

# **Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles**

Vu le code de sécurité sociale et notamment les articles L. 162-14-1 II et L. 162-15,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1434-4, L. 4011-1, L. 6323-1 et L. 6323-3

Il est convenu ce qui suit entre

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

## Préambule

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de vie des patients et de la qualité des soins.

Le développement du travail en équipe, dans le cadre des maisons pluri-professionnelles (mono site ou multi sites) et des centres de santé favorise l'optimisation des parcours des patients.

Ce mode d'exercice permet de :

- renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients ;
- améliorer l'articulation entre les établissements de santé et l'ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;
- conforter l'offre de soins de premier recours.

Par ailleurs, cette structuration des équipes pluri-professionnelles contribue à une plus grande attractivité de l'exercice ambulatoire, le mode d'exercice regroupé étant aujourd'hui privilégié par les jeunes diplômés.

Le règlement arbitral du 23 février 2015 applicable aux structures de santé pluri-professionnelles a généralisé le financement par l'assurance maladie des structures organisées d'exercice pluri-professionnel (maisons de santé mono-site ou multi-sites et centres de santé) mis en place à titre expérimental à partir de 2008.

Au regard du bilan positif dressé après deux années de fonctionnement de ce règlement arbitral, la démarche engagée de promotion d'une structuration accrue de l'offre de soins doit être poursuivie.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en œuvre d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) visant à poursuivre et améliorer ce mode de rémunération et à renforcer l'accompagnement de ces structures.

## **Article.1. Les équipes et les structures éligibles au contrat**

Les structures pluri-professionnelles éligibles au contrat type défini à l'article 2 et à l'annexe 1 du présent accord sont les maisons de santé mono-site ou multi-sites et les centres de santé définis aux articles L. 6323-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique.

Les maisons de santé mono-site ou multi-sites concernées sont celles remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être constituée en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, comme la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

A titre dérogatoire et, afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constituée sous la forme juridique requise pour la perception de la rémunération de l'assurance maladie, peut signer un contrat conforme au contrat type joint en annexe 1 sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

- avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Les centres de santé doivent avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Pour les centres de santé, la signature du contrat défini par le présent accord n'est pas cumulable avec l'adhésion à l'accord national des centres de santé publié au journal officiel du 30 septembre 2015.

## **Article.2. Les modalités de contractualisation**

### **Article.2.1. Les structures adhérentes au contrat issu du règlement arbitral**

Les maisons de santé et les centres de santé adhérant au contrat défini dans le règlement arbitral du 23 février 2015 applicable aux structures de santé pluri-professionnelles à la date d'entrée en vigueur du présent accord sont considérés de manière transitoire comme ayant adhéré tacitement au nouveau contrat conforme au contrat type joint en annexe 1. La signature du contrat précité leur est proposée dans un délai de deux mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord pour formaliser expressément cette adhésion. Les indicateurs définis dans le présent accord s'appliquent à compter de l'année 2017.

Toutefois, les structures qui ne souhaiteraient pas bénéficier du contrat issu du présent accord ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse d'assurance maladie de leur ressort géographique, par tout moyen (courrier, courriel, etc.). Ce refus doit être notifié dans un délai

de deux mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord. La caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé prennent acte de cette résiliation du contrat à la date de réception du refus.

## **Article.2.2. Les structures non adhérentes au contrat issu du règlement arbitral**

Les maisons de santé souhaitant adhérer au contrat conforme au contrat type annexé au présent accord en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie de leur ressort géographique en joignant les documents suivants :

- les statuts de la structure (SISA)  
Pour les structures non constituées en SISA, il est demandé la transmission d'une attestation d'engagement des membres de la future SISA à se constituer sous forme de SISA dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du contrat.
- la copie du projet de santé de la structure,
- la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure pour les structures constituées en SISA,
- la liste des futurs associés de la structure pour les structures en cours de constitution en SISA,
- la liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure sans en être associés (pour les années 2017 et 2018 uniquement),
- le cas échéant, la liste des professionnels assurant des vacations au sein de la structure.

Pour les listes précitées, les informations suivantes doivent figurer pour chaque professionnel de santé : nom, prénom, numéro assurance maladie (numéro utilisé pour la facturation à l'assurance maladie), numéro RPPS (pour les professions concernées), profession exercée (ou spécialité pour les médecins).

Les centres de santé souhaitant adhérer au contrat conforme au contrat type annexé au présent accord en font la demande auprès de la caisse d'assurance maladie de leur ressort géographique en joignant les documents suivants :

- la copie de leur projet de santé,
- la liste des professionnels salariés du centre.

La caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé procèdent à la vérification de l'éligibilité de la structure au regard des conditions définies à l'article 1 du présent accord.

Une fois ces vérifications opérées, le contrat conforme au contrat type joint en annexe 1 peut être signé entre la structure éligible, la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

Sont annexés au contrat :

- le projet de santé,
- le cas échéant, la ou les missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues aux l'article 3.1 et 5.1 et à l'annexe 2 du présent accord.

Pour les maisons de santé, sont également annexées au contrat :

- la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure,
- la liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure (pour les années 2017 et 2018 uniquement),

Pour les centres de santé, la liste des professionnels de santé salariés du centre est également annexée au contrat.

### **Article.3. Les indicateurs du contrat**

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la mise en place d'une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour de trois axes : accès aux soins, qualité et coordination des soins et appui d'un système informationnel partagé.

Le contenu des indicateurs du contrat est précisé au présent article.

Les modalités de valorisation des indicateurs et les justificatifs à transmettre pour permettre l'appréciation de l'atteinte des indicateurs sont précisés aux articles 5 à 5.3 du présent accord.

