

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

Avis portant approbation de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie

NOR : SANS0321042X

Est réputé approuvé, en application de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie conclu le 19 novembre 2002 entre, d'une part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés et, d'autre part, le Comité national de liaison des centres de santé, la Croix-Rouge française, la Fédération des mutuelles de France, la Fédération nationale de la mutualité française, les Religieuses en professions de santé, l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural, l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, l'Union nationale des associations coordinatrices de soins et santé.

ACCORD NATIONAL

DESTINÉ À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Entre, d'une part,

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, représentée par J.-M. Spaeth, président ;

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, représentée par J. Gros, présidente ;

La Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, représentée par G. Quevillon, président ;

Ci-dessous désignées sous le terme « les caisses nationales »,

Et, d'autre part,

Le Comité national de liaison des centres de santé, représenté par C. Gillot-Dumoutier, présidente ;

La Croix-Rouge française, représentée par le professeur M. Gentilini, président ;

La Fédération des mutuelles de France, représentée par J.-P. Panzani, président ;

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par J.-P. Davant, président ;

Les Religieuses en professions de santé, représentées par sœur C. Delezenne ;

L'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural, représentée par D. Dumas, présidente ;

L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, représentée par J.-M. Bloch-Lainé, président ;

L'Union nationale des associations coordinatrices de soins et santé, représentée par P. Mumbach, président.

Compte tenu du préambule ci-après et en application des articles L. 162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale, sont convenues des termes de l'accord national qui suit :

Les parties signataires ci-dessus énumérées, signataires du présent accord et de ses annexes, désignées sous le terme de « parties signataires ».

On entendra sous le terme de « caisses » :

Les caisses primaires d'assurance maladie du régime général ;

Les caisses de la mutualité sociale agricole ;

Les caisses maladie régionales des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;

Les autres organismes d'assurance maladie obligatoire.

On entendra sous le terme de « centres de santé » les organisations représentatives des gestionnaires de centres de santé.

PRÉAMBULE

Les décrets du 15 juillet 1991 avaient permis de définir la place et le rôle spécifique des centres de santé dans le paysage sanitaire

français, mais aussi de fixer les règles concernant leurs relations organisationnelles et financières avec les caisses primaires d'assurance maladie sous la forme d'une convention type.

Néanmoins, le cadre institué par les décrets de juillet 1991 a montré ses limites face à l'évolution du paysage sanitaire français au cours de ces dernières années. Tirant les conséquences logiques de cette situation, la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000, dans son article 23, a défini la base légale permettant la conclusion d'un accord national entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organismes gestionnaires de centres de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a apporté certains compléments à cette première base légale.

Par le présent accord national, les parties signataires entendent donc rénover le cadre dans lequel s'exerce l'activité des centres de santé et s'établissent leurs relations mutuelles. Elles s'engagent en particulier à respecter les principes suivants :

- liberté de choix de l'utilisateur ;
- affirmation du rôle spécifique des centres de santé ;
- promotion de la qualité des soins et mise en place d'une démarche d'évaluation ;
- contribution des centres de santé aux évolutions du paysage sanitaire français ;
- participation à une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé.

Le centre de santé n'ayant pas de personnalité juridique propre, dans le corps du présent accord national, on entendra par « centre de santé » le gestionnaire du centre de santé.

1. Missions des centres de santé

Les centres de santé assurent, dans le respect du libre choix de l'utilisateur, des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Structures de proximité se situant au plus près des assurés et de leurs besoins, ils participent à l'accès de tous à la prévention et à des soins de qualité. Ils pratiquent le tiers payant et s'engagent à respecter les tarifs conventionnels.

En lien avec la démarche curative, les centres de santé participent activement à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant une prise en charge globale de la santé des personnes.

2. Pratiques spécifiques et organisation des soins dans les centres de santé

Le travail en équipe entre professionnels de santé et la concertation organisée entre gestionnaires et professionnels de santé constituent le fondement de la pratique des centres de santé. Cette pratique permet d'apporter une réponse adaptée aux besoins de santé.

L'unité de lieu permettant la cohérence des interventions, la mise en place d'outils communs évitant la redondance des examens complémentaires, l'organisation de la permanence et de la continuité des soins, la possibilité d'échanges permanents entre omnipraticiens, médecins spécialistes et auxiliaires médicaux, la participation des assurés ou de leurs représentants à l'élaboration du projet sanitaire de l'organisation gestionnaire : tels sont les éléments forts de la pratique en centres de santé qui doivent permettre une réponse à la fois plus cohérente et plus économe aux problèmes de santé des assurés.

Le présent accord définit les dispositifs novateurs de coordination des soins, tant dans leurs modalités organisationnelles que financières.

3. Participation des centres de santé aux nouveaux modes d'organisation du système de santé

Dans le cadre plus général de l'organisation et de la coordination des soins, les centres de santé ont un rôle actif à jouer dans les nouveaux modes de prise en charge de la santé, et ce afin d'améliorer le service rendu à l'assuré. Pour ce faire, les parties s'engagent à

encourager toute démarche de coopération développant des complémentarités avec les autres offreurs de soins en articulation avec les services des secteurs social et médico-social.

Ces initiatives permettent en effet de réaliser des partenariats pluri-institutionnels variés autour de projets de santé dans le domaine des soins mais aussi de la prévention. Ces actions se développeront notamment dans le cadre défini par le présent texte.

Ainsi, les centres de santé contribuent pleinement aux nécessaires évolutions du système de santé actuel à travers une redéfinition de son organisation, de ses modes de financement et de la distribution des soins.

4. Participation des centres de santé à la régulation globale de l'offre de soins

Les parties sont favorables à une affectation des ressources qui tiennent compte des besoins de santé et des priorités de santé publique définies tant aux niveaux national et régional qu'au niveau local, dans le cadre d'une régulation concertée et médicalisée des dépenses de santé.

5. Mise en place d'une démarche d'évaluation

Les centres de santé évaluent leurs pratiques organisationnelles sur la base d'indicateurs élaborés conjointement par les parties. Chaque fois que cela s'avérera nécessaire, ce travail s'effectuera en coopération avec l'ANAES et les services ministériels concernés.

TITRE I^{er}

DES CONDITIONS GÉNÉRALES

CHAPITRE I^{er}

De la délivrance des soins aux assurés

1.1. Du champ d'application du présent accord

Le présent accord national régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé légalement autorisés à dispenser des soins sur le territoire français.

1.2. De la nature des activités des centres de santé

Conformément à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

1.3. De l'accès aux soins

Les centres de santé s'engagent à n'effectuer aucune sélection dans l'accès aux soins pour les assurés relevant des régimes obligatoires d'assurance maladie, quelles que soient les modalités de leur prise en charge.

1.4. Du libre choix

Les assurés et leurs ayants droits ont le libre choix entre tous les offreurs de soins, y compris entre les offreurs de soins exerçant dans le centre (sous réserve du respect des obligations liées à l'option).

1.4.1. Pour faciliter ce libre choix, les caisses donnent à leurs assurés toutes informations actualisées sur la situation des centres de santé de leur circonscription.

Le cas échéant elles font connaître aux assurés les sanctions encourues par un centre de santé dans le cadre du présent accord.

De leur côté, les centres de santé informent leurs usagers de leur situation au regard du présent accord, ainsi que l'ensemble des tarifs pratiqués dans le centre de santé.

1.4.2. Lorsque les soins sont dispensés au domicile de l'assuré, la caisse ne participe pas aux frais de déplacement supplémentaires résultant du choix fait par celui-ci d'un praticien ou auxiliaire médical autre que celui de l'agglomération dans laquelle il réside, ou, à défaut de l'agglomération la plus proche.

1.4.3. Sous réserve de son droit de faire connaître aux assurés les sanctions comportant interdictions, temporaires ou définitives, de dispenser des soins aux assurés, la caisse s'engage à ne faire aucune discrimination entre les différents modes d'exercice du champ de la médecine ambulatoire.

1.4.4. Le centre de santé fait connaître à la caisse les noms et titres des professionnels de santé exerçant dans le champ de la médecine ambulatoire, qui donnent les soins en son sein et

justifie du caractère régulier de leur exercice (à savoir pour les médecins et les chirurgiens-dentistes l'inscription au tableau de l'ordre concerné à l'existence d'un contrat de salarié communiqué aux instances ordinaires). A défaut, les soins dispensés au titre du centre de santé par les praticiens ou auxiliaires médicaux concernés ne donnent pas lieu à prise en charge par la caisse.

1.5. De la constatation des soins

1.5.1. Le centre de santé s'engage, dans le respect des dispositions légales et réglementaires, à mettre en place une organisation de telle sorte que les malades bénéficient de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science et que les professionnels de santé observent dans leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

1.5.2. La caisse s'engage à fournir au centre de santé des feuilles de soins d'un modèle normalisé comportant l'identification du centre de santé. Le centre de santé s'engage à ce que les professionnels de santé exerçant en son sein utilisent, pour la constatation des soins qui sont délivrés au centre de santé ou au domicile du patient, les feuilles de soins mentionnées ci-dessus et les imprimés prévus par la réglementation. Le centre de santé s'engage à faire figurer sur ces documents l'identification des prestataires des actes.

Concernant l'utilisation des feuilles de soins électroniques, le centre de santé s'engage à élaborer et à transmettre celles-ci dans le respect des dispositions légales, réglementaires et techniques propres à ces mêmes documents, et conformément au chapitre VII.

1.5.3. Dans tous les cas où la réglementation prévoit l'établissement d'une demande d'entente préalable, le centre de santé s'engage à ce que le praticien ou l'auxiliaire médical compétent remplisse et signe les imprimés nécessaires prévus à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), et aux textes qui pourraient s'y substituer. Le professionnel de santé joint à cette demande l'ordonnance ou sa copie, lorsque cela est nécessaire.

1.5.4. Le centre de santé s'engage à ce que lors de chaque acte, le praticien ou l'auxiliaire médical qui accomplit cet acte porte sur la feuille de soins les indications prescrites et appose sa signature dans la colonne réservée à cet effet.

La prestation de soins doit être mentionnée au jour le jour, même lorsqu'il s'agit d'actes en série, en utilisant les cotations prévues à la NGAP, à la NABM et aux textes qui pourraient s'y substituer.

1.5.5. Le centre de santé est tenu d'inscrire sur la feuille de soins la totalité des honoraires qu'il a perçus et en donne l'acquit par une mention portée dans une colonne spéciale.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes à titre gratuit, le centre de santé porte sur la feuille de soins la mention : « gratuit ».

Concernant l'utilisation des feuilles de soins électroniques, le centre de santé s'engage à appliquer ces mêmes dispositions dans le respect des dispositions légales et réglementaires propres à ces mêmes documents et conformément au chapitre VII.

1.5.6. Le centre de santé s'engage à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents sur support papier ou électronique conformes au modèle prévu par la législation ou, à défaut, prévu par les partenaires conventionnels.

Quand ces feuilles de soins, imprimés et documents, ne sont pas pré-identifiés, le centre de santé doit y reporter son identification nationale et codée, ainsi que celle des professionnels qui exercent en leur sein.

1.5.7. Conformément aux dispositions réglementaires en vigueur, les actes non inscrits à la NGAP ou à la NABM et non assimilés, que les centres de santé peuvent désormais dispenser, doivent faire l'objet d'une facturation permettant au patient de les identifier clairement.

1.6. De la rédaction des ordonnances

Le centre de santé s'engage à ce que l'ordonnance comporte son numéro d'identification et celui du praticien, ainsi que les mentions prévues par la législation en vigueur.

Les prescriptions sont formulées qualitativement et quantitativement avec toute la précision souhaitable conformément à la législation en vigueur.

Le centre de santé s'engage à ce que le praticien formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- pharmaceutiques ;
- de dispositifs médicaux ;
- de soins à effectuer auprès des auxiliaires médicaux ;
- d'examen de laboratoires.

1.7. De la dispense d'avance des frais

Le versement de la part des honoraires due au centre de santé par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de « Dispense d'avance des frais » (DAF) conformément à la législation applicable aux centres de santé.

Dès la mise en place de la facturation par feuille de soin électronique (FSE) au niveau du centre de santé, les caisses d'assurance maladie s'engagent à émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 4 jours ouvrés à compter de la réception de la FSE.

Pour les assurés non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales, et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux assurés d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur. Elles mettront en œuvre les modalités de centralisation des envois des feuilles de soins papier lorsqu'un tel envoi ne s'oppose pas aux dispositions du chapitre relatif à la télétransmission.

CHAPITRE II

Des conditions d'application des conventions nationales des professionnels de santé libéraux

Les conditions d'application aux centres de santé des conventions nationales des professionnels de santé libéraux feront l'objet d'un examen au sein des instances conventionnelles prévues par le présent accord en vue de leur éventuelle adaptation.

2.1. Dispositions relatives aux tarifs

Concernant les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires applicables par les centres de santé, ils doivent être conformes aux tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, fixés et modifiés par les conventions nationales existant entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux, conformément à l'article L. 161-32-2 du code de la sécurité sociale.

2.2. Obligations des centres de santé à cet égard

1. Le centre de santé s'engage à respecter l'ensemble des obligations relatives aux tarifs et découlant de l'application des conventions avec les professionnels libéraux, en particulier le respect de l'opposabilité des tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Il s'engage également à respecter les dispositions relatives aux éventuels référentiels d'honoraires de ces conventions. Lorsque le centre de santé fait jouer les dispositions des conventions concernant les dépassements, il s'engage à y avoir recours en informant systématiquement les assurés.

2. Le centre de santé s'engage à respecter les dispositions, les libellés et les cotations définies par la NGAP – ou par toute réglementation qui s'y substituerait – pour les actes visés par celle-ci.

3. Le centre de santé s'engage à donner toute facilité au service médical de l'assurance maladie pour procéder à tous les contrôles pour lesquels il est habilité. Les praticiens-conseils auront la possibilité, après en avoir informé les responsables du centre et le(s) praticien(s) concerné(s), de consulter sur place notamment :

- les dossiers médicaux et leur contenu ;
- les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels de santé qui y exercent.

4. Le centre de santé s'oblige, concernant ses tarifs, à la transparence, c'est-à-dire :

- information des assurés par affichage dans le centre de santé des tarifs de l'ensemble des actes pratiqués (actes nomenclaturés, actes à dépassements autorisés, actes non inscrits à la nomenclature) ;
- communication annuelle à la caisse d'assurance maladie de l'ensemble des tarifs.

5. Le centre de santé recense, dans le rapport d'activité annuel, le nombre et la nature des actes hors nomenclature effectués.

6. Le centre de santé dentaire s'engage à dispenser aux assurés sociaux l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et radiologiques courants. Ainsi, il s'engage à ne pas déve-

lopper une pratique exclusivement centrée sur les actes hors nomenclature. A titre exceptionnel, le centre de santé dentaire peut se spécialiser, uniquement, dans les spécialités officiellement reconnues, à savoir actuellement l'orthodontie.

2.3. Qualité des soins

Le centre de santé met en œuvre une organisation et des procédures permettant l'intégration dans la pratique de l'équipe médicale du centre de santé, des recommandations de bonnes pratiques et des référentiels élaborés par des instances compétentes – notamment l'ANAES et l'AFSSAPS – ainsi que les normes de qualité fixées par les conventions nationales précitées.

2.4. Les accords spécifiques

Les accords spécifiques, au sens de la loi du 6 mars 2002, contenus dans les conventions avec les professionnels libéraux font l'objet d'une adaptation débattue et définie au sein des instances conventionnelles et techniques prévues par le présent accord national en vue d'être intégrés par celui-ci.

Ces mêmes accords sont applicables automatiquement au centre de santé dès lors qu'ils modifient les tarifs en vigueur, y compris en ce qui concerne les contraintes attachées à ces mêmes modifications.

TITRE II

DES OPTIONS CONVENTIONNELLES RELATIVES À LA COORDINATION DES SOINS

Les centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers sont susceptibles de mettre en place, du fait même de leur structure, une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins.

Les parties signataires conviennent de définir les conditions d'exercice permettant au centre de santé dit « optant » d'assurer la coordination des soins.

Au travers de cette option, qui reste facultative, les parties signataires entendent favoriser :

- la qualité des soins ;
- la prévention et les actions de santé publique ;
- le suivi médical et la continuité des soins ;
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins ;
- l'optimisation des dépenses de santé.

Les parties signataires sont conscientes des exigences de qualité qu'implique cette nouvelle forme de délivrance des soins, tant pour les professionnels de santé que pour les assurés concernés. Elles sont conscientes aussi que sa mise en œuvre et son fonctionnement exigeront l'effort et l'attention particulière des instances conventionnelles.

