compter de la publication des contrats-type régionaux par l'ARS de la région concernée. Il sera alors mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats définis aux annexes 11 et 14.

Les centres de santé ayant souscrit précédemment aux contrats incitatifs définis aux annexes 11 et 14 de l'accord continuent de bénéficier des avantages afférents jusqu'au terme du contrat (sauf en cas de résiliation anticipée).

*Des instructions communes entre le Ministère et la Cnam sont en cours d'élaboration et viendront préciser les modalités de mise en œuvre de ces contrats démographiques.*

## **3. Assistants médicaux en centres de santé (article 19.10 de l'accord national)**

Par transposition à l'avenant 7 à la convention médicale, l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé prévoit l'accompagnement du déploiement des assistants médicaux au sein des centres de santé. Comme pour la mise en œuvre des assistants médicaux auprès des médecins libéraux, une dérogation exceptionnelle à la règle du délai de 6 mois avant toute entrée en vigueur de mesure de rémunération ou de valorisation (article L. 162-14-1-1 CSS) est appliquée afin de permettre une application immédiate des mesures concernant les assistants médicaux.

Par conséquent, les dispositions encadrant l'aide au recrutement d'un assistant médical sont applicables à compter du 13 juillet 2020.

### **3.1 Les missions de l'assistant médical**

Trois catégories de missions peuvent être dégagées :

- des missions de nature administrative : tâches consistant en des missions sans lien avec le soin.  
Ex : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives voire médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du centre, etc... ;
- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : aide à l'habillage, au déshabillage, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, vaccinations, modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, etc., préparation et la réalisation d'actes techniques ;
- des missions d'organisation et de coordination : articulation notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

Les tâches listées ci-dessus ne constituent pas un périmètre limitatif mais dessinent un éventail de possibilité en termes de contenu de fonction. Les missions que le médecin confie à l'assistant médical sont laissées à son appréciation en fonction de ses besoins et de ses modes d'organisation, à la condition de respecter le champ de compétences délimité par le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical enregistré au RNCP (répertoire national des certifications professionnelles) et, pour les professionnels de santé (IDE, AS), leur décret de compétence.

Les fonctions exercées par l'assistant médical devront cependant se distinguer des autres catégories de métiers environnants (secrétaires médicaux, infirmiers..) : **il s'agit de missions propres.**

Ainsi, les missions d'ordre administratif susceptibles de leur être confiées devront aller plus loin que celles aujourd'hui assurées par les secrétaires médicales (nécessaire extension des compétences et des tâches confiées). Il s'agit d'un **nouveau poste dans le centre de santé**, dédié à cette fonction d'assistantat médical.

Un infirmier qui se verrait confier la fonction d'assistant médical peut ponctuellement réaliser les actes infirmiers qui relèvent de son champ de compétences dans le cadre d'une consultation médicale, mais il ne doit pas développer une activité courante de soin infirmier qui relève d'un exercice professionnel propre.

### **3.2 Profils et formation de l'assistant médical**

Ce poste est accessible, compte tenu de l'éventail des missions qui lui seront confiées et des besoins des médecins, à deux types de profils, correspondant à une double voie d'accès :

- **profil soignant** (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers) ;
- **autre profil** (titulaire du certificat de qualification professionnel d'assistant médical).

Pour les profils soignants (infirmier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture), seule une formation courte d'adaptation à l'emploi sera exigée à la fin des trois ans, partant du principe que ces profils n'ont pas besoin de certification pour la partie en lien avec le soin notamment.

Pour tout autre profil (par exemple : secrétaire administratif, ambulanciers, assistant dentaire, etc.), l'accès à la fonction d'assistant médical ne peut se faire qu'après obtention du certificat de qualification professionnel (CQP) reconnu au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

L'arrêté du 7 novembre 2019 relatif à l'exercice d'assistant médical liste les qualifications professionnelles autorisées à exercer les fonctions d'assistant médical :

- le diplôme d'Etat d'infirmier (DEI) ;
- le diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS) ;
- le diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
- le certificat de qualification professionnelle (CQP) d'assistant médical.