#### **Article.3.1. Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins**

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Socle Prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p><b>1. Amplitude des horaires d'ouverture :</b> La structure doit être ouverte de 8 heures à 20 heures* en semaine et le samedi matin de 8h à 12h* et pendant les congés scolaires (rémunération maximale) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ouverture de la structure sur l'amplitude horaire sans nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire,</li></ul> <p>La structure bénéficie d'une rémunération minorée dans les conditions définies à l'article 5.1 si les plages horaires d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h et 12h en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin.</p> <p><i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ambulatoire et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie inscrite dans le contrat.</i></p>

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
		<p><u>2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré :</u>  Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),</li> <li>- 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 ... .</li> </ul>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens <u>ou</u> de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 1)	Présence parmi les associés de la structure ( <i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure</i> ) ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) /pharmacien(s) d'officine <b>ou</b> de 3 professions paramédicales différentes. Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens <u>et</u> de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 2)	Présence parmi les associés de la structure ( <i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure</i> ) ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), /pharmacien(s) d'officine <b>et</b> de 3 professions paramédicales différentes. Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 1)	Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 2)	Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM	Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses).
Optionnel	Missions de santé publique	Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS)
Optionnel	Satisfaction des patients	Mise en place, en collaboration, si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec : - la mise en place d'un questionnaire, et - la mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échanges), et, le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.

### **Article.3.2. Les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination**

Champ majeur de la coordination pluri-professionnelle, le travail en équipe concerne tout particulièrement les patients complexes dont la liste figure en annexe 3 du présent accord.

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle Prérequis	Fonction de coordination	<p>La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.</p> <p>La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- animation de la coordination interprofessionnelle,</li> <li>- coordination des parcours et des dossiers patients,</li> <li>- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,</li> <li>- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,...) ou collectivités.</li> </ul>
Socle	Protocoles pluri-professionnels	<p>Elaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.</p> <p>Ces protocoles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,</li> <li>- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),</li> <li>- être adaptés à chaque équipe,</li> <li>- répondre à un vrai besoin,</li> <li>- formaliser et harmoniser des pratiques existantes,</li> <li>- être simples, aisément consultables lors des soins,</li> <li>- préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),</li> <li>- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.</li> </ul> <p>Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord.</p> <p>Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.</p>



Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle	Concertation pluri-professionnelle	<p>Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients relevant d'un des thèmes listés à l'annexe 3 du présent accord. Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre.</p> <p>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.</p> <p>Pour bénéficier de la rémunération maximale, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.</p> <p><i>* Pour les années 2017 et 2018, la patientèle prise en compte correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins associés de la structure (et par dérogation des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure) ou le centre de santé comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure.</i></p> <p><i>A compter de l'année 2019, la patientèle correspond à la patientèle médecin traitant déclarée des médecins associés de la structure ou du centre de santé (quel que soit l'âge des patients) au 31 décembre de l'année de référence.</i></p>
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé) et selon les modalités propres à chaque profession.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Optionnel	Coordination externe	<p>La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,</li> <li>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,</li> <li>- les structures et services médico-sociaux.</li> <li>- les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).</li> </ul> <p>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.</p>

### **Article.3.3. Les indicateurs relatifs au système d'information**

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Socle Prérequis	Système d'information niveau standard	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle.</p> <p>Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p> <p>Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.</p>
Optionnel	Système d'information niveau avancé	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé intégrant des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle.</p> <p>Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p>

### **Article.4. Le calcul de la patientèle de la structure**

La patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée) ou un des médecins salariés du centre de santé.

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 de la structure est calculée selon les modalités suivantes :

**La patientèle de la structure 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 associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé ou un des médecins salariés du centre de santé observé au 31 décembre 2017
- et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins 2 soins de médecins généralistes associés de la structure (ou par dérogation signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés) ou de médecins généralistes salariés du centre de santé.

**Article.5. La valorisation des indicateurs**

L'atteinte des indicateurs définis à l'article 3 du présent accord donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables selon les modalités définis au présent article.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur au présent article correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'indicateur.

Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un nombre de points fixes, l'atteinte de l'indicateur donne lieu à l'attribution à la structure du nombre de points définis.

Pour les indicateurs dont la valorisation est fondée sur un nombre de points variables, le nombre de points indiqués au présent article correspond à une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé) et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le calcul des points est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 4 du présent accord selon le calcul suivant :

**Calcul des points pour les indicateurs variables**

Nombre de points variables × Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000)

Pour l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

**Article.5.1. Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins**

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Socle et prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p>800 points fixes si couverture de l'intégralité de l'amplitude horaire ou si une dérogation a été accordée au regard des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire.</p> <p>Application à ce nombre de points d'une minoration si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin : minoration de 60 points</li> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin : minoration de 150 points</li> <li>- fermeture le samedi matin : minoration de 120 points</li> <li>- fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : minoration de 20 points</li> </ul>	<p>Transmission de la copie de la charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients (<i>modèle type joint en annexe 4 du présent accord</i>). Cette charte est affichée dans la structure.</p>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1.	250 points fixes	<p>Transmission de la liste des professionnels de santé associés de la structure (<i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au</i></p>

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	<i>sein de la structure</i> ) au 31 décembre de l'année avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale. ou de la liste des professionnels de santé salariés pour les centres de santé.
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1.	250 points fixes	Transmission de la liste des professionnels ayant réalisé des vacances au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM).
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)	200 points fixes	

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Optionnel	Missions de santé publique	350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée. 2 missions peuvent être rémunérées au maximum. Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus.	La (ou les) mission(s) retenue(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre.
Optionnel	Satisfaction des patients	100 points fixes.	Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés.

#### **Article.5.2. Indicateurs relatif au travail en équipe**

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Socle et prérequis	Fonction de coordination	700 points fixes + 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients + 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.	Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste, ... .
Socle	Protocoles pluri-professionnels	100 points fixes par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
SoCle	Concertation pluri-professionnelle	1 000 points variables Si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.  La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte.	Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	450 points fixes	Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nom du stagiaire,</li> <li>- la profession concernée par la formation,</li> <li>- les dates de réalisation du stage.</li> </ul>
Optionnel	Coordination externe	200 points variables	Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,</li> <li>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,</li> <li>- les structures et services médico-sociaux.</li> <li>- les intervenants sociaux.</li> </ul>

### Article.5.3. Indicateurs relatifs au système d'information

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Socle et Prérequis	Système d'information niveau standard	500 points fixes + 200 points par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure <i>(et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure)</i> , ou salariés pour les centres de santé jusqu'à 16 professionnels, +150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels. <i>La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.</i>	Transmission de la copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des 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.
Optionnel	Système d'information niveau avancé	100 points fixes	

### Article.6. Les modalités de vérification du respect des engagements

Dans le cadre du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1, la structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs listés aux articles 5.1 à 5.3 du présent accord permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs.