CHAPITRE III

De la coordination des soins médicaux dans les centres de santé optants

3.1. Organisation mise en place par le centre de santé optant

Dans un centre de santé optant, l'organisation de la coordination des soins médicaux repose sur les dispositions suivantes :

- prise en compte par le centre de santé de la désignation par l'assuré d'un médecin généraliste coordinateur ;
- mise en place d'un document médical de synthèse pour tous les assurés adhérant à l'option ;
- tenue de ce document (y compris le plan de prévention personnalisé) par le médecin généraliste coordonnateur et accessibilité dudit document à l'ensemble de l'équipe soignante prenant en charge le patient ;
- participation à la permanence et à la continuité des soins : les centres de santé intégreront les dispositifs de garde et d'astreinte en fonction de l'évolution des textes, actuellement en cours d'élaboration. Les centres de santé doivent faire figurer sur les ordonnances les jours et heures d'ouverture du centre de santé ainsi que la mention « En cas d'urgence » suivie du numéro d'appel ;
- mise en place d'un système de réponse concernant les demandes de visites à domicile. Elles seront effectuées soit par les praticiens du centre de santé, soit par des praticiens vers lesquels le centre de santé aura orienté le patient dans le cadre d'accords locaux ;
- développement d'une approche globale du patient intégrant la prévention. Le centre de santé doit pouvoir faire bénéficier le patient des actions de prévention et de dépistage définies nationalement par les parties et dans les conditions fixées par celles-ci ;

- élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD ;
- mise en place d'un document de liaison que les parties signataires définiront ultérieurement dans le cadre d'un avenant à l'accord.

Les conditions d'organisation et de coordination des soins relèvent de la responsabilité du gestionnaire du centre de santé. Ce dernier doit s'assurer que les conditions pratiques d'organisation du centre permettent de respecter l'ensemble des dispositions énoncées ci-dessus ainsi que le cadre fixé par la charte d'organisation présentée en annexe.

Dans un centre de santé optant, l'utilisation du document médical de synthèse (DMS) se fait selon les modalités suivantes :

Le document médical de synthèse fait partie intégrante du dossier médical individuel du patient. Il comprend toute information pertinente dans l'intérêt du patient et recueillie avec l'accord de celui-ci. Il est accessible à tous les membres de l'équipe soignante prenant en charge le patient. Le document médical de synthèse comporte les principales rubriques définies ci-dessous :

- identification de l'adhérent ;
- principaux antécédents personnels et familiaux ;
- affection(s) donnant lieu au suivi actuel ;
- vaccinations ;
- situation par rapport au dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables ALD exonérantes ;
- plan personnalisé de prévention.

L'évolution de ce document sera soumise à la CPN, après avis du comité technique paritaire médical.

L'assuré adhérent demande au médecin généraliste coordinateur de tenir son document médical de synthèse dans le respect des dispositions relatives au secret médical. Il autorise le médecin coordinateur à transmettre aux autres praticiens du centre de santé les informations nécessaires à son suivi. Par ailleurs, tout praticien consulté dans le centre de santé y inscrit les informations pertinentes dans le respect des règles déontologiques.

Si tous les praticiens peuvent contribuer sous leur responsabilité à l'enrichissement du DMS, le médecin généraliste coordinateur est néanmoins responsable de la tenue globale de celui-ci.

Des réunions de concertation sur la prise en charge médicale du patient, en fonction de sa pathologie, peuvent être organisées par le centre de santé sur proposition du médecin généraliste coordinateur.

3.2. Organisation de l'option

Le respect des différents engagements peut être apprécié à tout moment par les instances conventionnelles. Il conditionne le maintien dans l'option.

3.2.1. Adhésion du centre de santé optant

Dans le cas où un centre de santé souhaite devenir centre de santé optant, il s'engage à ce que l'équipe médicale participe à cette démarche. Cet engagement, d'une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction (dans la limite de la durée du présent accord national), formalisé dans l'acte d'adhésion conforme au modèle fixé en annexe, est transmis à la CPAM de la circonscription dans laquelle le centre de santé est installé.

Toutefois, le centre de santé peut renoncer à l'option et dans ce cas, il doit assurer jusqu'à son terme annuel, le suivi des malades intéressés. Il en informe expressément la caisse par écrit, en respectant un préavis de deux mois.

Si un praticien quitte le centre de santé (démission, retraite, licenciement), le centre de santé s'engage à ce que l'équipe médicale assure le suivi des assurés de ce praticien.

Le centre de santé, pour être optant, ne doit pas avoir fait l'objet d'une mesure de sanction conventionnelle.

3.2.2. Adhésion de l'assuré

Acte d'adhésion

Tout assuré ou tout ayant droit âgé de 16 ans ou plus a la possibilité de s'engager dans une démarche qualifiée fondée sur la continuité et la coordination des soins. A cette fin, il souscrit un acte d'adhésion formalisant son engagement individuel, et désigne un médecin coordinateur auprès du centre de santé optant. Cet acte d'adhésion est transmis à la caisse d'affiliation de l'assuré qui vérifie notamment sa situation au regard de l'ouverture des droits.

L'acte d'adhésion est conforme au modèle fixé en annexe.

De façon dérogatoire et exceptionnelle, l'adhésion de l'assuré peut ne pas être formalisée. Dans ce cas, le centre s'engage à informer l'assuré de manière claire et précise des dispositions de l'option. Un système de déclaration par le centre de santé optant est

alors mis en place. Un assuré est déclaré optant lorsque au minimum trois passages par an de celui-ci dans le centre de santé auront été enregistrés, et un DMS ouvert à son nom.

Cette procédure dérogatoire et exceptionnelle ne saurait concerner plus de 5 % des assurés optants. Ce taux peut néanmoins être modulé au niveau régional ou départemental (Ile-de-France) sur décision motivée des commissions paritaires régionales. La modulation ne peut entraîner un taux dérogatoire supérieur à 15 %. Elle est transitoire et ouverte seulement pour la première année d'adhésion des assurés.

Durée de l'adhésion

La durée de cette adhésion est d'un an renouvelable. A l'issue de cette période, l'adhésion peut être transférée sur un autre médecin généraliste du centre de santé optant, dans les mêmes conditions que la décision initiale.

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse de l'assuré, dans les conditions prévues par le présent accord. La caisse informe le centre de santé du non-renouvellement de l'adhésion de l'assuré, le cas échéant.

3.3. Mission du médecin généraliste coordinateur au sein du centre de santé optant

Conditions d'exercice du médecin coordinateur

Le centre de santé optant offre au médecin généraliste coordinateur les moyens nécessaires pour assurer la continuité et la coordination des soins et ainsi permettre d'améliorer leur qualité.

Dans cette perspective, le médecin généraliste coordinateur doit exercer l'essentiel de son activité dans le cadre de la médecine générale qui s'apprécie au regard d'un taux de 75 % de l'activité en actes cotés en C ou V en centre de santé. Une fois que l'activité des praticiens salariés pourra être appréhendée de manière systématique au niveau informatique, ce calcul se fera par praticien salarié.

Situation du médecin généraliste coordinateur

Sous réserve des lois d'amnistie, les médecins généralistes coordinateurs du centre de santé optant doivent n'avoir subi aucune condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive et comportant interdiction d'exercer la médecine ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement (dans le cas où le praticien exerce par ailleurs en secteur libéral), dans les cinq années qui précèdent l'adhésion du centre de santé.

3.4. Engagements et droits des adhérents

L'assuré adhérent auprès d'un centre de santé optant choisit une démarche de qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. En adhérent, il accepte que les données médicales le concernant soient accessibles à l'ensemble des membres de l'équipe médicale qui le prend en charge.

Les coordonnées du centre de santé et du médecin généraliste coordinateur lui sont communiquées et figureront sur le document de liaison lorsque celui-ci sera mis en place.

L'assuré adhérent auprès d'un centre de santé optant a un recours exclusif, au sein de l'équipe médicale, au médecin généraliste coordinateur qu'il a choisi. En cas d'absence de son médecin coordinateur, le centre de santé s'engage à lui proposer d'avoir recours à un autre médecin généraliste du centre de santé.

L'assuré adhérent s'engage à ne pas consulter un médecin généraliste exerçant en dehors du centre de santé, sauf urgence, changement momentané de résidence, ou autre situation exceptionnelle. Lorsque la situation le justifie, soit il fait appel à un spécialiste exerçant au sein du centre de santé soit, dans l'hypothèse où le centre de santé ne disposerait pas de spécialiste susceptible de répondre aux attentes de l'assuré adhérent, ce dernier choisit, en commun avec son médecin coordinateur, un spécialiste extérieur au centre de santé.

Le service médical peut vérifier les raisons qui ont amené l'assuré adhérent à ne pas respecter ses engagements et le cas échéant ce dernier peut être placé hors de l'option. La notification de la sortie de l'option est assurée par la caisse qui en informe le centre de santé.

De même, si le centre de santé optant constate que le patient adhérent ne respecte pas l'esprit et la portée de cette option, il lui signifie sa décision de rompre le contrat et en informe la caisse.

Par ailleurs, l'assuré adhérent peut à tout moment décider de sortir de l'option. Il informe par écrit le centre qui en informe à son tour les caisses d'assurance maladie.

3.5. Avantages conférés par l'adhésion

3.5.1. Rémunération forfaitaire

En contrepartie du respect des obligations définies dans la charte d'organisation, le centre de santé optant perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse de la circonscription dans laquelle le centre de santé est situé.

Cette rémunération est fixée à : 46 €.

La première moitié du forfait est versée au moment de l'adhésion du patient.

La seconde moitié du forfait est versée à l'issue d'une durée d'un an à compter de l'adhésion du patient, à condition que celle-ci soit toujours effective à cette date.

Dans le cadre où le centre fait état de l'utilisation de la dérogation concernant la formalisation de l'adhésion du patient, le forfait est versé en une seule fois à l'issue de la période annuelle.

Pour les années suivantes, le forfait est versé de manière identique en deux fois à la condition expresse que le patient soit toujours adhérent et respecte les conditions de cette adhésion.

3.6. Engagements de l'assurance maladie

Les CPAM, agissant pour le compte des autres régimes, envoient à chaque centre de santé dans le mois qui suit l'agrément de l'accord national, le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option.

Le formulaire d'adhésion à l'option est inclus dans l'envoi de l'accord.

Le centre de santé qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au centre de santé dans les 15 jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires, des assurés et des partenaires conventionnels locaux, la liste et les coordonnées des centres de santé adhérant à l'option.

La CPAM met à disposition des centres de santé optants les formulaires d'adhésion des assurés. Ces formulaires comportent quatre volets, l'un est conservé par le centre de santé, deux sont adressés respectivement à la caisse d'affiliation de l'assuré et à son régime complémentaire éventuel, le dernier étant conservé par l'adhérent. Le centre de santé procède à l'envoi du formulaire d'adhésion du patient, après accord de celui-ci.

Les formulaires d'adhésion sont acheminés en tant que de besoin sur la demande des centres de santé, avec un premier lot qui ne peut être inférieur à 150 exemplaires.

Sans réponse de la part de la caisse d'affiliation dans un délai de 15 jours à partir de l'envoi du document par le centre de santé, l'option est réputée ouverte pour l'assuré. Le refus d'enregistrement éventuel est motivé et porté simultanément à la connaissance du centre de santé optant et des assurés.

Il en est de même, dans les 15 jours qui suivent l'échéance annuelle de l'option pour un assuré, en cas de refus de prolongation de l'option pour un assuré.

3.7. Suivi et contrôle des engagements du centre de santé optant

En adhérant à l'option conventionnelle, le centre de santé s'engage au respect de la charte d'organisation figurant en annexe.

Sans préjudice des dispositions du contrôle mis en œuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires mettent en œuvre un dispositif spécifique de suivi, tant collectif qu'individuel de l'option, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique générale des centres de santé optants et la pratique particulière des médecins généralistes coordinateurs au regard d'une démarche de qualité.

Le suivi des engagements est effectué par les caisses et le service médical pour le compte des instances conventionnelles.

La situation des médecins généralistes coordinateurs prévue à l'article 3.3 ainsi que le respect par le centre de santé des engagements de la charte d'organisation peuvent être vérifiés à tout moment.

Ils sont en tout état de cause vérifiés par les instances conventionnelles au moins une fois par an, au moment du renouvellement de l'adhésion du centre de santé.

Le respect des obligations du centre de santé optant est alors vérifié sur l'année précédant le renouvellement.

Lors du premier renouvellement, le respect des obligations du centre de santé optant est vérifié sur les six mois qui précèdent le renouvellement.

Pour la période 2003-2004, la vérification lors du renouvellement du respect des engagements suivants, est limitée :

- pour la permanence et continuité des soins, à la réalité de la mise en œuvre d'un système de réponse aux visites ;

- pour le document médical de synthèse, à la réalité de son existence ;
- les obligations conventionnelles relatives à l'activité en C et V des médecins généralistes coordinateurs sont appréciées à la date de remboursement des soins, dans l'attente de la mise en œuvre effective d'un suivi en droits constatés.

CHAPITRE IV

De la coordination des soins infirmiers dans les centres de santé optants

Le centre de soins infirmiers est susceptible de mettre en place, du fait même de sa structure, une organisation spécifique capable d'assurer la permanence et la continuité des soins et de participer à des actions de prévention. Cette organisation doit apporter une réponse organisée à la demande de soins.

Afin de bénéficier d'une rémunération forfaitaire, au titre d'une organisation dédiée à la permanence et à la continuité des soins ainsi qu'à la protection de la santé, le centre de santé infirmier doit répondre à une organisation spécifique concernant ses modalités de fonctionnement interne, sa coordination avec l'offre de soins extérieure et sa participation à des actions de santé publique.

L'engagement du centre de santé infirmier se fait par déclaration écrite à la CPAM de sa circonscription, à l'aide du formulaire figurant en annexe. Cet engagement vaut pour une durée d'un an renouvelable (dans la limite de la durée du présent accord national).

4.1. Organisation interne du centre de santé optant

4.1.1. Principes sur lesquels repose l'organisation de la coordination interne

- Planification de l'intervention de l'ensemble des infirmières du centre de santé :

- pour les soins programmés ;
- pour les soins inopinés.

- Utilisation d'un dossier patient spécifique au centre de santé comportant l'ensemble des données nécessaires à la qualité de l'activité soignante ainsi que les coordonnées des autres professionnels de santé en charge du patient, la structure d'origine et le correspondant de cette structure, le cas échéant.

- Utilisation d'un cahier de transmission interne infirmière/infirmière.

- Une réunion de l'ensemble de l'équipe, au minimum mensuelle, afin d'évaluer l'ensemble des soins réalisés et de déterminer la stratégie de soins et la mise en place, si nécessaire, de soins d'aide et d'éducation.

4.1.2. Mise en place d'un dispositif permettant d'assurer la continuité des soins

- Utilisation d'un cahier de transmission infirmière/intervenant :

Le centre joue le rôle de relais avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, hôpital, assistante sociale, service de maintien à domicile) par un partage d'informations, communication et transmission de données ;

- Réunions spécifiques, au cas par cas, en fonction de l'évolution de l'état du patient ;

- Maintien d'un lien permanent avec le patient :

Mise à disposition du patient ou de sa famille d'un recours en cas de soins nécessaires (numéro de téléphone, répondeur avec coordonnées d'un correspondant,...).

4.2. Organisation avec l'offre de soins extérieure au centre

4.2.1. Recensement de l'offre de soins de la circonscription susceptible d'avoir à prendre en charge, à un moment donné, les assurés du centre de santé

- HAD.
- Hôpital de proximité.
-

L'offre doit être non seulement recensée, mais identifiée, nom, adresse, téléphone, horaires d'ouverture, le cas échéant avec l'aide de la caisse d'assurance maladie.

4.2.2. Contractualisation avec l'offre de soins environnante

Au moins une convention de fonctionnement avec une structure extérieure sera nécessairement signée. Dans le cas contraire, le centre de santé saisit la CPR dans les conditions fixées par le 10.2.2.

- Le contenu minimum de la convention est défini en annexe à l'accord national ;
- Contractualisation sur la nature de la prise en charge définie préalablement ;
- Prise en charge au retour à domicile après hospitalisation ;
- Contractualisation pour sortie d'HAD ;
- Contractualisation avec les autres structures répondant à des priorités de santé régionales définies par les PRS.

4.3. Participation à des actions de formation continue

Le centre de santé s'assure que les infirmières qu'il salarie participent aux actions de formation définies par l'accord national au minimum de 2 journées par an. Les thèmes de formation devront relever des thèmes définis au niveau national. Cette participation à des actions de formation constitue une obligation pour les infirmières du centre de santé.

Les parties signataires soulignent l'intérêt qu'elles attachent à ce que les professionnels de santé bénéficient d'actions de formation continue permettant d'entretenir leurs connaissances ou de s'adapter aux nouvelles pratiques de soins.

Elles décident dans ce cadre de favoriser le développement de cette formation continue en contribuant à son financement dans les conditions prévues par l'accord national.