Ainsi, tant que la personne recrutée n'est pas titulaire d'une de ces qualifications, elle ne pourra exercer en tant qu'assistant médical à part entière. Elle ne pourra en effet effectuer aucun acte de nature soignante jusqu'à l'obtention de cette qualification.

Cet arrêté précise également qu'une formation d'adaptation à l'emploi dans le champ de l'organisation et de la gestion administrative d'un cabinet médical est requise pour les assistants médicaux non détenteurs du certificat de qualification professionnelle d'assistant médical, dans un délai de trois ans après leur prise de fonction.

### **3.3 Critères d'éligibilité à l'aide à l'embauche d'un assistant médical**

Deux critères doivent être remplis par les centres de santé pour être éligible à l'aide à l'embauche d'un assistant médical :

- Le type de centre : seuls les centres polyvalents et médicaux salariant des médecins (généralistes ou autres spécialités) sont éligibles. A cela, s'ajoute les centres de santé infirmiers

ou dentaires qui se médicalisent du fait de l'intégration de médecins salariés (et ont fait la demande de modification de leur désignation en centre de santé polyvalent) ;

- Le niveau de patientèle et de file active du centre de santé :
  - o Les centres de santé ayant uniquement des ETP de médecins généralistes doivent avoir une patientèle médecin traitant moyenne par médecin supérieure au 30<sup>ème</sup> percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2019 ;
  - o Les centres de santé ayant uniquement des ETP de médecins d'autres spécialités médicales doivent avoir une file active moyenne par médecin supérieure au 30<sup>ème</sup> percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2019 ;
  - o Les centres de santé ayant à la fois des ETP de médecins généralistes et des médecins d'autres spécialités médicales doivent avoir une file active moyenne par médecin supérieure au 30<sup>ème</sup> percentile en termes de distribution nationale au 31/12/2019.

### **3.4 Engagements et formalisation de l'engagement du centre de santé éligible**

Le centre de santé s'engage à consacrer une partie du temps dégagé par l'assistant médical pour accueillir et assurer la prise en charge de davantage de patients. Afin d'améliorer l'accès aux soins des patients, les engagements du centre de santé repose sur :

- Une augmentation de la patientèle adulte médecin traitant pour les centres salariant des médecins généralistes (= nombre total de patients de plus de 16 ans ayant choisi un des médecins généralistes du centre de santé comme médecin traitant) ;
- Une augmentation de la file active (= nombre de patients différents tout âge confondu vus dans l'année par les médecins salariés généralistes et autres spécialistes du centre de santé).

Les niveaux d'engagement sont fixés au sein du contrat-type figurant en annexe 29 de l'accord national. Ils sont fonction du positionnement du centre de santé au sein de la distribution nationale en termes de file active moyenne et de patientèle médecin traitant moyenne au 31/12 de l'année précédente ou du 30 juin de l'année en cours.

Les engagements sont les suivants :

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

Les niveaux de patientèle médecin traitant et file active sont pris en compte de manière simultanée car ils sont très corrélés. En cas d'écart significatif entre les indicateurs pour un centre de santé, l'indicateur le plus favorable au centre de santé sera pris en compte pour fixer son niveau d'engagement. Le suivi des objectifs sera ensuite réalisé sur les deux indicateurs.

Ainsi, le centre ayant sa file active comprise entre le 70<sup>ème</sup> et le 90<sup>ème</sup> percentile et sa patientèle adulte médecin traitant comprise entre le 30<sup>ème</sup> et le 50<sup>ème</sup> percentile, se verra fixer l'objectif le plus favorable sur les deux indicateurs, c'est-à-dire +15% d'augmentation du nombre de patients de la file active et +15% d'augmentation du nombre de patients adultes médecin traitant.

### 3.5 Niveau de financement par l'Assurance Maladie

Le versement de l'aide au recrutement d'un assistant médical est conditionné à l'atteinte des indicateurs prérequis de la rémunération forfaitaire spécifique par le centre de santé.

Le recrutement des assistants médicaux se fait sur la base du ratio 0,5 ETP d'assistant médical pour 1 ETP de médecin, dans la limite de **4 ETP d'assistants médicaux maximum** par centre de santé.