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

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

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation de missions de santé publique.



Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique définies conformément aux dispositions de l'annexe 2 du présent accord. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

## **Article.7. Les modalités de calcul de la rémunération versée aux structures**

### **Article.7.1. Calcul de la rémunération des indicateurs**

L'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction du niveau de réalisation des indicateurs.

L'atteinte de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes aux articles 5.1 à 5.3 du présent accord, la rémunération est calculée de la manière suivante :

**Rémunération fixe** = Nombre de points fixes × 7 euros

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle, le nombre de points indiqués aux articles 5.1 à 5.3 du présent accord correspond au nombre de points attribué en cas d'atteinte de l'indicateur pour une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé).

Le nombre de points attribué est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 4 du présent accord selon le calcul suivant :

**Rémunération variable** = Nombre de points variables × Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4000) × 7 euros

#### A titre d'exemple :

Pour l'indicateur relatif à la « fonction de coordination », une structure ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante sur cet indicateur :

Nombre de points = 700 points fixes + 1 350 points variables  $\times$  (8 000 / 4000) + 1 000 points variables  $\times$  (2 000 / 4000) = 700 + 2 700 + 500 = 3 900 points  
Rémunération = 3 900 points  $\times$  7 euros = 27 300 euros.

Pour l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

A titre d'exemple, une structure atteignant l'indicateur « système d'information niveau standard » et composée de 20 professionnels bénéficiera de la rémunération suivante pour cet indicateur :

Nombre de points = 500 points fixes + 200 points/PS  $\times$  16 + 150 points/PS  $\times$  4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points  
Rémunération = 4 300 points  $\times$  7 euros = 30 100 euros.

La rémunération attribuée à la structure correspond à la somme des rémunérations calculées pour les indicateurs atteints par la structure.

Le montant de cette rémunération est proratisé, le cas échéant, en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

## **Article.7.2. Calcul d'une majoration de précarité**

La rémunération versée à la structure est majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients CMUC et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.

Le taux de patient CMUC de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé
- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé.

Le taux de patients AME de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018,*

*signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé) ou salarié du centre de santé*

- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé) ou salarié du centre de santé.*

Le taux de patient CMUC et le taux de patient AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC (7,5 %) et AME (0,4 %) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

- Si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

(Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC) + (Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

- si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

- si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients CMUC égale ou inférieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

## **Article.8. Les modalités de versement de la rémunération**

### **Article.8.1. Les conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et définis comme des prérequis listés aux articles 3.1 à 3.3 soient respectés. Il s'agit des indicateurs « Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination » et « Système d'information niveau standard ».

Par dérogation, pour les structures 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.

La rémunération, calculée selon les modalités définies aux articles 7 à 7.2, est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est effectué en fonction de l'atteinte des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 6.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 1).

La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'Assurance Maladie.

#### **Article.8.2. Versement d'une avance**

Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avances est mis en place.

Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des indicateurs socles tels que définis aux articles 3.1 à 3.3, en prenant en compte la patientèle de la structure définie à l'article 4 pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (cf. article 1).

Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

- résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 9 : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait

l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;

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

### **Article.8.3. Dispositions spécifiques aux nouvelles structures**

Les structures nouvellement créées sont entendues comme les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

Par dérogation, durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis comme des prérequis aux articles 3.1 à 3.3 du présent accord sont atteints (« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Système d'information niveau standard »).

En outre, durant cette période, ces nouvelles structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (sous réserve du respect des deux prérequis précités). Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat de la structure.

Ces nouvelles structures bénéficient également sur cette même période d'une garantie de versement d'une avance, telle que prévue à l'article 8.2, d'un montant minimum de 12 000 euros pour une année complète. Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat.

## **Article.9. Les modalités de résiliation du contrat conforme au contrat-type**

### **Article.9.1. La résiliation à l'initiative de la structure**

La structure signataire d'un contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 du présent accord a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

### **Article.9.2. La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé**

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans les cas suivants :

- si la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définis à l'article 5 du présent accord permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives
- si la structure ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie.

Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir la commission paritaire régionale de son ressort géographique prévu à l'article 10.2 du présent accord, dans les conditions définies à l'article 11 du présent accord.

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

### **Article.9.3. Les conséquences de la résiliation**

En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine de celle-ci, le calcul de la rémunération due au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la structure dans les conditions définies à l'article 8.2 du présent accord au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, quelle que soit l'origine de celle-ci, la structure est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

### **Article.10. Les instances de suivi de l'accord**

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- Une commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles,
- Une commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles dans chaque région administrative.

## **Article.10.1. La commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles**

### **Article.10.1.1. La composition**

La commission paritaire nationale est composée paritairement de deux sections formées :

- de la section professionnelle composée des représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé signataires du présent accord et des représentants d'organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord,
- de la section sociale composée de représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM).

Chaque section désigne son président.

La représentation des différentes professions de santé parties à l'accord est définie comme suit :

Pour la section professionnelle :

- 1 siège est attribué à chaque organisation syndicale représentative signataire du présent accord,
- pour les centres de santé, 3 sièges sont attribués aux organisations représentatives des centres de santé, désignées pour ce faire par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et signataires du présent accord.

Pour la section sociale :

- un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué, afin de respecter la parité,
- 70% des sièges pour l'assurance maladie sont attribués à des représentants du régime général, 15% à des représentants du régime agricole et 15% à des représentants du régime des indépendants.

Dans l'hypothèse où, après application de la règle de l'arrondi à l'entier au plus proche, le nombre de sièges de la section sociale serait :

- supérieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est retiré pour le régime général ;
  - inférieur au nombre de sièges de la section professionnelle, alors un siège est ajouté pour le régime général.
- Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de deux voix pour respecter la parité entre sections.

Siègent également, à titre consultatif :

- un représentant de l'Etat,
- deux représentants de la fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS) de deux professions différentes

- une personnalité qualifiée au regard de son expérience et de ses compétences en économie de la santé.