4.4. Participation à des actions de prévention et de promotion de la santé

Le centre de santé participe à des actions de prévention et d'éducation en matière de santé individuelle et collective, il participe notamment aux actions de prévention adoptées par les parties signataires de l'accord national ou aux actions nationales définies par l'assurance maladie ou dans le cadre de programmes régionaux ou nationaux.

Le centre de santé participe à des actions de promotion de la santé définies par l'assurance maladie ou aux actions adoptées par les parties signataires de l'accord national.

Ces actions feront l'objet d'un suivi par les instances nationales et seront inscrites au rapport d'activité prévu par le présent accord.

Les parties signataires favorisent la diffusion, vers les centres de santé et les assurés, des informations en vue d'une meilleure utilisation du système de soins. Celles-ci peuvent également porter sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

4.5. Suivi et contrôle des engagements du centre de santé infirmier optant

En adhérant à l'option conventionnelle, le centre de santé infirmier optant s'engage à mettre en œuvre les dispositions organisationnelles prévues au présent chapitre.

Sans préjudice des dispositions du contrôle mis en œuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires mettent en œuvre un dispositif spécifique de suivi, tant collectif qu'individuel de l'option, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique générale des centres de santé infirmiers optants.

Les documents supports décrits dans ce chapitre ainsi que les comptes rendus des réunions mentionnées sont accessibles aux services de l'assurance maladie, et notamment aux praticiens conseils pour les documents médicaux et les documents d'organisation.

Le rapport d'activité spécifique au centre de santé infirmier optant doit être fourni aux organismes d'assurance maladie. Ce rapport a pour objet le suivi et le contrôle des engagements du centre de santé infirmier optant.

L'ensemble des documents mentionnés dans ce chapitre fera l'objet d'une annexe à l'accord national.

4.6. De la fixation et de la révision du forfait

4.6.1. Des conditions d'attribution d'un forfait de coordination

Conformément à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, les centres de santé infirmiers adhérant à la démarche de coordination des soins décrite au présent chapitre du présent accord se verront attribuer un forfait annuel pour la mise en œuvre de l'ensemble des moyens prévus :

- centre de santé employant moins de 4 professionnels de santé (4 exclus) équivalent temps plein : un forfait de 7 622 € ;
- centre de santé employant de 4 à 7 professionnels de santé (7 exclus) équivalent temps plein : un forfait de 12 928 € ;

- centre de santé employant de 7 à 10 professionnels de santé (10 exclus) équivalent temps plein : un forfait de 16 160 € ;
- centre de santé employant à partir de 10 professionnels de santé équivalent temps plein : un forfait de 19 391 €.

4.6.2. Modalités de versement

Le versement du forfait de coordination au centre de santé infirmier s'effectue par moitié au moment de l'engagement du centre dans l'option et par moitié à l'issue d'une période d'un an dans la mesure où le centre de santé infirmier atteste avoir satisfait à ses obligations (modèle joint en annexe).

La subvention est calculée sur la base du nombre d'ETP de la dernière année civile connue.

4.7. De l'intégration des centres de santé infirmiers dans l'offre de soins

Les centres infirmiers pourront, dans le cadre de la coordination des soins et s'ils le souhaitent, participer à des réseaux de soins définis à l'article L. 163-21-1 du code de la santé publique.

4.8. De l'information et du délai d'option des centres de santé infirmiers

Les CPAM, agissant pour le compte des autres régimes, envoient à chaque centre dans le mois qui suit l'agrément de l'accord le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option.

Le formulaire d'adhésion à l'option est inclus dans l'envoi de la convention.

Le centre de santé qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au centre de santé dans les 15 jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires, des assurés et des partenaires conventionnels locaux, la liste et les coordonnées des centres de santé du département adhérant à l'option.

CHAPITRE V

De la coordination des soins dentaires dans les centres de santé optants

Le centre dentaire ayant fait le choix de souscrire à l'accord national peut, s'il le souhaite, opter pour un dispositif d'option fondé sur la coordination et le suivi de soins financé par les caisses d'assurance maladie, ayant pour objectif le développement des soins de prévention et des soins conservateurs, afin de réduire ou de retarder le recours aux soins prothétiques.

En proposant au patient un plan de soins formalisé inscrit dans la durée, ce projet se fixe, pour finalité, la modification du comportement du patient en matière de soins dentaires, sa sensibilisation à l'importance de la santé bucco-dentaire en général, une amélioration de sa prise en charge tout en lui offrant une plus grande transparence et un suivi rigoureux des soins qui lui sont prodigués.

5.1. Organisation mise en place par le centre de santé dentaire

Dans un centre de santé dentaire optant, l'organisation autour de l'assuré repose sur les dispositions suivantes :

- Prise en compte de la désignation d'un chirurgien-dentiste coordinateur ;
- Mise en place d'un dossier dentaire pour tous les assurés adhérent, conforme aux recommandations de l'ANAES ;
- Tenue de ce document qui comprend :
 - un bilan complet de l'état bucco-dentaire du patient y compris radiologique (radiographie[s] cotée[s] séparément) permettant l'établissement d'un plan de soins formalisé avec séquençage des soins ;
 - un plan de prévention personnalisé tenant compte des risques individuels avec planification des actes et suivi ;
 - les informations nécessaires à la liaison entre le centre de santé dentaire et les autres intervenants médicaux ;
- Réalisation de bilans périodiques ;
- Remise au patient d'un carnet personnel d'information et de liaison qui comprend :
 - un ensemble d'informations générales sur le centre de santé dentaire, sur la pratique dentaire, sur les techniques prothétiques et l'entretien de la prothèse ;
 - un résumé des grandes étapes du plan de traitement inscrites au dossier médical ;
 - les éléments du plan personnalisé de prévention ;
 - toutes les informations financières sur les traitements envisagés ;

- une fiche de liaison avec les autres intervenants médicaux ;
- le planning de rendez-vous ;
- les fiches d'adhésion du patient ;

Le chirurgien-dentiste coordinateur recommande au patient de produire ce carnet à tout praticien consulté afin qu'il y inscrive toute information pertinente dans le respect de la déontologie médicale.

Mise en place des éventuelles relances nécessaires au suivi du patient.

5.2. Organisation de l'option

5.2.1. Adhésion du centre de santé dentaire

Dans le cas où un centre de santé souhaite devenir centre de santé optant, il s'engage à ce que l'équipe des chirurgiens-dentistes du centre participe à cette démarche. Cet engagement du centre de santé, dûment formalisé, est conforme à un modèle type fixé par les parties signataires et transmis à la caisse de la circonscription concernée.

Le centre de santé ne doit pas avoir fait l'objet d'une mesure de déconventionnement.

L'engagement du centre de santé dentaire vaut pour une durée d'un an renouvelable, par tacite reconduction, dans la limite de la durée du présent accord.

Toutefois, le centre de santé peut renoncer à l'option et, dans ce cas, il doit assurer jusqu'à son terme annuel le suivi des assurés intéressés. Il en informe expressément la caisse par écrit, en respectant un préavis de 2 mois.

Si un praticien quitte le centre de santé (démission, retraite, licenciement), le centre de santé s'engage à ce que les autres praticiens assurent le suivi des assurés de ce praticien.

Chaque chirurgien-dentiste de centre de santé optant accepte que les informations contenues dans le dossier médical puissent être transmises aux autres chirurgiens-dentistes du centre dans le respect du secret médical.

5.2.2. Adhésion de l'assuré

Tout assuré ou tout ayant droit âgé de 18 ans ou plus a la possibilité de s'engager dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. A cette fin, il souscrit un acte d'adhésion formalisant son engagement individuel auprès du centre de santé et désigne un chirurgien-dentiste coordinateur librement choisi au sein du centre de santé optant. Cet engagement est transmis à l'aide d'un feuillet du carnet personnel d'information et de liaison à la caisse de l'assuré qui vérifie notamment sa situation au regard de l'ouverture des droits.

Le feuillet du carnet personnel d'information et de liaison atteste de l'adhésion. L'évolution du carnet personnel d'information et de liaison (dont les items figurent à l'article 5.1 du présent accord) sera soumise à la commission paritaire après avis du comité technique paritaire dentaire.

La durée de cette option est d'un an, renouvelable ; elle peut être transférée sur un autre chirurgien-dentiste du centre de santé optant, dans les mêmes conditions que la décision initiale, au bout d'un an.

Son renouvellement fait l'objet d'une démarche expresse entre l'adhérent et sa caisse d'affiliation à l'aide de feuillets complémentaires du carnet personnel d'information et de liaison. La caisse informe, le cas échéant, le centre de santé dentaire du non-renouvellement de l'adhésion de l'assuré.

5.2.3. Conditions d'exercice du chirurgien-dentiste coordinateur

Les conditions d'exercice du chirurgien-dentiste doivent être adaptées aux nouveaux engagements du centre de santé dans le domaine de la continuité et de la coordination des soins, et permettre d'améliorer la qualité des soins et les conditions d'accès aux soins.

Sous réserve des lois d'amnistie, le praticien du centre de santé adhérent à l'option ne doit avoir subi aucune condamnation ordinaire ou professionnelle devenue définitive et comportant interdiction d'exercer la profession de chirurgien-dentiste ou de donner des soins aux assurés sociaux, déconventionnement ou suspension de conventionnement (dans le cas où le praticien exerce par ailleurs en secteur libéral), dans les cinq années qui précèdent l'adhésion du centre de santé.

5.2.4. Engagements et droits des assurés

Le patient choisit une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins. En adhérant, il accepte que soient communiquées les données le concernant à l'ensemble de l'équipe soignante.

Les coordonnées du centre de santé et du chirurgien-dentiste coordinateur figurent sur son carnet personnel d'information et de liaison.

L'assuré adhérent demande au chirurgien-dentiste coordinateur de tenir son dossier dentaire dans le respect des dispositions relatives au secret médical.

Si tous les praticiens peuvent contribuer sous leur responsabilité à l'enrichissement du dossier, le chirurgien-dentiste coordinateur est néanmoins responsable de la tenue globale de celui-ci.

La transmission des informations figurant dans le dossier aux autres praticiens du centre de santé est possible à tout moment.

5.2.5. Respect et application des différents engagements

Sans préjudice des dispositions du contrôle mis en œuvre par les caisses et les services médicaux dans le cadre des textes législatifs et réglementaires, les parties signataires mettent en œuvre un dispositif de suivi, tant collectif qu'individuel de l'option, placé sous la responsabilité des instances paritaires, dont l'objet est d'apprécier la pratique générale des centres de santé dentaires et la pratique particulière des professionnels y exerçant, au regard d'une démarche de qualité.

Le suivi des engagements est effectué par les caisses et le service médical pour le compte des instances conventionnelles. Le respect de ces engagements conditionne le maintien dans l'option. Il convient de souligner que le carnet de santé dentaire fera l'objet d'une définition par les parties signataires au moyen d'un avenant spécifique.

5.3. Avantages conférés par l'adhésion

5.3.1. Rémunération forfaitaire

En contrepartie des obligations ci-dessus définies, le centre de santé dentaire optant perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse de la circonscription dans laquelle le centre de santé dentaire est situé.

Cette rémunération forfaitaire est constituée :

- D'un forfait initial représentatif de l'entrée du patient dans le dispositif (les actes de radiologie réalisés au moment du forfait initial peuvent cependant être facturés en sus du forfait). Ce forfait initial n'est pas cumulable avec une éventuelle consultation.

Le versement du forfait initial est conditionné par l'existence d'un plan de traitement.

- La première moitié du forfait initial est versée au moment de l'adhésion de l'assuré.

- La seconde moitié du forfait initial est versé à l'issue d'une durée d'un an à compter de l'adhésion de l'assuré, sauf dans les cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit. Le centre de santé doit néanmoins attester que le patient a bénéficié des soins prévus dans le plan de traitement, selon le séquençage prévu, au cours de l'année écoulée. Dans le cas contraire, le versement de cette deuxième moitié n'est pas envisageable, la situation étant assimilée à un abandon de traitement de la part de l'assuré.

- D'un forfait de suivi, représentatif du suivi dans le temps de l'assuré.

Le forfait de suivi est versé au centre de santé tous les ans, dans le mois suivant la date anniversaire de l'adhésion du patient. Le centre doit néanmoins attester que le patient a soit bénéficié des soins prévus par le plan de traitement selon le séquençage prévu, soit, lorsqu'aucun soin n'est nécessaire, bénéficié d'une consultation de contrôle au cours de la même période qui, elle, est cumulable avec le forfait de suivi.

Dans le cas contraire, le versement de ce forfait de suivi n'est pas envisageable, la situation étant assimilée à un abandon de suivi ou de traitement de la part de l'assuré.

Les montants de ces forfaits sont les suivants :

50 € pour le forfait initial (FI) ;

30 € pour le forfait de suivi (FS).

5.4. Engagements de l'assurance maladie

5.4.1. Adhésion à l'option

Les CPAM, agissant pour le compte des autres régimes, envoient à chaque centre de santé dans le mois qui suit l'agrément de l'accord national le texte conventionnel accompagné d'un document de communication présentant le dispositif de l'option.

Le formulaire d'adhésion à l'option est inclus dans l'envoi de l'accord national.

Le centre de santé dentaire qui désire adhérer à l'option fait retour du formulaire à la CPAM. Sans réponse de celle-ci au centre de santé dans les 15 jours, cette adhésion est réputée acquise.

La CPAM met librement à disposition des régimes complémentaires, des assurés et des partenaires conventionnels locaux, la liste et les coordonnées des centres de santé adhérant à l'option.

La CPAM met à la disposition des centres de santé optants les carnets d'informations et de liaison des assurés.

Ces carnets comprennent des formulaires d'adhésion détachables à envoyer par l'assuré à sa caisse.

Sans réponse de la part de la caisse d'affiliation dans un délai de 15 jours à partir de l'envoi du document par l'assuré, l'option est réputée ouverte pour l'assuré.

Il en est de même, dans les 15 jours qui suivent l'échéance annuelle de l'option, en cas de refus de prolongation de l'option pour un assuré.

Dispositions communes aux chapitres du titre II « De l'harmonisation des différents outils dans les centres de santé optants » :

On appelle « centres polyvalents » les centres de santé assurant plusieurs types d'activités de soins, au sens de l'annexe XVIII du décret n° 91-654 du 15 juillet 1991. En conséquence, de tels centres de santé peuvent être amenés à adhérer à une ou plusieurs des options décrites ci-dessous. Dans ce dernier cas, le centre de santé veillera à assurer à terme la meilleure cohérence entre les outils des différentes options.

Un centre optant met en place, du fait même de sa structure, une organisation spécifique capable d'assurer une amélioration du suivi des patients et une amélioration de la coordination des soins qui leur sont prodigués et, pour ce faire, il met en place les outils suivants :

- le document médical de synthèse pour améliorer le suivi et la coordination des soins médicaux ;
- le dossier dentaire conforme aux recommandations de l'ANAES, pour assurer une amélioration du suivi et de la qualité des soins dentaires ;
- le dossier « patient » pour les soins infirmiers ainsi qu'un cahier de transmission pour améliorer la coordination des soins auprès des malades.

En conséquence, le centre de santé optant, suivant le type d'activité de soins qu'il assure, devra mettre en place tout ou partie des outils figurant au présent accord et précédemment cités.

Ces outils, actuellement dissociés, doivent être cohérents, ils ont pour objet l'amélioration de la coordination globale des soins. Aussi, à terme, ils intégreront un seul et même outil de coordination globale des soins d'un centre de santé optant. Les instances conventionnelles en détermineront les conditions de mise en œuvre.

TITRE III

DE LA PRÉVENTION

CHAPITRE VI

Des modalités d'organisation des actions de prévention et d'éducation sanitaire

Les parties considérant que la prévention est un élément essentiel de l'amélioration de la santé de la population s'engagent à la favoriser. Elles conviennent de définir les conditions particulières permettant de promouvoir celle-ci dans la pratique des centres de santé.

6.1. Dispositions générales

6.1.1. Fonds nationaux de prévention gérés par l'assurance maladie

Information

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à fournir toute information utile aux centres de santé concernant les actions financées par leurs fonds nationaux de prévention.

Les centres de santé sont à leur demande destinataires de tous les documents et supports relatifs aux campagnes nationales financées par ces mêmes fonds.

A la demande des caisses d'assurance maladie, les centres de santé s'engagent à être des relais des actions menées dans le cadre des fonds nationaux de prévention.

Participation aux actions

Les centres de santé peuvent participer à toutes les actions menées dans le cadre des fonds nationaux de prévention selon les modalités prévues par la réglementation et dans les mêmes conditions que les autres acteurs de santé.