Nombre ETP d'assistant médical	Nombre d'ETP de médecins <b>minimal</b> nécessaire
0,5	1
1	2
1,5	3
2	4
2,5	5
3	6
3,5	7
4	8

Le centre a ainsi la possibilité de recruter un nombre moins important d'ETP d'assistants médicaux au regard de son organisation propre. Le centre peut alors choisir de recruter 1 ETP d'assistant médical pour 4 ETP de médecins.

Le montant de l'aide de l'Assurance Maladie est défini de la manière suivante :

- 36 000 € la 1<sup>ère</sup> année de l'embauche d'1 ETP assistant médical ;
- 27 000 € la 2<sup>ème</sup> année de l'embauche d'1 ETP assistant médical ;
- 21 000 € maximum, et de manière pérenne, à partir de la 3<sup>ème</sup> année d'embauche d'1 ETP assistant médical.

Le centre bénéficiera d'une aide financière dès l'embauche de 0,5 ETP d'assistant médical pour un montant de 18 000€ la première année (à proratiser les années suivantes).

Le centre de santé peut changer d'option (= nombre d'ETP d'assistant médical choisi) par voie d'avenant au contrat.

### 3.6 Vérification du respect des engagements

1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années du contrat : période d'observation sur le suivi de l'atteinte de l'objectif fixé au centre de santé. Ainsi, même si le centre n'atteint pas intégralement son objectif, l'aide est intégralement maintenue.

3<sup>ème</sup> année du contrat : l'atteinte des objectifs par le centre est vérifiée par la caisse :

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

4<sup>ème</sup> année et années suivantes : le montant de l'aide versée est proratisée en fonction du niveau d'atteinte de l'objectif fixé.

Des échanges semestriels doivent être organisés entre la caisse et le centre de santé afin d'examiner conjointement les éventuelles difficultés rencontrées pour atteindre les objectifs du contrat. Il peut ainsi être tenu compte d'éventuels facteurs exogènes pouvant justifier la non-atteinte des objectifs tels que le manque de patients en recherche de médecin traitant dans la zone d'implantation du centre de santé. → Ces échanges peuvent donner lieu à la conclusion d'avenants au contrat initialement signé.

En cas d'indisponibilité temporaire de l'assistant médical (congé maladie de longue durée, congé maternité, démission, ...) une neutralisation de l'atteinte des objectifs peut être mise en place.

### 3.7 Modalités de versement de l'aide

Année	Modalités de versement	
	Acompte	Solde
1 <sup>ère</sup> année	70% de la somme due au titre de la 1 <sup>ère</sup> année du contrat ⇒ Versé 15 jours après la réception des pièces justifiant du recrutement d'un assistant médical	30% de la somme due au titre de la 1 <sup>ère</sup> année du contrat ⇒ Versé à la 1 <sup>ère</sup> date anniversaire du contrat
2 <sup>ème</sup> année	70% de la somme due au titre de la 2 <sup>ème</sup> année du contrat ⇒ Versé à la 1 <sup>ère</sup> date anniversaire du contrat	30% de la somme due au titre de la 2 <sup>ème</sup> année du contrat ⇒ Versé à la 2 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat
3 <sup>ème</sup> année	Acompte versé en fonction du niveau de l'atteinte de l'objectif observé à la fin de la 2 <sup>ème</sup> année du contrat : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le niveau de patientèle est <math>\geq 50\%</math> de l'objectif, alors versement d'un acompte de 70% du montant prévu pour la 3<sup>ème</sup> année du contrat</li> <li>- Si le niveau est <math>&lt; 50\%</math> de l'objectif, alors : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Versement d'un acompte de 50% du montant prévu pour la 3<sup>ème</sup> année du contrat</li> <li>○ Versement 6 mois plus tard d'un 2<sup>nd</sup> acompte de 20% du montant prévu pour la 3<sup>ème</sup> année du contrat si le niveau de patientèle du centre est désormais <math>\geq 50\%</math> de l'objectif</li> </ul> </li> </ul> ⇒ 1 <sup>er</sup> acompte versé dans les 2 mois suivant la 2 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat	Versement du solde du montant prévu pour la 3 <sup>ème</sup> année du contrat en fonction de l'atteinte des objectifs ⇒ Versé 2 mois après la 3 <sup>ème</sup> date anniversaire du contrat
4 <sup>ème</sup> année et années suivantes	Acompte calculé en fonction du niveau de l'atteinte des objectifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le niveau de patientèle est <math>\geq 70\%</math> de l'objectif, alors versement d'un acompte</li> </ul>	Versement du solde de la somme due au titre de l'année du contrat en fonction de l'atteinte des objectifs