#### **Article.10.1.2. Les missions de la commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles**

La commission paritaire nationale a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local, en application du présent accord. Elle permet d'organiser la concertation et assure le suivi régulier des différentes dispositions du présent accord.

La commission paritaire nationale a notamment pour fonction de :

- veiller au respect des dispositions du présent accord au niveau national ;
- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'une commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles défini à l'article 10.2 ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 1 ;
- élaborer des modèles d'outils d'évaluation des besoins et de la satisfaction des patients pouvant être utilisés par les structures ;
- valider le cadre du suivi et de l'évaluation défini à l'article 12 et émettre un avis sur les conclusions de celle-ci ;
- préparer les avenants et annexes à l'accord.

#### **Article.10.1.3. Le fonctionnement de la commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles**

La commission paritaire nationale est mise en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent accord.

Elle se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire nationale sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe 5 du présent accord.

#### **Article.10.2. La commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles**

Il est créé dans chaque région administrative une commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles.



### **Article.10.2.1. La composition de la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles**

La composition des deux sections de la commission paritaire régionale est identique à celle définie à l'article 10.1.1 du présent accord pour la commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles.

Siègent également au sein de la commission paritaire régionale à titre consultatif :

- un représentant de l'agence régionale de santé ;
- un représentant de la fédération régionale des maisons et pôles de santé (FFMPS).

En cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres de la commission paritaire régionale, la commission paritaire nationale peut être saisie.

### **Article.10.2.2. Les missions de la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles**

La commission paritaire régionale a pour mission d'assurer le suivi du présent accord au niveau régional.

Elle a notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent de l'accord au niveau régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 1 du présent accord ;
- émettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 1 ;
- émettre des avis dans les conditions définies à l'article 11 du présent accord ;

### **Article.10.2.3. Le fonctionnement de la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles**

Les modalités de fonctionnement de la commission paritaire régionale sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'annexe 5 du présent accord.

## **Article.11. La procédure de consultation des commissions paritaires régionales**

### **Article.11.1. Les motifs de saisine**

Saisine par une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 1.

Une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 1 avec un organisme local d'assurance maladie et une agence régionale de santé, dans la mesure

où ces derniers ont estimé qu'elle ne répondait pas aux conditions définies à l'article 1 du présent accord, a la possibilité de saisir la commission paritaire régionale de son implantation. La saisine doit avoir lieu dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation.

Saisine en cas de procédure de résiliation du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 initiées par l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé

Dans le cas où l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé ont initié une procédure de résiliation du contrat à l'encontre d'une structure dans les conditions définies à l'article 9.2 du présent accord, la structure a la possibilité de saisir la commission paritaire régionale dans un délai de deux mois après réception de la lettre de notification de la résiliation.

**Article.11.2. La procédure d'avis auprès de la commission paritaire régionale**

La commission paritaire régionale saisie dans les conditions définies à l'article 11.1 peut demander des compléments d'information à la structure, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

Des représentants de la structure peuvent également être entendus s'ils en expriment le souhait.

La commission paritaire régionale se réunit dans un délai de deux mois à compter de la réception de sa saisine effectuée par la structure.

L'avis de la commission est rendu dans un délai de trente jours à compter de la tenue de cette réunion.

Il est communiqué à la structure à l'origine de la saisine, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

A défaut d'avis rendu dans ce délai, celui est réputé rendu.

Dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'avis de la commission paritaire régionale ou à l'issue du délai laissé à cette dernière pour notifier son avis, l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé notifient à la structure leur nouvelle décision prise après avis de la commission paritaire régionale, quant à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 1 ou quant à la décision relative à la résiliation du contrat.

**Article.12. L'évaluation de l'accord**

La commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles s'engage à définir et mettre en œuvre un programme d'évaluation du dispositif de rémunération des structures prévu dans le présent accord.

Un point d'avancement de l'évaluation menée est présenté chaque année à la commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles.

## **Article.13. La durée et les conditions d'application de l'accord**

### **Article.13.1. La durée de l'accord**

Conformément à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale, le présent accord est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation.

L'accord est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

### **Article.13.2. Application de l'accord**

Le présent accord est applicable aux professionnels libéraux conventionnés avec l'assurance maladie associés dans le cadre d'une société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, telle que la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), constituée ou en cours de constitution (cf. article 1) ayant conclu avec l'assurance maladie et une agence régionale de santé un contrat conforme au contrat-type joint en annexe 1 du présent accord sous réserve qu'il soit signé par des organisations syndicales le rendant applicables pour au moins deux professions différentes représentées dans les SISA dans les conditions définies à l'article L. 162-14-1-2 du code de la santé publique.

### **Article.13.3. Notification de l'accord**

L'assurance maladie obligatoire met à disposition des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, sur son site internet, le présent accord conventionnel interprofessionnel dans un délai d'un mois suivant sa publication au journal officiel.

### **Article.13.4. Les modalités de révision de l'accord**

Le présent accord peut être modifié par voie d'avenant.

### **Article.13.5. Résiliation de l'accord**

Il peut être résilié par les parties, soit par décision de l'UNCAM soit par décision conjointe d'au moins la moitié des professions visées dans le présent accord et sous réserve que les organisations représentatives à l'origine de la résiliation représentent au moins la moitié du nombre d'organisations signataires du présent accord dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;

- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels concernés par le présent accord.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée à tous les signataires du présent accord et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois.

Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'un nouvel accord dans les conditions prévues par la réglementation.

Fait à Paris, le



# ANNEXE 1 - CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 162-14-1 II ;  
Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L. 6323-1 et L. 6323-3 ;  
Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.

Il est conclu entre  
d'une part,  
le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale  
de :

représentée par

le directeur de l'agence régionale de santé de

Et d'autre part,  
la structure pluri-professionnelle :

- raison sociale :
- numéro FINESS :
- type de structure *maison santé mono-site / maison de santé multi-sites / centre de santé*
- adresse :

représentée par                      agissant en qualité de représentant de la structure

Ou

représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom :

.....

un contrat relatif aux structures pluri-professionnelles

## *Préambule*

L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri-professionnelles publié au Journal officiel du JJ MM AAAA prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles, maisons de santé mono-site ou multi-sites et les centres de santé, les organismes locaux de l'assurance maladie et les agences régionales de santé peuvent s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins.