6.1.2. Dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables

Information

Les centres de santé s'engagent à sensibiliser leurs usagers sur l'importance du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables mentionnées à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique. Les caisses d'assurance maladie s'engagent à fournir aux centres de santé toute information utile concernant ce sujet, en particulier en ce qui concerne les modalités de déploiement de la généralisation du dépistage organisé des maladies aux conséquences mortelles évitables.

Participation aux actions

Les centres de santé peuvent participer aux actions de dépistage visées par l'article précité du code de la santé publique sous réserve de remplir l'ensemble des exigences posées par la réglementation existante en la matière.

6.1.3. Adaptation des dispositifs conventionnels des professionnels libéraux

Les dispositifs de prévention contenus dans les conventions avec les professionnels libéraux font l'objet d'une adaptation débattue et définie au sein des instances conventionnelles et techniques prévues par le présent accord national en vue d'être intégrés par celui-ci.

6.1.4. Adaptation des dispositifs légaux

Les dispositifs de prévention définis au niveau légal et réglementaire font l'objet d'une adaptation débattue et définie au sein des instances conventionnelles et techniques prévues par le présent accord national en vue d'être intégrés par celui-ci.

6.2. Dispositions spécifiques aux actions choisies par les parties

6.2.1. Thèmes d'action privilégiés dans le cadre des centres polyvalents et médicaux optants

Les parties à l'accord national choisissent librement par avenant deux thèmes de prévention qu'elles décident de privilégier dans le cadre de la pratique des centres de santé polyvalents et médicaux optants.

Ces thèmes sont, pour la durée du présent accord, les suivants :

1. Dépistage organisé du cancer du sein ;
2. Vaccinations.

6.2.2. Thèmes d'action privilégiés dans le cadre des actions locales de prévention et d'éducation sanitaire

Indépendamment des thèmes d'action privilégiés dans le cadre des centres de santé optants, les parties signataires de l'accord national décident de choisir trois thèmes de prévention qui feront l'objet d'un traitement particulier :

Ces thèmes sont les suivants :

1. Santé et travail ;
2. Nutrition ;
3. Asthme.

Pour prétendre à un financement de la part des caisses d'assurance maladie, les centres de santé développant des actions locales de prévention devront constituer un dossier respectant les obligations mentionnées à l'article 6.3. Par ailleurs, l'examen dudit dossier sera effectué pendant les deux premières années d'application de l'accord national (2003-2004) par la commission paritaire nationale qui décidera de son éventuel financement. Pendant les deux premières années d'application de l'accord national, la commission fournira aux acteurs locaux une aide méthodologique concernant l'élaboration desdits dossiers.

Les dossiers de demande devront être transmis au secrétariat de la commission nationale avant le 1^{er} décembre pour un financement sur l'année $n + 1$.

6.3. Éléments constitutifs d'une demande de financement d'action locale de santé publique

Les actions locales de prévention mentionnées à l'article 6.2.2 devront comprendre les éléments suivants :

6.3.1. Identification de l'action

● Intitulé de l'action :

- action nouvelle ou reconduction d'une action précédemment menée ?
- action menée antérieurement : quels résultats ont été obtenus au plan qualitatif ou quantitatif ?

- Ce programme s'inscrit-il dans le cadre :
 - des thèmes nationaux ?
 - du PRAPS ?

6.3.2. Justification de l'action

Le centre s'attachera à décrire les besoins de santé publique de la population locale qui le fréquente afin de justifier la mise en place de l'action locale considérée.

6.3.3. Objectifs de l'action

- Objectifs généraux.
- Objectifs en terme d'efficacité auprès de la population.
- Objectifs en terme de bénéfice pour le malade ou les autres personnes exposées.
- Résultats globaux attendus en terme de bénéfice.

6.3.4. Cadre de référence de l'action

- Définition de la population cible ;
- Zone géographique de mise en place de l'action : ville, département, circonscription de caisse, autre...

6.3.5. Modalités opérationnelles de l'action

- Description de l'action.
- Mode opératoire : organisation et gestion opérationnelle de l'action.
 - Calendrier prévisionnel de l'action.
 - Moyens utilisés pour l'action.
 - Volet financier.
 - Moyens informatiques (éventuellement).
 - Implication de la caisse primaire dans l'action.
 - Information relative au centre de santé.

6.3.6. Evaluation de l'action

Evaluation médicale : indicateurs quantitatifs (nombre d'atteintes repérées).

Evaluation administrative (efficacité des circuits d'information notamment).

Evaluation économique du dispositif.

Indicateurs retenus pour l'évaluation économique.

Personne ou institution chargée de l'évaluation.

Calendrier de l'évaluation.

Ces éléments permettront d'élaborer un cahier des charges au niveau de la commission paritaire nationale après avis des comités techniques concernés. Ce document fera l'objet d'une formalisation par voie d'avenant.

6.4. Financement de ces actions

Les parties signataires décident, chaque année, avant septembre, de la dotation qui sera réservée au financement des actions de prévention pour l'année suivante.

Ils décident de fixer le montant de la dotation nationale permettant le financement de ces actions à 2 millions d'euros pour l'exercice 2003.

TITRE IV DE L'ORGANISATION INFORMATIQUE DES CENTRES

CHAPITRE VII De la télétransmission

7.1. Liberté de choix du matériel informatique

Les centres de santé ont la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel ils effectuent la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE).

7.2. Obligations du centre de santé

Pour assurer l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques, les centres de santé ont l'obligation de se doter :

- de lecteurs de cartes à microprocesseur homologués par le GIE mentionné à l'article L. 115-5 du code de la sécurité sociale, ci-dessous dénommé « GIE SESAM-Vitale » ;

- d'un module logiciel d'élaboration et de transmission des feuilles de soins électroniques dont la conformité au cahier des charges des « spécifications externes des modules SESAM-Vitale » en vigueur a été attestée au travers d'un agrément par le Centre national de dépôt et d'agrément de l'assurance maladie (CNDA) ou d'une homologation prononcée par le GIE SESAM-Vitale ;

- de cartes de professionnels de santé (cartes de professionnels de santé dites CPS, cartes de directeurs d'établissement dites CDE, cartes de personnel d'établissement dites CPE) prévues par l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ;
- d'un abonnement au réseau, soit directement, soit par voie de raccordement.

Le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur est défini par le GIE SESAM-Vitale.

7.3. Carte professionnelle pour le personnel du centre de santé

En complément des cartes de directeurs d'établissement mentionnées ci-dessus et en fonction de leurs besoins effectifs, les centres de santé ont la possibilité de se fournir conformément au paragraphe III de l'article R. 161-55 du code de la sécurité sociale :

- d'une part, en cartes de personnel d'établissement (CPE) pour les personnels administratifs qu'ils emploient et qui sont appelés par délégation de leur part à signer les lots de feuilles de soins électroniques ;
- d'autre part, en cartes de professionnels de santé (CPS) pour les personnels médicaux et paramédicaux dont l'activité donne lieu à prise en charge par l'assurance maladie. Seuls les professionnels de santé reconnus comme tels par l'assurance maladie pourront détenir une carte.

Le centre de santé s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles utilisées dans son établissement conformément aux dispositions des articles L. 161-33 et R. 161-52 à R. 161-58 du code de la sécurité sociale.

L'assurance maladie s'engage pour la durée de la présente convention à financer pour chaque centre de santé :

- 1 carte de directeur d'établissement ;
- 1 à 5 cartes de personnels d'établissement au maximum ;
- 1 carte dite « CPS » par professionnel de santé salarié par le centre de santé, amené à réaliser des FSE.

7.4. Liberté de choix du réseau

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant le protocole Internet. Les centres de santé ont le libre choix de leur fournisseur d'accès Internet dès lors que ce fournisseur est compatible avec leur logiciel agréé SESAM-Vitale. Sous cette réserve, les centres de santé ont la liberté de transmettre les feuilles de soins électroniques, soit directement en se connectant au réseau santé social, soit en se connectant à tout réseau pouvant communiquer avec le réseau santé social.

Ils ont également la possibilité de recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et relatives à la confidentialité et l'intégrité des feuilles de soins électroniques. Cet organisme tiers, dont le centre de santé a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du centre de santé avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le centre de santé doit impérativement s'assurer que les procédures de mise en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de flux électroniques. Les désaccords relatifs à ces procédures peuvent être soumis à la commission mentionnée aux articles 10.1 et 10.1.3 du présent accord. Le centre de santé devra s'assurer de l'existence dans le contrat :

1. Des garanties relatives à la confidentialité du service :

L'OCT s'engage à respecter le secret professionnel tel que défini aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal ;

L'OCT s'engage à effectuer auprès de la CNIL les déclarations et/ou demandes d'autorisation relatives aux traitements qu'il opère pour le compte du centre de santé. L'OCT garantit au centre de santé la conformité du contrat qui lui est proposé au modèle type qui fait l'objet d'un dépôt dans les conditions dont les parties sont convenues.

2. Des garanties relatives à la liberté de choix du centre de santé :

L'OCT garantit la réversibilité au centre de santé usant d'un logiciel agréé SESAM-Vitale, la possibilité de ne plus télétransmettre

par son intermédiaire dans un délai raisonnable à compter de sa décision et au moyen d'un simple paramétrage du logiciel réalisable sans frais, afin d'éviter que le centre de santé ne soit captif de son OCT ;

Le centre de santé utilisant un logiciel agréé doit pouvoir utiliser les services d'un réseau sans être contraint de passer par un OCT et inversement, sauf nécessité technique dûment justifiée (1) (cas des dispositifs homologués où le poste de travail, le réseau et l'OCT forment un ensemble intégré).

3. Des garanties relatives à la neutralité :

L'OCT s'interdit de diffuser au centre de santé des messages publicitaires pour des produits ou services pris en charge par l'assurance maladie.

L'OCT garantit au centre de santé la conformité du contrat qui les lie, ainsi que de son fonctionnement, avec les dispositions de l'article L. 4113-6 et 4113-7 du code de la santé publique.

4. Des garanties relatives à la qualité du service et cahier des charges SESAM-Vitale :

L'OCT s'engage à ne pas dégrader par son intervention la qualité du service de télétransmission SESAM-Vitale réalisé par le centre de santé (acheminement des FSE et des messages en retour dans les délais impartis et sans altération) ;

A cet effet, il doit certifier auprès du centre de santé :

- qu'il respecte le cahier des charges OCT publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- qu'il a passé avec succès les tests techniques *ad hoc* proposés par le GIE SESAM-Vitale et qu'il les renouvellera en tant que de besoin, notamment en cas de modification intervenue dans ses procédures ou sur demande du GIE SESAM-Vitale ;
- qu'il a passé un accord d'information réciproque avec le GIE SESAM-Vitale relatif aux incidents de télétransmission ;
- qu'il est informé que, faute d'un accusé de réception logique positif (ARL+) en provenance de l'organisme destinataire, sous les 48 heures, le centre de santé doit émettre à nouveau les lots de FSE concernés et, faute d'un ARL+ à l'issue d'un nouveau délai de 48 heures, le centre de santé devra produire des duplicata papier ;
- qu'il prend toute disposition nécessaire pour informer ses abonnés en cas d'interruption de service supérieure à 24 heures, de manière qu'ils puissent décaler leurs envois, dans les limites des délais réglementaires pour ne pas être contraints de recourir au papier.

7.5. Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le centre de santé doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données, notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions du présent accord national ne font pas obstacle à des transmissions directes par le centre de santé à des organismes complémentaires. Un éclatement des feuilles de soins électroniques vers des organismes complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par les cahiers des charges mentionnés ci-dessus, par un organisme concentrateur technique, mandaté par le centre de santé.

7.6. Procédure de transmission des FSE

La télétransmission des feuilles de soins électroniques s'applique à l'ensemble des centres de santé, des assurés et des caisses d'assurance maladie du territoire national selon des règles identiques contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans le cahier des charges des « spécifications externes des modules SESAM-Vitale » en vigueur, publié par le GIE SESAM-Vitale, complétées des dispositions de la présente convention.

Ce système permet notamment aux centres de santé de faire bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance des frais pour la part garantie par l'assurance maladie avec l'ensemble des caisses d'assurance maladie du territoire national.

7.6.1. Etablissement de la FSE

Conformément aux dispositions réglementaires, la feuille de soins électronique est élaborée à partir des informations contenues à la fois dans la carte Vitale et dans la carte de professionnel de santé et le poste de travail de ce dernier, mais aussi des informations saisies en raison des dispositions réglementaires et de la norme d'échange en vigueur. Lors de la transmission d'une FSE comportant des actes dentaires, la saisie du numéro de la dent est obligatoire.

(1) Cette dissociation entre le réseau et l'OCT est possible pour un logiciel agréé, mais pourra poser des problèmes techniques dans le cas des dispositifs intégrés.

7.6.2. Transmission des feuilles de soins électroniques

Le centre de santé s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le règlement des prestations s'effectue en paiement direct ou en procédure de dispense d'avance de frais.

7.7. Traitement des incidents

7.7.1. Dysfonctionnement lors de l'élaboration des feuilles de soins électroniques

Dans le cas où le centre de santé n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique au niveau du lecteur de carte ou du module logiciel, il télétransmet une feuille de soins via le réseau de télécommunication qu'il utilise habituellement pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée » prévue dans le contexte SESAM-Vitale.

Parallèlement, le centre de santé adresse aux caisses les feuilles de soins papier correspondantes.

Il peut également, à titre exceptionnel, élaborer hors télétransmission une feuille de soins sur support papier qu'il remet à l'assuré en cas de paiement direct par ce dernier.

Dans ces deux cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale.

7.7.2. Dysfonctionnement lors de la transmission des FSE

En cas d'échec de la transmission d'une feuille de soins électronique, le centre de santé fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

En cas d'échec de la réémission d'une feuille de soins électronique dans les conditions décrites à l'article R. 161-47-1 du code de la sécurité sociale ou si le centre de santé n'est pas en mesure pour des raisons indépendantes de sa volonté de transmettre une feuille de soins électronique, le centre de santé établit de sa propre initiative un duplicata sous forme papier de la feuille de soins électronique.

Pour cela, il utilise une feuille de soins papier fournie par les caisses et conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale, clairement signalée comme un duplicata.

En cas de duplicata d'une feuille de soins établie avec une dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le duplicata est adressé par le centre de santé à la caisse de l'assuré après avoir été signé par le praticien et après avoir été, sauf impossibilité, signé par l'assuré.

A défaut de co-signature par l'assuré du duplicata, les caisses d'assurance maladie se réservent la possibilité de faire attester par l'assuré la réalité des informations portées sur le duplicata, qu'il y ait eu ou non dispense d'avance de frais.

7.8. Transmission par voie électronique du codage

7.8.1. Exhaustivité du codage

Les feuilles de soins électroniques transmises aux organismes d'assurance maladie obligatoire doivent comporter le codage des prestations servies au fur et à mesure de la mise en place des dispositifs concernés.

7.8.2. Modalités de transmission du code

Si le centre de santé télétransmet la feuille de soins sous forme électronique à l'organisme d'assurance maladie obligatoire, il est tenu d'y intégrer le code, dans la norme d'échanges en vigueur. Cette disposition s'applique à l'ensemble des prestations facturées à l'assurance maladie donnant lieu à un codage.

7.8.3. Portée des contrôles générés automatiquement par le codage

Les contrôles automatisés susceptibles de donner lieu à un rejet en liquidation ne portent que sur les aspects administratifs et financiers.

7.9. Engagement à la télétransmission

Dès lors que le centre de santé a fait le choix de télétransmettre ses feuilles de soins selon les dispositions prévues par les textes législatifs et réglementaires et par le cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale et la présente convention, il renonce aux télétransmissions IRIS-B2 non sécurisées, sauf dans les cas limitativement autorisés par le présent protocole.

Les centres de santé s'engagent à transmettre des feuilles de soins électroniques selon les modalités fixées par le présent accord au plus tard le 31 décembre 2004 sauf à ce que les instances conventionnelles décident que tous les éléments techniques nécessaires à la montée en charge du dispositif SESAM-Vitale ne sont pas réunis.

7.10. De l'aide à la télétransmission

7.10.1. Nature de l'aide pérenne

Cette aide vise à compenser exclusivement les surcoûts consécutifs à l'introduction de SESAM-Vitale. L'aide pérenne à la télétransmission est versée sous forme de forfaits annuels. On en distingue deux types : le forfait structure et le forfait professionnel de santé.

Les deux types de forfaits ont été calculés afin d'assurer la prise en charge par l'assurance maladie des surcoûts inhérents à l'élaboration et la télétransmission des feuilles de soins électroniques dans l'environnement SESAM-Vitale.

7.10.2. Définition du forfait structure et du forfait professionnel de santé

Définition du forfait structure : celui-ci concerne le centre de santé en tant que structure de soins. Il prend donc en compte les surcoûts supportés par le centre de santé pour assurer le bon achèvement des flux de facturations dans le contexte de SESAM-Vitale entre le centre de santé et les caisses.