	<p>de 70% de la somme due au titre de l'année du contrat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si le niveau est &lt; à 70% de l'objectif, alors : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Versement d'un acompte de 50% de la somme due</li> <li>o Versement 6 mois plus tard d'un 2<sup>nd</sup> acompte de 20% de la somme due si le niveau de patientèle du centre est désormais &gt;= à 70% de l'objectif</li> </ul> </li> </ul> <p>⇒ 1<sup>er</sup> acompte versé dans les 2 mois suivant la 2<sup>ème</sup> date anniversaire du contrat</p>	Versé 2 mois après la date anniversaire du contrat
--	--	--

### 3.8 Caractère non substitutif du poste d'assistant médical

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

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

### 3.9 Cas des centres nouvellement créés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020

Les centres de santé nouvellement créés à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 sont éligibles au dispositif, sans nécessité d'atteindre le seuil minimal de patientèle.

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

Les montants dus au titre des 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années du contrat sont versés tels que définis pour les centres ouverts avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Pour la 3<sup>ème</sup> année du dispositif, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée suivant ces modalités :

- 100% de l'aide, si le centre se situe au-dessus du 50<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre ;
- Si le centre se situe entre le 30<sup>ème</sup> et 50<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant adulte ou file active du centre, l'aide est versée au prorata de l'écart ;
- Aucune aide n'est versée si le centre se situe en dessous du 30<sup>ème</sup> percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active du centre.

En cas de résiliation anticipée, les sommes versées au titre de l'année ou des années précédentes ne font pas l'objet d'une récupération. Les années suivantes ne font en revanche pas l'objet d'un versement.

Ces dispositions s'appliquent également aux centres de santé infirmiers ou dentaires qui se médicalisent à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2020 du fait de l'intégration de médecins salariés et demandent la modification de leur désignation en centre de santé polyvalent.

### **3.10 Suivi du dispositif**

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

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

### **3.11 Exemples de mise en application**

Des exemples de mise en application sont disponibles dans le diaporama de présentation de l'avenant 3 figurant en annexe 2 de la présente circulaire.

## **4. Autres mesures**

### **4.1 Téléexpertise (article 28.8 de l'accord national)**

Par transposition avec la convention médicale, le déploiement de la télémédecine et les modalités de facturation s'appliquent aux centres de santé. Les centres de santé peuvent être « centre de santé requérant » si l'un des médecins salariés du centre de santé sollicite une expertise. Le centre de santé dont l'expertise d'un médecin salarié est sollicitée par un autre médecin en raison de sa formation ou de sa compétence particulière est appelé « centre de santé requis ».

Le médecin requis et le médecin requérant ne peuvent pas être salariés d'un même centre de santé (les numéros Finess géographiques des deux centres de santé doivent être différents)

Les modalités de rémunération sont les suivantes :

- Forfait de 5 € par téléexpertise de niveau 1 ;
- Forfait de 10 € par téléexpertise de niveau 2.

### **4.2 Le contrat d'accès aux soins dentaires (article 21 de l'accord national)**

Le contrat d'accès aux soins dentaires est supprimé compte tenu de la mise en œuvre de la réforme « 100% Santé » depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Une disposition de suivi de l'appropriation par les centres de santé est prévue. Lors du premier semestre 2022, un premier bilan sera présenté aux représentants des centres de santé lors d'une commission paritaire nationale afin d'évaluer l'intérêt de conclure un avenant conventionnel pour définir un nouveau contrat d'accès aux soins dentaires.

### **4.3 Devis dentaire (annexe 26 de l'accord national)**

Par transposition de la convention dentaire, le devis dentaire applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux doit être mis en place par les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé.