Ce contrat valorise le travail en équipe réalisé au sein de ces structures qui favorise l'optimisation des parcours des patients.

L'objectif du présent contrat est de :

- renforcer la prévention, l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients ;
- améliorer l'articulation entre les services et établissements de santé, les structures et services médicosociaux et le secteur ambulatoire pour assurer la continuité des parcours des patients ;
- conforter l'offre de soins de premier recours.

### **Article.1. Les structures éligibles au contrat**

Les structures pluri-professionnelles éligibles au présent contrat sont les maisons de santé mono-site ou multi-sites et les centres de santé définis aux articles L. 6323-3 et L. 6323-1 du code de la santé publique.

Les maisons de santé mono-site ou multi-sites concernées sont celles remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être constituée en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, comme la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA).

A titre dérogatoire et, afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise pour la perception de la rémunération de l'assurance maladie, peut signer le présent contrat sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

Aucun versement de l'assurance maladie, y compris sous forme d'avance telle que définie à l'article 7 du présent contrat, ne peut intervenir au bénéfice de la structure avant que cette dernière ne soit constituée sous la forme juridique requise.

Une fois la structure constituée sous la forme requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, un nouveau contrat, identique dans ses termes au précédent, est signé avec le représentant de la structure.

- avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

Les centres de santé éligibles au présent contrat sont ceux ayant élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé et n'ayant pas adhéré à l'accord national des centres de santé publié au journal officiel du 30 septembre 2015. La signature du présent contrat n'est pas cumulable avec l'adhésion à l'accord national des centres de santé publié au journal officiel du 30 septembre 2015.

Sont annexés au présent contrat :

- le projet de santé de la structure,
- les statuts de la structure (pour les maisons de santé),
- le cas échéant, la ou les missions de santé publique sur lesquelles la structure s'est engagée conformément aux dispositions prévues à l'article 2.1 du présent contrat,
- la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure (ou des futurs associés pour les structures en cours de constitution en SISA),



- la liste des professionnels signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure (pour les années 2017 et 2018 uniquement),
- la liste des professionnels assurant des vacations au sein de la structure,
- la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé signataire.

La structure doit informer l'organisme local d'assurance maladie, une fois par an, des modifications intervenant dans cette liste.

## **Article.2. Les indicateurs du contrat**

Le présent contrat met en place une rémunération modulée en fonction de l'atteinte d'indicateurs organisés autour des axes, accès aux soins, qualité et coordination des soins avec l'appui notamment d'un système informationnel partagé.

Le contenu des indicateurs du contrat est précisé au présent article.

Les modalités de valorisation des indicateurs et les justificatifs à transmettre pour permettre l'appréciation de l'atteinte des indicateurs sont précisés à l'article 4 du présent contrat.

### **Article.2.1 Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins**

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Socle Prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p><b>1. Amplitude des horaires d'ouverture :</b> La structure doit être ouverte de 8 heures à 20 heures* en semaine et le samedi matin de 8h à 12h* et pendant les congés scolaires (rémunération maximale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ouverture de la structure sur l'amplitude horaire sans nécessité que l'ensemble des professionnels soient présents durant cette amplitude horaire,</li> </ul> <p>La structure bénéficie d'une rémunération minorée dans les conditions définies à l'article 4.1 du présent contrat si les plages horaires d'ouverture sont d'une amplitude comprise entre 8h et 12h en semaine ou si la structure est fermée le samedi matin.</p> <p><i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ambulatoire et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie inscrite dans le contrat.</i></p>

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
		<p>2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré :</p> <p>Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disponibilité des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),</li> <li>- 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 ...</li> </ul>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens <u>ou</u> de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 1)	<p>Présence parmi les associés de la structure (<i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure</i>) ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), /pharmacien(s) d'officine <u>ou</u> de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.</p>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens <u>et</u> de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 2)	<p>Présence parmi les associés de la structure (<i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, parmi les professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure</i>) ou parmi les salariés du centre de santé d'au moins une profession médicale (spécialités médicales hors médecine générale, sages-femmes, chirurgiens-dentistes)/ pharmacien(s) d'officine <u>et</u> de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.</p>
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 1)	<p>Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure, représentant en moyenne 2 jours par mois.</p>

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 2)	Organisation de consultations de second recours (spécialités médicales hors médecine générale) ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes ou pharmaciens d'officine par des professionnels extérieurs à la structure représentant en moyenne au minimum 2,5 jours par semaine (soit 0,5 équivalent temps plein).
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM	Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 (médecins installés hors zones sous denses qui viennent prêter main forte à leurs confrères exerçant en zones sous denses).
Optionnel	Missions de santé publique	Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).
Optionnel	Satisfaction des patients	Mise en place, en collaboration, si possible avec des représentants des patients, d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure (sur les modalités d'accueil, de contacts avec la structure, etc...) avec : - la mise en place d'un questionnaire, et - la mise en place d'adaptations au regard des besoins identifiés (après exploitation des questionnaires ou des réunions d'échanges), et, le cas échéant, l'organisation de réunions avec les usagers de la structure.

## Article.2.2 Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle Prérequis	Fonction de coordination	<p>La fonction de coordination est assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction.</p> <p>La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- animation de la coordination interprofessionnelle,</li> <li>- coordination des parcours et des dossiers patients,</li> <li>- suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,</li> <li>- relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé,...) ou collectivités.</li> </ul>
Socle	Protocoles pluri-professionnels	<p>Elaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.</p> <p>Ces protocoles doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,</li> <li>- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),</li> <li>- être adaptés à chaque équipe,</li> <li>- répondre à un vrai besoin,</li> <li>- formaliser et harmoniser des pratiques existantes,</li> <li>- être simples, aisément consultables lors des soins,</li> <li>- préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),</li> <li>- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.</li> </ul> <p>Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.</p> <p>Les protocoles élaborés sur des thèmes n'appartenant pas à la liste figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation.</p>