Le montant du forfait structure est de 317 € (2 080 F).

Définition du forfait professionnel de santé : ce forfait vise à compenser les surcoûts supportés au niveau de l'élaboration des feuilles de soins électroniques par les centres de santé.

Le montant du forfait professionnel de santé est de 164 € (1 080 F).

7.10.3. Nombre de forfaits annuels versés aux centres de santé

- Nombre de forfaits structure versés aux centres de santé.

Chaque centre de santé reçoit un nombre de forfaits variant en fonction de sa taille :

- centre de santé employant moins de 4 professionnels de santé (4 exclu) équivalent temps plein : 1 forfait structure ;
- centre de santé employant de 4 à 7 professionnels de santé (7 exclu) équivalent temps plein : 2 forfaits structure ;
- centre de santé employant de 7 à 10 professionnels de santé (10 exclu) équivalent temps plein : 3 forfaits structure ;
- centre de santé employant à partir de 10 professionnels de santé équivalent temps plein : 4 forfaits structure.

- Nombre de forfaits professionnels de santé versés aux centres de santé.

Chaque centre de santé reçoit autant de forfaits que de professionnels de santé salariés par lui en équivalent temps plein. Chaque centre de santé informera la caisse de sa circonscription du nombre de professionnels de santé salariés par lui.

7.11. Modalités de versement des forfaits

Avant le 31 janvier de l'année N, le centre de santé fait parvenir à la caisse de sa circonscription les informations concernant le nombre de praticiens salariés par lui calculé en équivalent temps plein, au titre de l'année N-1.

La caisse se réserve éventuellement le droit de procéder à un contrôle de ces mêmes données auprès de l'URSSAF de la circonscription considérée, ou de se faire communiquer par le centre de santé la déclaration annuelle des données sociales, une fois celle-ci établie.

Les forfaits sont versés au titre d'une année au plus tard avant le 1^{er} mars de l'année suivante. Le versement de ces forfaits intervient pendant la période de vie de la convention sous réserve que le centre de santé satisfasse aux obligations définies ci-dessous.

Les forfaits sont versés par la caisse d'assurance maladie du régime général du lieu d'installation du centre de santé pour le compte de l'ensemble des régimes signataires.

L'aide est versée au centre de santé avant le 1^{er} mars de l'année N au titre de l'année N-1. De même, le versement de l'aide est conditionné par la réalisation d'un certain pourcentage de l'activité en mode SESAM-Vitale comme l'indique le tableau ci-dessous :

CALENDRIER	POURCENTAGE DE L'ACTIVITÉ en mode SESAM-Vitale
2003	20 FSE
2004	60 %
2005	80 %

La date butoir pour le passage de tous les centres de santé à SESAM-Vitale est fixée au 31 décembre 2004. D'ici à cette date, les centres de santé sont libres de déterminer le rythme auquel ils effectueront la transition vers le système SESAM-Vitale.

Les instances conventionnelles pourront réexaminer la date butoir mentionnée ci-dessus dans l'hypothèse où les logiciels requis pour le passage à SESAM-Vitale ne seraient pas disponibles.

7.12. En ce qui concerne la maintenance de l'équipement informatique

Le fonctionnement du système SESAM-Vitale exclut toute interruption prolongée de la transmission des feuilles de soins liée à une défaillance de l'équipement informatique du centre de santé.

A cet effet, il est recommandé aux directeurs de centres de santé de conclure un contrat de maintenance compatible avec les obligations de télétransmission dans les délais requis et qui couvre les dysfonctionnements et les mises à jour.

L'aide à la maintenance est intégrée dans le forfait structure.

7.13. Modalités particulières de la procédure de dispense d'avance des frais

7.13.1. Validité de la carte d'assurance maladie

En cas de dispense d'avance des frais, le centre de santé s'assure avant d'élaborer la feuille de soins électronique que la carte d'assurance maladie n'est pas signalée sur la liste nationale inter-régimes d'opposition des cartes. La liste d'opposition visée par le présent article est constituée des numéros de série classés par ordre croissant des cartes définitivement mises en opposition.

Les parties signataires conviennent de la mise à disposition de cette liste sous forme électronique. La publication de la liste d'opposition sur un serveur ou son envoi sous la forme de message électronique intervient au plus tard le premier jour ouvré de chaque mois. La périodicité des mises à jour de la liste pourra ultérieurement être modifiée, sur avis du comité technique SESAM-Vitale, lorsque les conditions de gestion en seront réunies.

Cette liste est datée et déposée auprès de ladite commission qui l'imprime et en conserve une copie sur support papier destinée à faire foi en cas de contestation.

Dès lors que le système de gestion des listes d'opposition sera automatisé, la liste sera opposable au centre de santé à l'expiration d'un délai de deux jours francs suivant la date à laquelle elle est réputée reçue ou rendue accessible, sauf si le centre de santé signale à la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription de son lieu d'implantation et pendant ce délai un défaut de réception ou une impossibilité d'accès. Dans ce dernier cas, et sauf abus manifeste, la liste qui lui est opposable est celle qu'il a précédemment reçue.

Aucun paiement n'est dû au centre de santé pour les feuilles de soins électroniques réalisées à l'aide des cartes dont le numéro figure sur la liste opposable.

7.13.2. Garantie de paiement

Sauf carte en opposition dûment signalée au centre de santé, les caisses d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement au centre de santé de la part obligatoire des prestations facturées dans la feuille de soins électronique, sur la base des informations relatives à la couverture maladie obligatoire contenues dans la carte d'assurance maladie au jour de sa présentation.

7.13.3. Consultation des droits

Les parties signataires s'engagent, en fonction des évolutions techniques, à définir au sein du comité technique SESAM-Vitale, les modalités :

- de vérification par les centres de santé des droits des titulaires des cartes Vitale sur un serveur de l'assurance maladie (conformément à l'article R. 161-33-6 du code de la sécurité sociale) ;
- de mise à jour simultanée de la carte, dès que ce service sera offert par l'assurance maladie.

Pour les centres de santé disposant d'une connexion permanente et ainsi en mesure de se connecter à de tels serveurs, la vérification « en temps réel » des droits du titulaire et de la validité de sa carte se substitue à la consultation de la liste d'opposition mentionnée à l'article 7.12.1 à une date fixée par les partenaires conventionnels au sein du comité technique SESAM-Vitale mentionné à l'article 10.1.3. La garantie de paiement mentionnée à l'article 7.12.2 ne vaut alors que pour les droits et les cartes signalés comme valides par le serveur susvisé.

7.13.4. Paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse procède au règlement des feuilles de soins électroniques et émet l'ordre de virement du montant des prestations dues au

centre de santé dans un délai de 4 jours ouvrés au plus, à compter du jour d'émission de l'accusé de réception logique et sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives exigées par la réglementation (notamment ordonnances, ententes préalables, devis, factures) le jour suivant l'émission de l'accusé de réception logique.

Par exception à l'engagement mentionné ci-dessus, les feuilles de soins électroniques adressées à une caisse à laquelle l'assuré a cessé d'être rattaché, mais dont la carte n'a pas été mise à jour, peuvent donner lieu à un paiement différé dans l'hypothèse visée à l'article R. 161-33-8, alinéa 1^{er}, du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE VIII

De l'aide à l'équipement informatique

Il est rappelé que les centres de santé bénéficient d'un dispositif d'aide à la télétransmission comprenant un forfait structure qui inclut une aide à la maintenance, un forfait professionnel de santé selon les modalités d'applications prévues au chapitre VII du présent accord.

L'utilisation de matériels et de techniques informatiques participe à la modernisation de l'exercice des centres de santé. Les centres de santé souhaitent favoriser l'intégration de l'informatique à la pratique médicale et permettre la transmission de feuilles de soins électroniques aux organismes d'assurance maladie.

En vue de faciliter une généralisation du système, les organismes d'assurance maladie ont été autorisés à participer à des actions d'accompagnement à l'informatisation au bénéfice des centres de santé qui s'engagent à réaliser un taux significatif de télétransmissions de feuilles de soins.

Le présent chapitre a pour objet de fixer les obligations de chacune des parties pour la réalisation d'actions d'accompagnement à l'informatisation des centres de santé en vue de la télétransmission des feuilles de soins, dans le cadre du système SESAM-Vitale.

8.1. Des obligations en matière de télétransmission

Les centres de santé mettent leurs professionnels de santé en mesure d'élaborer et de transmettre des feuilles de soins électroniques pour les assurés sociaux titulaires d'une carte Vitale et leurs ayants droit. On entend par « professionnels de santé » :

- pour les centres de santé infirmiers, les infirmiers salariés par le centre de santé ;
- pour les centres de santé polyvalents et médicaux, l'ensemble des professionnels de santé salariés par le centre de santé ;
- pour les centres de santé dentaires, chirurgiens-dentistes et stomatologistes salariés par le centre de santé.

Le rythme de la montée en charge de la télétransmission dans le cadre de cette aide est le même que celui prévu pour l'aide à la télétransmission. Il convient donc de se reporter à l'article 7.11.

Au-delà de cette période de montée en charge, le centre de santé devra maintenir en permanence le taux minimum de 80 % des flux de facturation avec l'assurance maladie.

La caisse primaire d'assurance maladie informe parallèlement la commission paritaire régionale (ou départementale pour la région Ile-de-France) de cette notification.

Les pourcentages de flux de facturation avec l'assurance maladie sur lesquels s'engage le centre de santé sont calculés à partir du nombre de feuilles de soins télétransmises et du nombre total de feuilles de soins papier et électroniques établies par les professionnels de santé exerçant en centre de santé, pour les assurés titulaires de la carte Vitale et leurs bénéficiaires.

La vérification de l'atteinte des objectifs de montée en charge sera effectuée par la CPAM, dont dépend le centre de santé.

8.2. De la formation des professionnels de santé

Le centre de santé s'engage à faire suivre si nécessaire aux professionnels de santé salariés une formation spécifique à l'utilisation de son matériel et de ses logiciels pour l'élaboration et la transmission des feuilles de soins électroniques.

8.3. Des engagements des caisses d'assurance maladie en ce qui concerne la subvention forfaitaire au titre de l'accompagnement à l'informatisation

La CPAM s'engage à verser, en une seule fois, au centre de santé une subvention forfaitaire au titre des actions d'accompagnement à l'informatisation du centre de santé. Cette subvention est d'un montant de 1 067 € :

- par équivalent temps plein professionnel de santé pour les centres polyvalents et pour les centres médicaux ;

- par équivalent temps plein infirmière pour les centres de santé infirmiers ;
- par équivalent temps plein chirurgiens-dentistes et stomatologistes pour les centres de santé dentaires.

Cette subvention sera versée lorsque le centre de santé sera en mesure d'opérer son choix parmi une offre logicielle diversifiée et un équipement informatique adapté et lui sera définitivement acquise dès vérification de l'atteinte des objectifs de télétransmission, à l'issue des neuf premiers mois d'utilisation du système. Le versement est par ailleurs conditionné par la présentation, par le centre de santé, d'une facture concernant l'achat du matériel et/ou des logiciels à la caisse primaire concernée.

La subvention d'aide à l'équipement est demandée par le centre de santé à la caisse de sa circonscription, au moment de l'acquisition du matériel et du logiciel, sur simple déclaration. En tout état de cause, le versement de la subvention doit être demandé par le centre de santé à partir du 1^{er} janvier 2003 et avant le 30 septembre 2004.

8.4. Non-respect des engagements

En cas de non-respect des engagements définis dans les articles précédents, le centre de santé doit reverser à la CPAM le montant intégral de la subvention prévue à l'article 8.3.

La demande motivée de reversement que la CPAM adresse, dans ce cas, au centre de santé, doit être préalablement soumise, pour avis consultatif, à la commission paritaire régionale (ou départementale en Ile-de-France).

Cette commission dispose d'un délai de deux mois à partir de la date de saisine pour se prononcer.

Après avoir pris connaissance de l'avis exprimé par la commission sur la demande de reversement, ou en cas d'absence d'avis dans les délais impartis, la CPAM peut engager la procédure de recouvrement de la somme due.

En l'absence de commission paritaire régionale, la CPAM procédera directement à la demande de remboursement.

8.5. Suivi de l'informatisation

Au cours de la montée en charge, dans le cas de difficultés dans l'utilisation du système SESAM-Vitale, le centre de santé signataire peut solliciter le concours des services de la caisse primaire d'assurance maladie pour obtenir tout renseignement utile.

La commission paritaire régionale (ou départementale en Ile-de-France) est informée régulièrement de l'avancement de la montée en charge du système, ainsi que des problèmes rencontrés.

TITRE V

DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE

CHAPITRE IX

De l'organisation de la formation

Conformément à l'article L. 162-32-1 (7^o), les parties signataires estiment qu'il est de leur responsabilité de concevoir, promouvoir et financer une formation professionnelle dans le cadre conventionnel.

Cette formation, en ce qu'elle permet aux médecins, infirmiers, chirurgiens-dentistes et autres professionnels de santé, d'accompagner leur pratique dans le cadre de leur exercice en centre de santé, contribuera à la qualité des soins et à l'optimisation des dépenses.

9.1. Définition des thèmes

Les parties signataires conviennent qu'il est de leur responsabilité de définir les orientations et thèmes d'actions de la formation professionnelle qu'elles soutiennent dans le cadre conventionnel. Les comités techniques paritaires médicaux, dentaires et infirmiers sont consultés par les parties et peuvent formuler toute proposition à ce sujet.

Dans ce cadre, avant le 31 août, les parties signataires arrêtent dans le cadre de la CPN les thèmes qu'elles décident de promouvoir l'année suivante par catégorie de professionnels de santé. Un calendrier transitoire peut être adopté pour la première année d'application.

L'ensemble de ces thèmes constitue le programme annuel de la formation professionnelle conventionnelle.

9.2. Choix d'un organisme gestionnaire de la FPC

Le financement de la formation professionnelle conventionnelle est assuré par les caisses nationales. Les parties signataires définiront par avenant les critères de qualité guidant leur choix en ce qui concerne les intervenants et les modalités d'évaluation des dispositifs.

Les conditions dans lesquelles les caisses nationales pourront participer au financement de cette formation feront l'objet d'un protocole spécifique avec l'organisme gestionnaire désigné par la section professionnelle de la CPN.

La section professionnelle mandate l'organisme gestionnaire de la FPC pour assurer la diffusion du programme annuel de formation auprès des organismes compétents en matière de formation continue.

9.3. Procédure

Pour la réalisation de ce programme annuel de formation, la section professionnelle confie à l'organisme gestionnaire la charge de l'organisation et de la réalisation d'un appel d'offres auprès des organismes de formation continue.

A cet effet, il est créé auprès de l'organisme gestionnaire une commission des marchés composée paritairement de représentants des signataires à la convention. Cette commission associe également les représentants de l'organisme gestionnaire.

La commission des marchés dépouille les réponses à l'appel et examine les propositions d'actions de formation.

La CPN agréé les actions retenues par la commission des marchés dans la limite de la dotation annuelle attribuée par les caisses nationales.

La CPN est chargée de l'évaluation et du suivi des actions de formation. Elle est assistée, pour mener à bien cette mission, du responsable de l'organisme gestionnaire.

Le financement de la formation professionnelle prend la forme d'une dotation annuelle versée directement par la CNAMTS à l'organisme gestionnaire dans les conditions définies par le protocole de financement.

Le montant de la dotation est fixé annuellement par les caisses nationales, qui en informent la CPN au cours du quatrième trimestre de l'année précédant celle de la mise en œuvre des actions.

9.4. Indemnisation

Les parties signataires souhaitent faciliter l'accès à la formation des professionnels de santé des centres de santé en permettant le versement aux centres de santé les employant d'une indemnité de formation, compensatrice de la perte de ressources.

Cette indemnité de formation est versée au centre de santé, à condition que le professionnel ait suivi une formation ayant reçu l'agrément et dont la durée est au moins égale à 2 jours ouvrables consécutifs.

Les caisses nationales s'engagent à financer cette indemnité au travers d'une dotation annuelle.

Cette indemnité est versée aux centres de santé concernés par la CPAM agissant pour le compte des autres régimes du lieu d'implantation du centre de santé, sur présentation d'un justificatif dont le modèle est fixé par le protocole de financement.

La CPAM règle le montant de l'indemnisation dans les deux mois suivant la réception des justificatifs.

Les montants des indemnités sont fixés ainsi :

- au titre des médecins spécialistes : 343 €/jour de formation ;
- au titre des médecins généralistes : 300 €/jour de formation ;
- au titre des chirurgiens-dentistes : 300 €/jour de formation ;
- au titre des chirurgiens-dentistes spécialistes : 343 €/jour de formation ;
- au titre des sages-femmes : 200 €/jour de formation ;
- au titre des infirmières : 125 €/jour de formation ;
- au titre des biologistes médecins et biologistes pharmaciens : 300 €/jour de formation ;
- au titre des masseurs-kinésithérapeutes : 184 €/jour de formation ;
- au titre des orthoptistes : 105 €/jour de formation ;
- au titre des orthophonistes : 106 €/jour de formation,

dans la limite de 6 jours de formation/an.