#### **4.4 Rémunération sur objectifs de santé publique (article 24.3 de l'accord national)**

Par transposition de la convention médicale, les nouvelles modalités de calcul de la ROSP sont appliquées aux centres de santé :

- Application d'une méthode de calcul spécifique pour les centres de santé nouvellement créés :
  - o avec des taux de départ correspondant à la moyenne nationale de chaque indicateur, l'année précédente ;
  - o une patientèle de référence retenue spécifiquement pour les nouveaux centres composée de la patientèle consommante de l'année en cours pour les patients âgés de 16 ans et plus. Cette méthode spécifique ou la méthode habituelle qui sera la plus avantageuse pour le centre sera appliquée pour le calcul de la rémunération.
- Evolution des indicateurs telles que décrits par la convention médicale, aucun indicateur déclaratif à saisir dans la plateforme ATIH n'est impacté.

#### **4.5 Améliorer la prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers (article 25.2 de l'accord national)**

L'article 25.2 nouvellement créé par l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé apporte des précisions sur les modalités d'application de la majoration MIE prévue par la convention infirmière. Cet acte inscrit dans la nomenclature est applicable automatiquement aux centres de santé sans transposition. Toutefois pour plus de lisibilité, les partenaires conventionnels ont souhaité apporter un éclairage sur l'application de cette majoration pour les infirmiers salariés des centres de santé.

L'objectif de cette majoration est de valoriser la charge de travail de l'infirmier salarié lorsqu'il intervient dans la prise en charge des enfants de moins de 7 ans (transmission d'informations à l'entourage, temps passé auprès de l'enfant, ...). La majoration MIE s'élève à 3,15 € par séance et est cumulable avec l'ensemble des autres majorations prévues à la NGAP (applicable au regard de l'acte effectué).

#### **4.6 Forfait handicap sévère orthoptiste (FOT) (article 28.7 de l'accord national)**

Par transposition de l'avenant 12 de la convention des orthoptistes, l'avenant 3 à l'accord national des centres de santé prévoit la mise en place du forfait handicap sévère orthoptiste. Ce forfait à l'acte d'un montant de 33 € (comprenant l'indemnité de déplacement) valorise l'évaluation de l'environnement du domicile de patients présentant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle nécessitant une rééducation.

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

#### **4.7 Carte CPS/CPE (article 32 de l'accord national)**

L'avenant 3 à l'accord national des centres de santé entérine la suppression du plafond pour le financement des cartes CPS/CPE. Cette mesure déjà opérationnelle aujourd'hui, malgré la limitation à 5 cartes prévue par les textes, est prévue par l'avenant 3 afin de mettre en cohérence le texte et la pratique.

Sont désormais financés par l'Assurance maladie :

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

#### **4.8 Garantie de paiement (article 34.3 et 34.4 de l'accord national)**

L'avenant 3 à l'accord national des centres de santé propose une nouvelle rédaction des articles qui concernent la garantie de paiement et le tiers-payant afin d'apporter plus de clarté compte tenu des dispositions similaires prévues pour les professionnels de santé libéraux.

#### **4.9 Vie conventionnelle (article 55.1 et 55.2 de l'accord national)**

Les compositions des commissions régionales et départementales sont modifiées, et prévoient désormais un siège à titre consultatif supplémentaire pour un représentant de l'Agence Régionale de Santé.

De plus, l'avenant 3 prévoit une procédure de référencement des organisations territoriales coordonnées sous la forme de centre de santé. Le référencement du centre de santé en tant qu'organisation territoriale est possible par la caisse primaire, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire départementale ou de la commission paritaire régionale des centres de santé (avis recueilli également auprès des CPR et des CPL des médecins libéraux en application des dispositions prévues par l'avenant 8 à la convention médicale) selon le territoire d'intervention de l'organisation. L'avis peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion de l'instance paritaire concernée.

L'avis portant sur le référencement ou non de l'organisation territoriale émanant de la commission est ensuite adressé par le directeur de la caisse primaire au porteur du projet, dans un délai de 2 mois suivant le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.