Catégorie	Libellé court	Contenu indicateur
Socle	Concertation pluri-professionnelle	<p>Organisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients présentant l'une des thèmes listés à l'annexe 3 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles.</p> <p>Ces réunions visent à définir la stratégie de prise en charge du patient et à coordonner sa mise en œuvre.</p> <p>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.</p> <p>Pour déclencher la rémunération, le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.</p> <p><i>* Pour les années 2017 et 2018, la patientèle prise en compte correspond à la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins associés de la structure (et par dérogation des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure) ou le centre de santé comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure.</i></p> <p><i>A compter de l'année 2019, la patientèle correspond à la patientèle médecin traitant déclarée des médecins associés de la structure ou du centre de santé (quel que soit l'âge des patients) au 31 décembre de l'année de référence.</i></p>
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	<p>La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an (quelle que soit la profession de santé) et selon les modalités propres à chaque profession.</p>

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
-Optionnel	Coordination externe	<p>La structure met en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,</li> <li>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,</li> <li>- les structures et services médico-sociaux.</li> <li>- les intervenants sociaux (dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable).</li> </ul> <p>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical partagé est ouvert et alimenté au moins par le VMS.</p>

### **Article.2.3 Les indicateurs relatifs au système d'information**

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Contenu indicateur</b>
Socle Prérequis	Système d'information niveau standard	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p> <p>Les dossiers des patients de la structure sont informatisés et partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.</p>
Optionnel	Système d'information niveau avancé	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé intégrant des fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle. Ces fonctionnalités sont précisées sur le site de l'ASIP Santé.</p>

### **Article.3. Le calcul de la patientèle de la structure**

La patientèle de la structure correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée) ou un des médecins salariés du centre de santé.

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 de la structure est calculée selon les modalités suivantes :

**La patientèle de la structure 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 associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés ou un des médecins salariés du centre de santé prise en compte au 31/12 de l'année de référence,
- et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé dans l'année au moins 2 soins de médecins généralistes associés de la structure (ou par dérogation signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associés) ou de médecins généralistes salariés du centre de santé.

**Article.4. La valorisation des indicateurs**

L'atteinte des indicateurs définis à l'article 2 du présent contrat donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables selon les modalités définies au présent article.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur au présent article correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'indicateur.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes, l'atteinte de l'indicateur donne lieu à l'attribution à la structure du nombre de points définis.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables, le nombre de points indiqués au présent article correspond à une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé) et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le calcul des points est proratisé en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 3 du présent contrat selon le calcul suivant :

**Calcul des points pour les indicateurs variables**

Nombre de points variables x Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000)

Pour l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

#### Article.4.1 Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Socle et prérequis	Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p>800 points fixes si couverture de l'intégralité de l'amplitude horaire ou si une dérogation a été accordée au regard des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire.</p> <p>Application à ce nombre de points d'une minoration si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin : minoration de 60 points</li> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin : minoration de 150 points</li> <li>- fermeture le samedi matin : minoration de 120 points</li> <li>- fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : minoration de 20 points</li> </ul>	<p>Transmission de la copie de la charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients (<i>modèle type joint en annexe 4 du présent accord</i>). Cette charte est affichée dans la structure.</p>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés, pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1.	250 points fixes	<p>Transmission de la liste des professionnels de santé associés de la structure (<i>et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins</i></p>



<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Optionnel	Offre d'une diversité de services de soins médicaux, pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	50 % de leur activité au sein de la structure) au 31 décembre de l'année avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale. ou de la liste des professionnels de santé salariés pour les centres de santé.
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1.	250 points fixes	Transmission de la liste des professionnels ayant réalisé des vacances au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM).
Optionnel	Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2.	250 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	
Optionnel	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)	200 points fixes	
Optionnel	Missions de santé publique	350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée. 2 missions peuvent être rémunérées au maximum. Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus.	La (ou les) mission(s) retenue(s) est (sont) précisée(s) dans une annexe au contrat de la structure précisant le contenu, les modalités de mise en œuvre de la mission ainsi que les justificatifs à transmettre.

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Optionnel	Satisfaction des patients	100 points fixes.	Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients sur l'organisation et les services offerts par la structure et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés.

#### Article.4.2 Les indicateurs relatifs à la qualité et à la coordination des soins

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Socle et prérequis	Fonction de coordination	700 points fixes + 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients + 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.	Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste, ...
Socle	Protocoles pluri-professionnels	100 points fixes par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Socle	Concertation pluri-professionnelle	1 000 points variables Si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5 % des patients médecins traitants* présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.  La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte.	Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.
Optionnel	Formation des jeunes professionnels	450 points fixes	Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nom du stagiaire,</li> <li>- la profession concernée par la formation,</li> <li>- les dates de réalisation du stage.</li> </ul>

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Optionnel	Coordination externe	200 points variables	<p>Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,</li> <li>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,</li> <li>- les structures et services médico-sociaux.</li> <li>- les intervenants sociaux.</li> </ul>

#### Article.4.3 Les indicateurs relatifs au système d'information

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
Socle et Prérequis	Système d'information niveau standard	<p>500 points fixes + 200 points par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure <i>(et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure)</i>, ou salariés pour les centres de santé jusqu'à 16 professionnels, +150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels. <i>La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.</i></p>	<p>Transmission de la copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des 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.</p>
Optionnel	Système d'information niveau avancé	100 points fixes	

## **Article.5. Les modalités de vérification du respect des engagements du contrat**

La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs listés aux articles 4.1 à 4.3 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents indicateurs.

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

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

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé ainsi qu'à la vérification, le cas échéant, de la réalisation des missions de santé publique annexées au contrat.

Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique définies conformément aux dispositions de l'annexe 2 de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures pluri-professionnelles. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements est proratisé en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

## **Article.6. Les modalités de calcul de la rémunération versée**

### **Article.6.1 Calcul de la rémunération des indicateurs**

L'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction du niveau de réalisation des indicateurs.

L'atteinte de chaque indicateur donne lieu à l'attribution de points fixes ou variables.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points fixes aux articles 4.1 à 4.3 du présent contrat, la rémunération est calculée de la manière suivante :

**Rémunération fixe** = Nombre de points fixes x 7 euros

Pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables en fonction de la patientèle, le nombre de points indiqués aux articles 4.1 à 4.3 du présent accord

correspond au nombre de points attribué en cas d'atteinte de l'indicateur pour une patientèle de référence de 4 000 patients (correspondant à la patientèle moyenne des maisons de santé).