Les professionnels de santé des centres de santé optants bénéficient de 2 jours indemnisés supplémentaires. Les centres de santé optants doivent veiller à ce que les professionnels de santé concernés au premier chef par les dispositifs d'option, soit les médecins généralistes pour l'option de coordination des soins médicaux, les chirurgiens-dentistes pour l'option de coordination des soins dentaires, les infirmières pour l'option de coordination des soins infirmiers participent obligatoirement à une session de formation de 2 jours/an.

TITRE VI DU SUIVI DE L'ACCORD NATIONAL

CHAPITRE X

Des instances de concertation

10.1. Des instances nationales

Il est institué, au niveau national, plusieurs instances :

- une commission paritaire nationale ;
- des comités techniques médicaux, dentaires et infirmiers ;
- un comité technique SESAM-Vitale.

10.1.1. La commission paritaire nationale (CPN)

10.1.1.1. Composition de la commission paritaire nationale :

Membres titulaires :

La commission paritaire nationale comprend :

- 8 représentants des caisses nationales d'assurance maladie qui constituent la section sociale, désignés à raison de :
 - 4 par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
 - 2 par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole ;
 - 2 par la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes.

La qualité de membre d'une profession de santé en exercice est incompatible avec celle de représentant d'une caisse à la commission paritaire nationale ;

- 8 représentants de la ou les organisations représentatives des centres de santé, signataires de l'accord national qui constituent la section professionnelle.

Les membres de la section professionnelle sont désignés par la (ou les) organisation(s) signataire(s) parmi leurs adhérents placés sous le régime du présent accord.

Membres suppléants :

La ou les organisation(s) représentative(s) des centres de santé, ainsi que chacune des trois caisses nationales ayant désigné un ou des représentants à la commission paritaire nationale, peuvent désigner chacune un représentant suppléant pour chaque membre titulaire.

Les membres suppléants siègent aux séances en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation ou à la même caisse.

Conseillers techniques :

Chaque organisation représentative des centres de santé et caisse représentée(e) à la commission peut se faire assister d'un conseiller technique dans la limite de cinq par section.

Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Les représentants des services médicaux des régimes d'assurance maladie assistent de droit aux séances de la commission.

Présidence :

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, successivement, par période d'un an, soit la présidence, soit la vice-présidence de la commission.

Durée du mandat :

La durée du mandat des membres de la section sociale ne peut excéder celle du mandat d'administrateur de caisse.

Pour les membres de la section professionnelle, cette durée est fonction du mandat que leur a conféré l'organisation qu'ils représentent.

En cas de cessation de fonction de l'un des membres, celui-ci en informe la commission, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans les trente jours suivant cette cessation.

Indemnité de vacation :

Les représentants des organisations représentatives des centres de santé, membres de la commission paritaire nationale, ont droit à une indemnité de vacation dont le montant représente la valeur de 120 € par réunion et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses d'assurance maladie.

Concernant la participation des professionnels de santé aux comités techniques paritaires médicaux, dentaires et infirmiers, l'indemnité est fixée de la façon suivante :

- médecins : 120 € ;
- chirurgiens-dentistes : 100 € ;
- infirmières : 52 €.

10.1.1.2. Rôle de la commission paritaire nationale :

La CPN a pour mission de faciliter l'application de la convention par une concertation permanente entre les caisses nationales d'assurance maladie et la ou les organisations signataires de l'accord national.

Elle étudie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale, tout problème d'ordre général soulevé par les rapports entre les centres de santé et les caisses.

Elle est chargée :

- d'effectuer un point régulier annuel sur l'activité des centres de santé au plan national ;
- d'étudier toutes les difficultés d'application de l'accord national qui lui sont soumises par les CPR ;
- de définir les thèmes de prévention sanitaire retenus pour les actions d'initiative locale ;
- d'examiner au cours des deux premières années d'application de l'accord national les dossiers relatifs aux actions de prévention sanitaire et de choisir les projets susceptibles de bénéficier d'un financement ;
- de définir les thèmes de prévention et d'éducation sanitaire retenus dans le cadre des centres de santé médicaux et polyvalents optants ;
- de statuer sur les problèmes propres à la télétransmission et à SESAM-Vitale qui n'ont pu être résolus au niveau du comité technique SESAM-Vitale ;
- de suivre les études relatives à l'offre globale de soins permettant de mieux cerner les spécificités régionales. Pour mener à bien ces travaux, elle disposera notamment des statistiques élaborées par les caisses, des informations recueillies au sein des observatoires régionaux de la santé...
- de donner les orientations de la formation continue conventionnelle et fixer notamment pour l'année considérée les thèmes de formation et agréer les actions de formation ;
- de manière plus générale, la CPN pourra engager une réflexion :

d'une part, sur les modalités éventuelles de déclinaison régionale du présent accord national sur les points suivants :

- participation aux actions de santé publique et mise en cohérence de celles-ci avec les priorités de santé publique de la région considérée,
- organisation des rapports entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé concernant les modalités concrètes d'application de l'accord national,

d'autre part, sur l'évolution des dispositifs optionnels de coordination des soins après bilan de l'application de ceux-ci,

- d'assurer l'adaptation des conventions des professionnels de santé libéraux,
- d'étudier la possibilité pour les centres dentaires optants de mettre en place une option complémentaire dite « option 2 » et qui intéresse la prise en charge de populations spécifiques.

10.1.1.3. Fonctionnement de la CPN :

La commission paritaire nationale se réunit à Paris sur convocation de son président au moins trois fois par an.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses nationales, après accord de la commission.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et, le cas échéant, de la documentation y afférente.

L'ordre du jour est établi à la demande de la section professionnelle et/ou de la section sociale par le secrétariat de la commission.

Quorum :

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence, les membres de la commission peuvent soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation), soit se faire représenter dans les conditions prévues au présent article.

Les membres des instances sont soumis au secret des délibérations.

Vote :

Pour les points de l'ordre du jour supposant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

Le nombre de voix est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de vote.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure dans un délai qui ne peut excéder un mois.

En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

Relevé de décisions :

Le secrétariat est chargé d'établir un relevé de décisions de chaque réunion de la commission paritaire nationale adressé aux membres de la commission dans les deux mois qui suivent celle-ci.

Ces relevés de décision sont conservés au secrétariat et signés par le président ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part au vote. Ils sont adressés à chaque membre titulaire de la commission.

10.1.2. Des comités techniques paritaires médicaux, dentaires et infirmiers

Il est institué au niveau national trois comités paritaires dont la mission est d'apporter un avis technique sur les questions ayant un lien avec les pratiques professionnelles des différentes professions médicales, dentaires et paramédicales.

10.1.2.1. Composition des comités :

Comité médical :

Le comité est composé comme suit :

4 praticiens de centre de santé désignés par la section professionnelle de la CPN ;

4 médecins-conseils des caisses nationales d'assurance maladie (2 CNAMTS, 1 CCMSA, 1 CANAM) ;

Le comité peut par ailleurs convier des professionnels de santé représentés dans les centres de santé médicaux ou polyvalents en tant qu'invités ponctuels, pour des questions spécifiques les concernant.

Comité infirmier :

Le comité est composé comme suit :

4 infirmiers de centres de santé désignés par la section professionnelle de la CPN ;

4 médecins-conseils des caisses nationales d'assurance maladie (2 CNAMTS, 1 CCMSA, 1 CANAM).

Comité dentaire :

Le comité est composé comme suit :

4 chirurgiens-dentistes de centres de santé désignés par la section professionnelle de la CPN ;

4 chirurgiens-dentistes-conseils des caisses nationales d'assurance maladie (2 CNAMTS, 1 CCMSA, 1 CANAM).

10.1.2.2. Missions des comités :

En qualité de conseillers de la CPN, les comités donnent un avis technique et font des propositions sur les actions, projets, sujets qu'elle leur soumet ou une réponse aux questions qu'elle leur pose, dans le cadre de leur champ de compétence spécifique. Ils se réunissent à la demande de la CPN.

Ils sont notamment consultés sur le choix des thèmes d'actions de formation professionnelle conventionnelle, sur les thèmes d'actions de prévention, sur les accords de bon usage des soins dans la mesure où ils ne relèvent pas des tarifs d'honoraires et/ou de la NGAP, sur la mise en place du document médical de liaison et l'évolution du document médical de synthèse et du suivi des pratiques.

10.1.3. Du comité technique SESAM-Vitale

10.1.3.1. Composition :

Ce comité est constitué paritairement de deux sections de 6 membres chacune :

● Section professionnelle :

6 représentants du ou des organisations représentatives des centres de santé.

● Section sociale :

- pour le régime général : 3 représentants ;

- pour le régime agricole : 2 représentants ;

- pour le régime des professions indépendantes : 1 représentant.

Un nombre identique de suppléants est désigné afin de siéger en l'absence des membres titulaires.

10.1.3.2. Missions :

Le comité technique est saisi de tout dysfonctionnement du système « SESAM-Vitale » et examine les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;

Il peut formuler des avis sur le cahier des charges SESAM-Vitale ;

Il est saisi de toute difficulté de gestion de la liste d'opposition par le représentant de chaque partie signataire ;

Le comité est dépositaire d'un exemplaire daté de chaque liste d'opposition, lequel exemplaire fait foi en cas de contestation ;

Il peut formuler des avis et des propositions tendant à l'amélioration du dispositif. Dans ce but, il apprécie notamment le bien-fondé de la périodicité mensuelle de la mise à disposition de la liste au regard du nombre de cartes invalidées et des contraintes de gestion du centre de santé ;

Il établit notamment le bilan des signalements des incidents d'accès à la liste afin d'apprécier d'éventuels abus de la part de centres de santé. En cas d'abus manifeste, le comité technique en informe chaque caisse du régime signataire de la circonscription géographique du centre de santé ;

Il examine l'état du marché des logiciels spécifiques aux centres de santé.

10.1.3.3. Fonctionnement :

Il se réunit sur simple convocation de chacun des représentants de chaque section ;

Il ne peut valablement délibérer que si la moitié des membres de chacune des sections est présente ou représentée ;

Si un problème ne peut être résolu au sein de ce comité technique, l'arbitrage est renvoyé à la commission paritaire nationale.

10.2. Des instances régionales

Il est institué dans chaque région (au sens de l'organisation des régions administratives) pour l'application de l'accord national, une commission paritaire régionale (CPR).

10.2.1. Composition de la commission paritaire régionale

Membres titulaires :

La CPR comprend :

● 8 représentants des organismes d'assurance maladie désignés par les caisses des départements compris dans la région concernée, qui constituent la section sociale à raison de :

- 4 représentants des caisses primaires d'assurance maladie de la région ;
- 2 représentants de l'une des caisses de mutualité sociale agricole de la région ;
- 2 représentants de la caisse régionale des professions indépendantes.

La qualité de membre d'une profession de santé en exercice dans les centres est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie.

● 8 représentants des organisations représentatives au niveau régional des signataires de l'accord national.

La répartition de ces différents sièges est laissée à l'appréciation des représentants des centres de santé.

Les membres de la section professionnelle sont désignés par la ou les organisation(s) représentative(s) parmi leurs adhérents placés sous le régime du présent accord. La qualité de membre d'un organisme d'assurance maladie est incompatible avec celle de représentant de la section professionnelle.

Membres suppléants :

La ou les organisation(s) représentative(s) des centres de santé à la ou aux organisation(s) signataires du présent accord, ainsi que chacune des caisses d'assurance maladie de la région ayant désigné un ou des représentants à la CPR, peuvent désigner chacune un représentant suppléant pour chaque membre titulaire.

Les membres suppléants siègent aux séances en l'absence d'un membre titulaire appartenant à la même organisation représentative ou à la même caisse.

Conseillers techniques :

Chaque organisation représentative et caisse représenté(e) à la commission peut se faire assister d'un conseiller technique dans la limite de cinq par section.

Les conseillers techniques n'interviennent que sur les points de l'ordre du jour où leur compétence a été requise.

Les représentants des services médicaux des régimes d'assurance maladie assistent de droit aux séances de la CPR et des sections de celle-ci.

10.2.2. Rôle de la commission paritaire régionale

Celle-ci est chargée notamment :

● De faciliter l'application de l'accord par une concertation permanente sur le plan local entre les caisses et les organismes gestionnaires de la région.

● De se prononcer sur les mesures à prendre à l'encontre des centres de santé qui ne respecteraient pas les obligations de l'accord national,

● De suivre les questions relatives à la télétransmission :

- la CPR effectue un point régulier sur l'aide versée par les caisses au titre de la télétransmission et de l'accompagnement à l'informatisation ;

- la CPR donne un avis sur les éventuels litiges juridiques concernant le versement des aides par les caisses ;

- la CPR recueille et centralise toutes les données concernant les questions examinées par le comité technique SESAM-Vitale.

● De gérer les actions de prévention sanitaire d'initiative locale :

La CPR prend acte des thèmes d'action de prévention sanitaire d'initiative locale et s'assure que ces thèmes correspondent aux thèmes retenus au niveau national par la CPN.

Elle s'assure que les actions d'initiative locale sont menées en cohérence avec les actions déjà développées au niveau local.

Si pendant les deux premières années d'application de l'accord national, les décisions de financement de ces dossiers sont prises par la CPN, à l'issue de cette période transitoire, la CPR se prononcera seule sur ces questions.

● De suivre les rapports d'activité des centres de santé.

La CPR s'assure une fois l'an que les centres de santé transmettent leurs rapports d'activité aux caisses de leur circonscription ainsi qu'au secrétariat de la CPR, conformément aux dispositions de l'accord national.

● D'assurer le suivi des centres de santé optants.

La CPR effectue une synthèse annuelle régionale de l'activité des centres de santé. A l'occasion de la présentation de cette synthèse, la CPR invite un représentant de l'URCAM.

Centres de santé infirmiers optants :

La CPR peut établir un état des lieux concernant l'offre de soins dans les départements d'implantation des centres de santé concernés en vue d'établir des relations contractuelles entre les centres de santé infirmiers optants et les établissements de soins. A cet effet, elle disposera notamment des statistiques élaborées par les caisses.

Elle suit les signatures des contrats précités.

En cas d'impossibilité d'établir une relation contractuelle entre les centres de santé infirmiers optants et les établissements de soins de la circonscription considérée, la CPR saisit officiellement les autorités de tutelle du problème considéré dans le mois suivant la saisine par le centre de santé. Elle peut également inviter à la CPR un représentant de l'agence régionale de l'hospitalisation à la demande des représentants des centres de santé infirmiers.

Centres de santé médicaux ou polyvalents optants :

La CPR fait un point régulier des adhésions des centres de santé optants de la région considérée. Elle s'assure que les adhésions conclues entre les caisses et les centres de santé considérés sont conformes aux dispositions de l'accord national.

Elle s'assure entre autres du respect des seuils maximaux annuels d'activité des 7500 actes par médecin équivalent temps plein. En cas de dépassement de ce seuil, la CPR en informe la CPN.

La CPR s'assure que les centres polyvalents optants respectent l'ensemble des obligations qui leur sont imposées dans le cadre de l'option. Elle traite des éventuels problèmes soulevés à ce sujet et fait également le point sur les contrôles diligentés par les caisses au niveau des centres de santé médicaux ou polyvalents optants.

Centres de santé dentaires optants :

La CPR fait un point régulier des adhésions des centres de santé optants de la région considérée. Elle s'assure que les adhésions conclues entre les caisses et les centres de santé considérés sont conformes aux dispositions de l'accord national.

La CPR s'assure que les centres de santé dentaires optants respectent l'ensemble des obligations qui leur sont imposées dans le cadre de l'option. La CPR traite des éventuels problèmes soulevés à ce sujet. La CPR fait également le point sur les contrôles diligentés par les caisses au niveau des centres de santé dentaires optants.

10.2.3. Fonctionnement de la commission paritaire régionale

La CPR doit être mise en place trois mois au plus tard après l'approbation de l'accord.

Passé ce délai, il est fait application à la demande de la partie la plus diligente des dispositions du présent article relatives à la carence.

Le secrétariat est assuré par un membre du personnel administratif de l'une des caisses de la région, après accord de la commission. La CPR se réunit une fois par semestre. Une réunion peut être néanmoins demandée, en tant que de besoin, par l'une des deux parties, en sus des deux réunions semestrielles organisées chaque année.

Présidence :

La section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres.

Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, successivement, par période d'un an, soit la présidence, soit la vice-présidence de la commission paritaire régionale.