Le nombre de points attribué est proratisée en fonction de la patientèle de la structure définie à l'article 3 du présent contrat selon le calcul suivant :

**Rémunération variable** = Nombre de points variables x Patientèle de la structure / Patientèle de référence (4 000 patients) x 7 euros

A titre d'exemple :

Pour l'indicateur relatif à la « fonction de coordination », une structure ayant atteint l'indicateur et ayant une patientèle de 10 000 patients bénéficiera de la rémunération suivante sur cet indicateur :

Nombre de points = 700 points fixes + 1 350 points variables x (8 000 / 4000) + 1 000 points variables x (2 000 / 4000) = 700 + 2 700 + 500 = 3 900 points

Rémunération = 3 900 points x 7 euros = 27 300 euros.

Pour l'indicateur sur le système d'information, le nombre de points est variable non pas en fonction de la patientèle mais du nombre de professionnels de santé par tranche de nombre de professionnels de santé exerçant au sein de la structure.

A titre d'exemple, une structure atteignant l'indicateur « système d'information niveau standard » et composée de 20 professionnels bénéficiera de la rémunération suivante pour cet indicateur :

Nombre de points = 500 points fixes + 200 points/PS x 16 + 150 points/PS x 4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points

Rémunération = 4 300 points x 7 euros = 30 100 euros.

La rémunération attribuée à la structure correspond à la somme des rémunérations calculées pour les indicateurs atteints par la structure.

Le montant de cette rémunération est proratisé, le cas échéant, en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

## **Article.6.2          Calcul d'une majoration de précarité**

La rémunération versée à la structure est majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients CMUC et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.

Le taux de patient CMUC de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de la CMUC ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé
- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé.

Le taux de patients AME de la structure est égal :

- au nombre de patients bénéficiaires de l'AME ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé
- divisé par le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure associé de la structure (*ou par dérogation, pour les années 2017 et 2018, signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé*) ou salarié du centre de santé.

Le taux de patient CMUC et le taux de patient AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC (7,5 %) et AME (0,4 %) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

- Si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

(Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC) + (Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

- si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

- si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients CMUC égale ou inférieure à la moyenne nationale :

La majoration de précarité est égale à :

Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

## **Article.7. Les modalités de versement de la rémunération**

### **Article.7.1 Les conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et définis comme des prérequis listés aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat soient respectés. Il s'agit des indicateurs « Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination » et « Système d'information niveau standard ».

Par dérogation, pour les structures 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.

La rémunération, calculée selon les modalités définies à l'article 6 du présent contrat, est versée au plus tard le 30 avril de l'année qui suit l'année au titre de laquelle le versement est effectué en fonction de l'atteinte des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 5.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 1).

La rémunération n'est pas due lorsque les indicateurs correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement mobilisant un financement relevant de l'Assurance Maladie.

### **Article.7.2 Le versement d'une avance**

Afin de permettre à la structure d'engager les investissements nécessaires pour la réalisation des engagements, un dispositif d'avances est mis en place.

Une avance de 60 % est versée au titre de l'année en cours dans un délai de trois mois suivant la signature du contrat pour la première année, puis, les années suivantes, au moment du versement du solde de la rémunération au titre de l'année précédente, au plus tard le 30 avril.

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des indicateurs socles tels que définis aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat, en prenant en compte la patientèle de la



structure définie à l'article 3 pour les indicateurs dont la valorisation est basée sur un nombre de points variables et le nombre de professionnels pour l'indicateur sur le système d'information.

Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (cf. article 1).

Cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme d'assurance maladie dans les cas suivants :

- résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 9 du présent contrat : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;
- dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

### **Article.7.3 Les dispositions spécifiques aux nouvelles structures**

Les structures nouvellement créées sont entendues comme les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

Par dérogation, durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion), le déclenchement de la rémunération pour les nouvelles structures intervient dès lors que deux des indicateurs socles définis comme des prérequis aux articles 2.1 à 2.3 du présent contrat sont atteints (« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Système d'information niveau standard »).

En outre, durant cette période, ces nouvelles structures bénéficient d'une garantie de versement d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (sous réserve du respect des deux prérequis précités). Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat de la structure.

Ces nouvelles structures bénéficient également sur cette même période d'une garantie de versement d'une avance, telle que prévue à l'article 7.2 du présent contrat, d'un montant minimum de 12 000 euros pour une année complète. Ce montant est proratisé en fonction de la date d'adhésion au contrat.

## **Article.8. La durée du contrat et la conclusion d'avenants**

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité de l'accord conventionnel interprofessionnel applicable aux structures de santé pluri-professionnelles.

Un avenant au contrat peut être conclu en cas de modification du projet de santé de la structure intervenu notamment après vérification par l'agence régionale de santé de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé.

## **Article.9. Les modalités de résiliation du contrat**

### **Article.9.1 La résiliation à l'initiative de la structure**

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

### **Article.9.2 La résiliation par la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé**

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans les cas suivants :

- si la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définies à l'article 4 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives
- si la structure ne remplit plus les conditions d'éligibilité au contrat.

Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie.

Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir la commission paritaire régionale des structures pluri-professionnelles de son ressort géographique selon la procédure définie à l'article 11 de l'accord conventionnel interprofessionnel.

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

### **Article.9.3 Les conséquences de la résiliation**

En cas de résiliation du contrat, quelle que soit l'origine de celle-ci, le calcul de la rémunération due au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue est effectué au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Dans le cas où la rémunération calculée selon les modalités ci-dessus venait à être inférieure à l'avance versée à la structure dans les conditions définies à l'article 7.2 du présent contrat au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, quelle que soit l'origine de celle-ci, la structure est tenue de procéder au remboursement de la différence à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Fait à XXXX en XXXX [nombre de signataires] exemplaires le XXXX,

Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie / caisse générale de sécurité sociale de XXXX

Pour le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

Pour la structure pluri-professionnelle : raison sociale (numéro FINESS de la société constituée)

représentée par XXXXX agissant en qualité de représentant de la structure

Ou

représentée par les personnes suivantes membres de la structure en cours de constitution sous une forme juridique lui permettant de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie en son nom :

## **ANNEXE 2 - MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE**

Des missions de santé publique définie 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 structures de bénéficier d'une valorisation complémentaire dans les conditions définies à l'article 5.1 du présent accord.

### **Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale**

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires<sup>1</sup>. L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins<sup>2</sup>.

### **Lutte contre la tuberculose**

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants<sup>3</sup>. Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes.

### **Surpoids et obésité chez l'enfant**

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses.<sup>4</sup>

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte<sup>5</sup>, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

### **Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans**

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression<sup>6</sup> ; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Le recours

---

<sup>1</sup> Source INVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale>.

<sup>2</sup> Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.

<sup>3</sup> Source INVS 2012.

<sup>4</sup> Sources : étude ObEpi-Roche 2012 ; données INSERM et OMS.

<sup>5</sup> Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.

<sup>6</sup> Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité...

fréquent aux comportements addictifs conduit plus ou moins rapidement à aggraver le processus<sup>7</sup>. Les adolescents les plus démunis sont les plus sujets aux conduites addictives.

### **Prévention du suicide**

Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale.

### **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA**

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus<sup>8</sup>, dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires<sup>9</sup> peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

### **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 SA<sup>10</sup>

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 France<sup>11</sup>, 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

---

<sup>7</sup> Etude du Fonds des Nations unies pour l'enfance menée en France au printemps 2014 : plus de 41 % des plus de 15 ans disent boire de l'alcool et avoir déjà été en état d'ivresse, et près de 32 % avoir déjà pris de la drogue ou fumer du cannabis.

<sup>8</sup> HAS " Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? " juin 2013.

<sup>9</sup> Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante...

<sup>10</sup> Cf. INSERM Prématurité <http://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurite-un-monde-a-explorer>

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

(moins de 26 ans, grossesses non désirées, primipares, niveau d'éducation inférieur au baccalauréat, isolement affectif et faiblesse des revenus).

### **Education thérapeutique et éducation à la santé**

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants<sup>12</sup> ; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'Assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA.

---

<sup>12</sup> Environ 15 millions actuellement.

## **ANNEXE 3 - thèmes privilégiés pour la réalisation de protocoles de prise en charge pluri-professionnelle et pour la tenue de réunions de concertation**

Les thèmes listés ci-après sont privilégiés pour l'élaboration de protocoles de prise en charge pluri professionnelle et comme sujet des réunions de concertation réalisées autour de dossiers de 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.

## **ANNEXE 4 - CHARTE D'ENGAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ XX OU DU CENTRE DE SANTÉ XX**

La maison de santé .....  
ou le centre de santé .....  
regroupe des professionnels de santé des professions suivantes : .....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

### **Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire**

Les professionnels de santé de notre maison / notre centre s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de :

- X heures à XX heures du lundi au vendredi
- le samedi matin de X heures à XX heures

et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes .....

En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison / le centre ..... est joignable au numéro suivant .....

Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

### **Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité**

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

### **Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge**

L'organisation en maison de santé ou /centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de ..... à .....

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels de la maison ou / centre amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs à la maison ou/centre dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.



## **ANNEXE 5 - Règlement intérieur de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles**

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale et aux commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles prévues aux articles 10.1 et 10.2 du présent accord.

### **Article.1. Organisation de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles**

#### **Article.1.1 Secrétariat des commissions**

Le secrétariat de la commission paritaire nationale des structures pluri-professionnelles est assuré par le département des professions de santé de la CNAMTS.

Le secrétariat des commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles est assuré par les cellules de coordination régionales de gestion du risque.

#### **Article.1.2 Organisation des réunions des commissions**

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres des commissions au moins 15 jours avant la date de réunion. L'ordre du jour est envoyé au moins 5 jours avant la tenue de la réunion après avis des présidents de chaque section.

La commission paritaire nationale se réunit en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum deux fois dans l'année.

Les commissions paritaires régionales se réunissent en tant que de besoin, à la demande de chaque section, et au minimum une fois dans l'année.

#### **Article.1.3 Présidence de sections et des commissions**

Les présidents de chacune des sections assurent par alternance annuelle, par année civile, la présidence et la vice-présidence des commissions.

La présidence est assurée pour la première année par un membre de la section sociale.

### **Article.2. Délibérations des commissions**

Les commissions ne peuvent valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres des commissions se font représenter par leur suppléant ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section.

Aucun membre ne peut recevoir plus de 3 délégations.

Pour les points à l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs ou nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance lequel s'établit alors à bulletin secret.

En cas de maintien du partage égal des voix à l'issue du second vote, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Les délibérations font l'objet d'un relevé de décision établi par le secrétariat de la commission dans les deux mois de la tenue de la commission. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section de la commission. Il est ensuite adressé par mail aux membres de la commission puis soumis à l'approbation des membres à la séance suivante.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

### **Article.3. Indemnisation des membres des commissions**

Les membres de la section professionnelle de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles perçoivent une indemnisation, par séance des commissions, identique à celle fixée pour la représentation aux instances paritaires définies dans chacune des conventions nationales organisant les relations entre l'assurance maladie et les catégories de professionnels de santé ou les centres de santé siégeant dans les commissions.

Chaque membre de la section professionnelle de la commission a la possibilité d'être accompagné par un expert technique lequel ne pourra bénéficier d'aucune indemnisation.

Les membres siégeant à titre consultatif au sein de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires régionales des structures pluri-professionnelles bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de déplacement.

### **Article.4. Situation de carence au sein des commissions**

Il y a situation de carence dans les cas suivants :

- Défaut d'installation dans le délai imparti résultant de l'incapacité d'une section à désigner ses membres ;
- Dysfonctionnement : non tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (deux fois consécutives) des sections soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun du fait de l'une ou l'autre section ;
- Absence répétée de quorum (deux fois consécutives) à des réunions ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section ;
- Refus répété (deux fois consécutives), par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour ;
- Défaut de parité au sein des commissions.

Dans ces cas, un constat de carence est dressé. Le cas échéant, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Lorsque la carence résulte du refus de voter un point inscrit à l'ordre du jour, le constat de carence ne porte que sur ce point.