Durée du mandat :

Pour les représentants des centres de santé, cette durée est fonction du mandat que leur a conféré l'organisation qu'ils représentent.

En cas de cessation de fonctions de l'un des membres, celui-ci en informe la commission, la partie intéressée pourvoit à son remplacement dans les trente jours suivant cette cessation.

Quorum :

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint.

Le quorum s'entend comme un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié des membres composant chacune des sections.

En cas d'absence, les membres de la commission peuvent soit donner délégation de vote à un autre membre de la même section (dans ce cas, aucun membre ne peut recevoir plus d'une délégation), soit se faire représenter dans les conditions prévues au présent article.

Les membres des instances sont soumis au secret des délibérations.

Vote :

Pour les points de l'ordre du jour supposant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

Le nombre de votes est calculé abstraction faite des bulletins blancs ou nuls qui n'expriment pas de vote.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure dans un délai qui ne peut excéder un mois.

En cas de maintien du partage égal des voix lors de cette deuxième réunion, la voix du président est prépondérante.

Indemnité de vacation :

Les représentants des centres de santé, membres de la commission paritaire, ont droit à une indemnité de vacation dont le montant représente la valeur de 120 € par réunion et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses d'assurance maladie.

Relevés de décisions :

Le secrétaire est chargé d'établir un relevé de décision de chaque réunion de la commission paritaire régionale dans les deux mois qui suivent celle-ci.

Ces relevés de décision sont conservés au secrétariat et signés par le président ou, à défaut, par un membre de chacune des sections ayant pris part au vote. Ils sont adressés à chaque organisation représentative des centres de santé et caisse composant la commission ainsi qu'aux différentes caisses d'assurance maladie de la région considérée.

Carence :

Les partenaires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- a) Non-installation de l'instance dans le délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de l'accord résultant :
 - de l'absence de désignation des membres des instances par l'une ou l'autre section ;
 - ou de l'insuffisance du nombre de titulaires ou membres suppléants désignés dans l'une ou l'autre section de l'instance, au regard du nombre de sièges prévu dans le texte conventionnel.

Dans cette situation, la section constituée informe l'instance nationale concernée. Les travaux qui relèvent de l'instance locale sont alors assurés par la section constituée et ce, jusqu'à ce qu'un accord soit trouvé.

- b) En cas de dysfonctionnement ;

Non-tenue de réunion résultant de l'incapacité répétée (plus d'une fois) des sections de l'instance soit à fixer une date de réunion, soit à arrêter un ordre du jour commun, soit à atteindre le quorum à une réunion ayant donné lieu à convocation officielle, du fait de l'une ou l'autre section de l'instance.

- c) Refus, par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour nécessitant délibération.

Dans les cas a et b, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Un constat de carence est dressé par le secrétariat de l'instance. Le constat est adressé à l'instance nationale concernée.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, les caisses exercent les attributions dévolues à cette instance.

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

Région Ile-de-France :

Pour cette région, la CPR est remplacée par des commissions paritaires départementales (CPD) qui assument les mêmes fonctions et fonctionnent selon les mêmes règles que celles exposées ci-dessus.

En tant que de besoin, une concertation peut être organisée au niveau régional entre les représentants des différentes CPD de la région Ile-de-France.

CHAPITRE XI

Du rapport d'activité et du suivi des pratiques

11.1. Du rapport d'activité

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

Le rapport d'activité des centres de santé médicaux, polyvalents et dentaires se conformera au modèle joint en annexe.

Les centres de santé infirmiers devront quant à eux utiliser le modèle qui leur est propre, également joint en annexe.

Chaque centre de santé devra transmettre avant le 30 juin de l'année N + 1 le rapport d'activité relatif à l'année N, au secrétariat de la CPR, et à la CPAM de sa circonscription.

Les parties se placent dans la perspective d'obtenir une harmonisation du contenu des rapports d'activité demandés au titre du présent accord et au titre des dispositions du décret du 13 décembre 2000 telles que codifiées à l'article D. 765 du code de la santé publique.

11.2. Du suivi des pratiques

Les parties signataires considèrent que les dispositions de l'accord national doivent faire l'objet d'un suivi régulier. Ce suivi est réalisé chaque année, par les instances paritaires nationales et régionales.

Feront, en particulier, l'objet d'un examen attentif par les instances régionales :

- Les activités des centres de santé justifiant des modes de paiement autres que le paiement à l'acte soit :
 - la coordination avec les structures offreuses de soins pour les centres de santé infirmiers ;
 - l'engagement des centres polyvalents et médicaux optants, à travers :
 - le suivi de la mise en place du DMS et de sa tenue ;
 - le suivi des dispositifs de permanence, de continuité et de qualité des soins ;
 - le suivi des plans de soins, des plans de prévention et des actions de dépistage ;
 - la continuité et la qualité des soins, la mise en place et la tenue du dossier dentaire pour les centres de santé dentaires ;
- Le suivi des formations par les professionnels de santé ;
- Le suivi des actions de prévention et d'éducation sanitaire, engagées par les centres.

Seront mis à la disposition du service médical, à sa demande et en tant que de besoin, tout élément spécifique de l'accord national (dossier médical de synthèse pour les centres de santé optants, dossier de suivi pour les centres de santé dentaires...). Également, la caisse pourra obtenir à sa demande et en tant que de besoin tout élément spécifique de l'accord lui permettant d'apprécier l'application de celui-ci (contrat avec l'offre de soins extérieure pour les centres infirmiers...).

11.3. Plan de suivi de l'option

1. Généralités :

Chaque année, la CPN peut arrêter un plan de suivi portant sur un ou plusieurs thèmes figurant à la charte d'organisation.

Chacun des thèmes choisis donne lieu à une méthodologie de suivi, élaborée par les instances conventionnelles nationales. Cette méthodologie prévoit notamment un calendrier, un mode de recueil de l'information, une analyse ainsi que des actions collectives et individuelles auprès des professionnels de santé.

Au niveau régional, la CPR est chargée de conduire ce plan de suivi.

2. Plan de suivi collectif pour la période 2003-2004 :

La CPN déterminera, pour la période définie ci-dessous et pour les thèmes qu'elle aura choisis, les objectifs, les modalités de suivi et de remontée d'information qui devront être mises en œuvre au niveau des centres de santé.

La CPN choisit pour la période 2003-2004 les thèmes suivants :

- les vaccinations ;
- la mise en place du DMS.

3. Bilan conventionnel annuel :

Une fois par an, un bilan de l'option est réalisé par la CPR et adressé à la CPN.

Ce bilan comporte deux parties :

- la première partie concerne le plan de suivi ; il s'agit d'une analyse des informations recueillies pour chaque thème selon la méthodologie définie lors du choix du thème ;
- la seconde partie est une analyse globale des actions que les caisses et les partenaires conventionnels ont mené pour favoriser l'option.

Ce bilan comprend notamment un suivi des dispositifs optionnels, tels que le nombre d'adhésions, de renouvellements et de sorties de l'option, la formation telle que rendue obligatoire dans les dispositifs d'option.

CHAPITRE XII

Du non-respect des règles conventionnelles

12.1. Des mesures encourues

Lorsqu'un centre de santé ne respecte pas l'une quelconque des dispositions du présent accord il peut, après mise en œuvre des procédures prévues au présent chapitre, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

Dès lors qu'il est avéré, tout manquement à une disposition de l'accord national entraîne l'application d'une des mesures mentionnées ci-après.

Les mesures pouvant être prononcées à l'encontre d'un centre de santé optant qui ne respecte pas l'un de ses engagements sont, par ordre de gravité croissante, les suivantes :

- a) Avertissement : cette décision ne peut être prise que s'il s'agit d'un premier manquement ;
- b) Avertissement assorti de demande de mise en œuvre de mesures correctives qui peuvent notamment porter sur les engagements non respectés. La décision mentionne le délai dans lequel la ou les mesures correctives doivent être mises en œuvre. Ce délai ne peut excéder 6 mois ;
- c) Non-renouvellement de l'option conventionnelle et suspension de la possibilité d'adhérer à l'option conventionnelle durant 1, 2 ans ou pour la durée pour laquelle l'accord national a été conclu, ou éventuellement renouvelé ;
- d) Exclusion de l'option conventionnelle pour 1, 2 ans ou pour la durée pour laquelle l'accord national a été conclu, ou éventuellement renouvelé.

Lorsqu'un centre de santé a déjà fait l'objet d'une des mesures prévues au a ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au b, c ou d.

Lorsqu'un centre de santé a déjà fait l'objet de la mesure prévue au b ci-dessus, il ne peut être décidé, pour un manquement au même engagement, qu'une des mesures prévues au c ou d.

Les mesures pouvant être prononcées à l'encontre d'un centre de santé optant ou d'un centre de santé non optant qui ne respecte pas l'une des dispositions de l'accord national sont, par ordre de gravité croissante, les suivantes :

- a) Avertissement : cette décision ne peut être prise que s'il s'agit d'un premier manquement ;
- b) Avertissement assorti de demande de mise en œuvre de mesures correctives qui peuvent notamment porter sur les engagements non respectés. La décision mentionne le délai dans lequel la ou les mesures correctives doivent être mises en œuvre ;
- c) Déconventionnement temporaire ne pouvant être inférieur à un mois et pouvant aller jusqu'à la durée de l'accord national.

Nonobstant les sanctions précitées, le centre de santé ayant commis des anomalies de facturation impliquant pour l'assurance maladie le versement de prestations non dues est tenu de restituer les indûs correspondants à la caisse concernée.

12.2. Des procédures

Lorsqu'une caisse constate un non-respect par le centre de santé soit des engagements particuliers soit de l'une des dispositions quelconques de l'accord, elle transmet le relevé de ses constatations à la CPR.

Le centre de santé en est simultanément informé par la caisse par courrier avec accusé de réception.

Il dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception du courrier pour présenter ses observations éventuelles ou demander à être entendu par la CPR. Dans ce dernier cas, la CPAM concernée est représentée à la séance.

Après avoir pris connaissance des observations du centre de santé ou à défaut de réponse de celui-ci dans le délai de 30 jours suivant la date à laquelle elle a reçu les observations de la CPAM, la CPR transmet à la CPAM son avis dûment motivé. Cet avis lie la CPAM.

La CPAM pour le compte de l'ensemble des caisses prend la décision et notifie celle-ci au centre de santé concerné dans un délai de 30 jours.

12.3. Des procédures de notification des mesures

La mesure est notifiée par la CPAM du lieu d'implantation du centre de santé agissant pour le compte des caisses des autres régimes au plus tard 15 jours après la délibération de l'instance locale. La CPAM informe de cette notification les caisses des autres régimes.

La notification s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la nature du ou des manquements, la date d'effet de la décision. Celle-ci ne peut prendre effet avant le délai d'un mois suivant sa notification. La notification précise que la mesure peut faire l'objet d'un recours auprès du tribunal administratif.

Lorsque du fait de la sanction, un centre de santé optant perd cette qualité soit de son propre fait, soit en raison du non-respect de ses obligations liées à l'option, les caisses doivent en informer par simple courrier tous ses assurés optants et uniquement ces derniers, sans en préciser les raisons.

CHAPITRE XIII

Des règles d'adhésion

13.1. Durée de l'accord national

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de la publication de l'arrêté d'approbation ; il est renouvelable par tacite reconduction par périodes de même durée, sous réserve d'approbation par arrêté interministériel, et sauf dénonciation, 6 mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires. La dénonciation peut être faite soit par décision conjointe d'au moins deux caisses nationales dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations représentatives de centres de santé signataires de l'accord, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

13.2. Notification de l'accord national et adhésion du centre de santé

Notification de l'accord national

Les caisses d'assurance maladie du régime général agissant pour le compte de tous les organismes relevant des caisses nationales signataires adressent dans le mois suivant la publication de l'arrêté d'approbation de l'accord national un exemplaire de celui-ci à chaque centre de santé, dans le cadre de la circonscription concernée.

Adhésion à l'accord national

L'accord est applicable à tout centre de santé qui déclare y adhérer dans le délai de trois mois à compter de la publication de l'arrêté d'approbation de l'accord au *Journal officiel*.

Pour les centres de santé qui effectuent leur ouverture après cette date, le délai de 3 mois court à compter de la date à laquelle ils ont informé la caisse de leur ouverture par lettre recommandée avec avis de réception.

Tout centre de santé peut manifester sa volonté de ne plus être régi par les dispositions du présent accord national par lettre recommandée avec avis de réception adressé à la caisse primaire de son installation. La décision du centre de santé prendra effet dans un délai de deux mois à compter de la réception de cette lettre par la CPAM. Toute nouvelle demande d'adhésion de ce centre de santé est subordonnée aux dispositions des deux alinéas précédents.

13.3. Résiliation de l'accord

Le présent accord peut être résilié soit par décision conjointe d'au moins deux caisses nationales, dont la CNAMTS, soit par décision conjointe des organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord, dans les cas suivants :

- violation grave 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 centres de santé ;
- modification substantielle des conditions de fonctionnement du système de soins affectant de manière durable et importante l'économie du dispositif conventionnel.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception à tous les signataires de l'accord national. Elle prend effet à l'échéance de deux mois après la date de notification au dernier des destinataires.

Fait à Paris, le 19 novembre 2002

Le président de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
J.-M. SPALTH

La présidente de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole,
J. GROS

Le président de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes,
G. QUEVILLON

La présidente du Comité national de liaison des centres de santé,
C. GILLOT-DUMOUTIER

Le président de la Croix-Rouge française,
M. GENTILINI

Le président de la Fédération des mutuelles de France,
J.-P. PANZANI

Le président de la Fédération nationale de la mutualité française,
J.-P. DAVANT

La présidente des religieuses en professions de santé,
SŒUR C. DELEZENNE

La présidente de l'Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural,
D. DUMAS

Le président de l'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux,
J.-M. BLOCH-LAINÉ

Le président de l'Union nationale des associations coordonnatrices de soins et santé,
P. MUMBACH

ANNEXE I

RAPPORT D'ACTIVITÉ

Annexe Ia

Rapport d'activité des centres polyvalents, médicaux, dentaires

1. La patientèle :
- nombre de passages ;
 - nombre de passages/nombre d'heures ETP ;
 - caractéristiques : sexe, âge, régime, CMU, CMUC, couverture complémentaire, exonération TM, ALD, invalidité.

Origine géographique : de la circonscription/hors circonscription.

2. Personnel :

- Personnel médical et paramédical :
- répartition par spécialité ;
 - nombre d'actes et nature des actes ;
 - effectif, dont ETP ;

Personnel administratif :

- répartition ;
- effectif, dont ETP.

3. Activité du centre de santé :

- heures d'ouverture ;
- actions de prévention (hors option) ;
- présence d'une antenne sociale ;
- actions de formation ;
- actions de recherche ;
- autres activités ;

- actes effectués : nombre d'actes et répartition par spécialité et lettre clé, coefficient moyen par acte.

4. Moyens techniques mis en place par le centre de santé :

- locaux, superficie ;
- nombre de fauteuils dentaires ;
- matériel de radiologie ;
- matériel bureautique utilisé ;
- état des lieux sur les moyens de décontamination, de stérilisation ;
- moyens mis en place pour la récupération des déchets ;
- autres moyens médicaux éventuellement utilisés.

5. Centres de santé optants :

- Nombre d'assurés optants ;
- Participation aux thèmes de prévention spécifiques à l'option ;
- Intégration du centre de santé dans le dispositif d'astreinte (lorsqu'il sera mis en place) ;
- Intégration du centre de santé dans le dispositif de régulation de l'offre ambulatoire (lorsqu'il sera mis en place).

6. Dépenses et recettes :

Montant des dépenses :

- liées au personnel médical et paramédical ;
- liées au personnel administratif ;
- montant total des autres dépenses.

Montant des recettes :

- perçues au titre des remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale ;
- en provenance des assurés :
 - au titre du ticket modérateur ;
 - au titre des dépassements ;
 - au titre des actes hors nomenclature ;
- subvention des organismes de sécurité sociale ;
- montant total des autres recettes.

Annexe Ib

Rapport d'activité des centres de santé infirmiers

1. Préambule :

Conformément à l'article D. 765-6 du code de la santé publique, les centres de santé sont tenus d'établir chaque année, au plus tard pour le 30 juin de l'exercice suivant, un rapport d'activité comportant notamment toutes informations non nominatives relatives à la clientèle du centre de santé, au personnel, aux actes effectués, aux moyens mis en place par le centre de santé, à ses diverses activités.

2. Informations relatives à la clientèle du centre :

Informations quantitatives

Nombre d'assurés pris en charge.

Nombre total d'entrées :

Nombre d'assurés âgés de plus de 75 ans (dont personnes isolées).

Nombre d'assurés actifs (disposant d'une activité professionnelle).

Nombre d'assurés mineurs.

3. Informations mensuelles relatives à l'activité du centre de santé :

Informations quantitatives (mois par mois)

Nombre d'assurés pris en charge pour une affection aiguë (hors maladie chronique).

Nombre d'entrées prises en charge pour une affection aiguë (hors maladie chronique).

Nombre d'assurés pris en charge pour une affection chronique (y compris les épisodes aigus).

Nombre d'entrées prises en charge pour une affection chronique (y compris les épisodes aigus).

Nombre d'assurés en soins palliatifs.

Nombre d'entrées en soins palliatifs.

Origine des assurés traités par le centre de santé (toutes catégories confondues)

ASSURÉS TRAITÉS dans le centre de santé	ASSURÉS SOIGNÉS en dehors du centre
Assurés domiciliés dans la commune du centre.	Assurés domiciliés dans la commune du centre.

ASSURÉS TRAITÉS dans le centre de santé	ASSURÉS SOIGNÉS en dehors du centre
Assurés domiciliés hors de la commune du centre.	Assurés domiciliés hors de la commune du centre.
Provenance des assurés : - ville ; - hôpital ; - clinique ; - maison de retraite ; - HAD.	Provenance des assurés : - ville ; - hôpital ; - clinique ; - maison de retraite ; - HAD.

4. Informations relatives aux actes effectués :
- AMI Nombre d'AMI.
A terme, ventilés par coefficients.
Nombre total de coefficients facturés à la caisse.
- AIS Nombre d'AIS.
A terme, ventilés par coefficients.
Nombre total de coefficients facturés à la caisse.
- DSI Nombre de DSI.
- IFD IK.
Majoration de nuit.
Majoration de dimanche et jour férié.

*Informations relatives aux assurés pris en charge
dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation*

- Nombre d'assurés.
Etablissement d'origine.
Service d'origine.
Type de prise en charge : soins palliatifs, chimiothérapie, autre, à préciser.
- Durée de la prise en charge.
- AMI Nombre d'AMI.
A terme, ventilés par coefficients.
Nombre total de coefficients facturés à la caisse.
- AIS Nombre d'AIS.
A terme, ventilés par coefficients.
Nombre total de coefficients facturés à la caisse.
- DSI Nombre de DSI.
- IFD IK.
Majoration de nuit.
Majoration de dimanche et jour férié.
5. Informations relatives au personnel du centre :
- Nombre total d'infirmières exerçant dans le centre ;
Nombre d'équivalents temps plein ;
Nombre d'infirmières habilitées à pratiquer les actes de chimiothérapie ;
Nombre d'infirmières disposant d'une autre compétence (à préciser) ;
Nombre de secrétaires (total et ETP) ;
Nombre d'infirmières d'encadrement (total ETP).
6. Informations relatives aux moyens mis en œuvre par le centre optant :
- Nombre de réunions de coordination interne ;
Nombre de partenaires conventionnels Nature
hôpital, réseau, HAD ;
Nombre de réunions de coordination avec chacun des partenaires ;
Dossier patient spécifique ;
Cahier de transmission, etc.
7. Moyens mis en œuvre pour la permanence des soins :
décrire (à titre d'exemple : astreinte).
8. Informations relatives aux actions de prévention :
- Actions de l'accord national, préciser :
Actions régionales, préciser :
Actions locales, préciser :
9. Actions relatives aux actions de promotion de la santé :
Nature de l'action.
10. Actions de formation :
- Actions conventionnelles dès leur mise en place :
nombre d'infirmières formées ;
Formation professionnelle nombre d'infirmières formées ;
Formation locale dispensée par la structure contractante
nombre d'infirmières formées.

ANNEXE II

LA CHARTE D'ORGANISATION DU CENTRE DE SANTÉ OPTANT DANS LE CADRE DE LA COORDINATION DES SOINS MÉDICAUX

En optant, le centre de santé adhère aux obligations suivantes :

Article 1*

Conditions d'activité liée à la qualité des soins

Le centre de santé s'engage, par le moyen d'une organisation adéquate, à ce que les praticiens qu'il salue consacrent à chaque patient le temps nécessaire à l'exercice d'une médecine coordonnée.

De même, il s'engage à limiter l'activité des médecins généralistes qu'il salue à un seuil maximal annuel compatible avec l'exercice d'une médecine de qualité, compte tenu des responsabilités qui s'attachent à l'adhésion à l'option.

Seuil maximum : 7 500 actes (consultations et visites facturées par le centre de santé) par an et par médecin généraliste.

L'activité à prendre en compte est l'activité moyenne en équivalent-temps plein des médecins généralistes exerçant dans le centre de santé. Ce calcul d'activité est pris en compte pour le maintien dans l'option. Le respect de cette moyenne globale a pour objectif de permettre à chaque médecin généraliste individuellement d'exercer une médecine de qualité.

Article 2

Mode d'exercice au sein du centre de santé

L'organisation du centre de santé optant permet à l'équipe médicale de pouvoir assumer collectivement les responsabilités relatives à la coordination et à la continuité des soins, à la tenue du document médical de synthèse et à celle du document de liaison (lorsque celui-ci sera mis en place), aux activités de prévention et à la qualité des soins.

Article 2.1

Travail en groupe

Chaque fois que cela s'avère nécessaire, le centre de santé organise, sur proposition des membres de l'équipe médicale, des réunions de concertation internes, ou ouvertes à des participants extérieurs, sur la prise en charge médicale des assurés et de leurs pathologies.

Article 2.2

Document médical de synthèse (DMS)

L'organisation du centre de santé optant permet aux médecins généralistes coordinateurs de tenir pour le compte de leurs assurés adhérents un document médical de synthèse dans lequel figure toute information utile concernant la santé des assurés. Les rubriques de ce document sont conformes au modèle validé par les parties après avis du comité technique paritaire médical.

Si tous les praticiens peuvent sous leur responsabilité contribuer à l'enrichissement du document médical de synthèse, le médecin coordinateur est néanmoins responsable de la tenue globale de celui-ci.

Ce document et le dossier médical sont communicables au patient et au service médical des caisses selon les dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Le document médical de synthèse est enrichi des informations médicales pertinentes recueillies, dans le respect des droits du malade et du Code de déontologie médicale, par le médecin généraliste coordinateur, lorsque le patient consulte un médecin extérieur au centre de santé.

En cas de changement par le patient de médecin généraliste coordinateur, dans les conditions prévues par le présent accord, le centre de santé veille à la transmission, par le médecin généraliste coordinateur, de toutes les données médicales utiles à tout nouveau médecin désigné par le patient soit au sein du centre soit en dehors du centre de santé.

Ce document médical de synthèse contient une rubrique spécifique qui est le « plan personnalisé de prévention » dans lequel figurent les informations relatives aux actes et examens de prévention dispensés au patient.

Ce plan comprend notamment :

- les recommandations individualisées résultant d'examens périodiques de dépistage des risques du patient ;
- le suivi de ces recommandations ;
- la situation du patient au regard de sa participation aux campagnes de dépistage organisé ou de prévention placées sous

l'égide de l'assurance maladie ou des autorités compétentes de l'Etat. Dans ce cadre, et pour les deux premières années d'application de l'accord national, une attention toute particulière sera accordée à la situation des assurés vis-à-vis du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables telles que définies à l'article L. 1411-2 du code de la santé publique et des vaccinations.

Article 2.3

Informatisation du document médical de synthèse et document médical de liaison

Les parties signataires se fixent comme objectif de travailler en commun, dans le cadre du comité technique paritaire médical, à une gestion informatisée du DMS, dans un délai aussi proche que possible compte tenu des possibilités financières des centres.

Cette informatisation pourrait être la base d'élaboration d'un document médical de liaison (DML), régulièrement mis à jour, qui permettrait au patient d'être en permanence en possession des informations médicales pertinentes le concernant.

Article 2.4

Elaboration de plan de soins pour les assurés atteints d'affections de longue durée

Indépendamment des thèmes retenus pour les actions de prévention d'initiatives locales, les parties signataires engagent une réflexion sur la qualité dans le traitement et le suivi des assurés atteints d'ALD. Cette réflexion constitue un axe privilégié pour la coordination des soins tant en termes d'améliorations de la qualité des soins que d'optimisation médicalisée des ressources.

Article 3

Permanence et continuité des soins

Article 3.1

Organisation du centre de santé pour assurer la permanence et la continuité des soins

Le centre de santé optant apporte à son patient adhérent une réponse organisée à sa demande de soins. Pendant ses jours et heures d'ouverture, le centre de santé assure la permanence et la continuité des soins. Il s'engage en particulier à permettre au patient de bénéficier de consultations médicales à l'intérieur de certaines plages horaires, chaque fois que son état le justifie et l'en informe.

Le centre de santé optant organise son activité de sorte que les médecins généralistes soient en mesure d'établir les relations nécessaires à une bonne coordination des soins pour les assurés, tant avec les autres médecins du centre que ceux exerçant hors du centre de santé, les établissements de santé et les équipes médico-sociales.

Dans les cas où le médecin généraliste coordinateur choisi par le patient est absent, le centre de santé propose au patient adhérent de s'adresser à un autre médecin du centre qui dispose, notamment grâce au document médical de synthèse et au dossier médical, de toutes les informations utiles au suivi du patient.

En dehors de ses heures et jours d'ouverture habituels, le centre optant s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient bénéficie à tout moment d'une réponse adaptée à ses besoins.

Cette réponse s'effectue :

- soit dans le cadre d'une continuité des soins à domicile ;
- soit en participant à un service de permanence des soins ;
- soit en orientant les assurés vers un système organisé permettant d'apporter cette réponse.

Article 3.2

Information du patient

L'information du patient concerne :

- les heures d'ouverture et de fermeture du centre de santé avec les plages horaires de consultations ;
- les coordonnées téléphoniques des structures permettant d'assurer la permanence des soins pendant les heures de fermeture du centre de santé ;
- les coordonnées d'un service de garde local, lorsqu'il est mis en place ;
- la possibilité de recourir au centre 15.

Le support de cette information repose sur :

- l'inscription de ces informations sur les ordonnances ;
- l'affichage d'un tableau récapitulatif en salle d'attente ;
- la remise aux assurés adhérents d'une brochure d'information ;
- un affichage sur les données d'urgence, visible de l'extérieur du centre de santé en dehors des heures d'ouverture ;
- une reprise des éléments utiles sur le dispositif de réponse téléphonique, secrétariat ou répondeur.

Les centres de santé transmettent à leurs caisses de rattachement ces informations, qui, régulièrement réactualisées, alimenteront les sites électroniques d'information mis en place par l'assurance maladie.

Article 4

Dépistage et prévention

Article 4.1

Actions choisies par les parties signataires

Le centre de santé optant organise l'activité de son équipe médicale de telle sorte qu'elle puisse participer aux actions de prévention que les parties signataires décident de promouvoir et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, notamment sur l'initiative du réseau national de santé publique, à savoir :

- le dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables, chaque fois que le patient fait partie de la population cible et qu'un tel dispositif est mis en place dans la circonscription considérée en application de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique, dans la mesure où le contexte de la consultation s'y prête ;
- les actions de vaccinations, eu égard à la situation des assurés.

Article 4.2

Suivi individuel des assurés

L'organisation du centre de santé optant permet à son équipe médicale de pouvoir proposer aux assurés adhérents :

- de bénéficier d'un suivi adapté de dépistage et de prévention qui s'effectue conformément aux recommandations, référentiels et conférences de consensus validés par les instances d'experts (ANAES, agence du médicament notamment) ;
- de se soumettre aux actions de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables (en application de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique) ;
- de recevoir une médecine portant une attention toute particulière aux situations de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, état suicidaire...).

Chaque fois que le centre de santé est engagé de sa propre initiative dans une démarche de prévention, il y associe les praticiens salariés compétents en la matière et propose par leur intermédiaire à tous ses assurés de bénéficier de l'action considérée, dès lors qu'ils peuvent être concernés par celle-ci.

Article 5

Actions de santé publique et prévention

Les centres de santé optants sont rendus destinataires, par les caisses primaires et les caisses générales de sécurité sociale, des documents élaborés dans le cadre des campagnes nationales de santé publique financées notamment par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Ces documents sont spécifiquement identifiés.

En application de l'article 9.1 « relatif à la participation à la prévention », les parties signataires conviennent que les centres de santé optants participent pour l'année 2003 au programme portant sur les vaccinations dans le cadre des actions menées par les fonds nationaux de prévention des caisses nationales de l'assurance maladie.

Pour l'application de l'article 9-2 relatif au suivi de dépistage et de prévention, l'organisation du centre de santé optant permet l'implication de son équipe dans les programmes de dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables arrêtés en application de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique et retenus par les parties conventionnelles.

Cette implication prend les formes suivantes :

- à la demande du patient, celui-ci recevra tout complément d'information concernant les programmes de prévention et de santé publique. Cette information concerne à la fois les aspects médicaux (information sur les maladies visées et les risques encourus) mais aussi organisationnels (orientation du patient) ;
- participation directe à la réalisation des programmes, chaque fois que sa participation est prévue dans le cadre de l'action considérée et qu'il satisfait aux conditions fixées par voie réglementaire en application de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique ;
- vérification que les assurés adhérant à l'option s'engagent dans un programme (et quel que soit le praticien concerné), et qu'ils bénéficient de manière régulière des examens de dépistage prévus selon la périodicité définie pour chaque pathologie ;
- indication des résultats dans le document médical de synthèse à chaque fois que le patient adhérant à l'option a fait l'objet d'un dépistage organisé ;

- réponse, dans tous les cas, aux sollicitations des instances chargées du pilotage des programmes dans le domaine des enquêtes épidémiologiques retenus par la CPN.

La CPN peut décider, après avis du comité technique paritaire médical, que les centres de santé optants peuvent s'impliquer dans des programmes de dépistage organisé ne relevant pas de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique dans les conditions fixées ci-dessus. Toutefois, la participation directe du centre de santé optant et de son équipe médicale à la réalisation d'un tel programme n'est possible que s'ils satisfont aux critères de ce programme.

La CPR donne toute information utile aux centres de santé sur les programmes de dépistage organisé y compris les programmes ne relevant pas de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique (mise en place, évaluation, etc.), notamment dans le cadre des rencontres locales visées au présent accord.

L'organisation du centre de santé permet aux médecins généralistes coordinateurs de pouvoir réaliser pour les assurés adhérents les examens de santé proposés par les caisses d'assurance maladie lorsque ces dernières confient tout ou partie de leur réalisation aux centres de santé optants, selon les modalités propres à l'organisation de ces examens.

De même, elle leur permet de pouvoir proposer le bénéfice des vaccinations faisant l'objet d'une campagne nationale à tous les assurés adhérent à l'option en respectant les protocoles médicaux établis à ce sujet. Ces vaccinations sont réalisées selon la périodicité fixée pour chacune d'entre elles. La mention de leur réalisation figure dans le document médical de synthèse.

Article 6

Évaluation de la pratique des médecins généralistes coordinateurs dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle (FPC)

Le centre de santé optant permet à chacun de ses médecins généralistes coordinateurs de pouvoir participer chaque année à une action de FPC recommandée par la CPN. Elle comporte un module d'évaluation destiné à être réalisé à l'issue de l'action.

Les organismes de FPC devront joindre aux actions dont les thèmes sont jugés prioritaires ce module d'évaluation qui fait l'objet d'une validation scientifique et d'un agrément dans les mêmes conditions que l'ensemble du projet.

Le centre de santé transmet les attestations de participation à une action de formation des médecins généralistes coordinateurs à la CPR de la région dont il dépend. Ces attestations mentionnent le résultat du module d'évaluation.

Article 7

Participation à des rencontres entre médecins généralistes coordinateurs sur des thèmes prioritaires définis en partenariat

Dans le cadre de l'application des dispositions relatives au travail en groupe, les CPR organisent des rencontres départementales ou régionales, auxquelles les médecins généralistes coordinateurs participent.

Chaque caisse d'assurance maladie chargée du secrétariat de la commission prend en charge l'organisation des réunions, salle, matériel pédagogique, édition des supports de communication, convocations, diffusion des comptes rendus, etc.

Les réunions ont pour objet d'assurer une information des médecins généralistes coordinateurs :

- présenter les campagnes ou les thèmes de prévention retenus par les instances nationales ou décidés en application de l'article L. 1411-2 du code de la santé publique ;
- présenter les choix des instances régionales en terme d'action à mettre en œuvre ;
- recueillir en retour toutes informations nécessaires auprès des médecins généralistes coordinateurs de la région, tant en ce qui concerne le fonctionnement administratif que médical, afin d'orienter, de préciser ou d'enrichir les choix et les actions des instances locales.

Ces réunions font l'objet de comptes rendus et d'un suivi national. Les médecins généralistes coordinateurs, qui participent aux rencontres départementales ou régionales, ont droit à une indemnité de vacation dont le montant représente 120 € par réunion et à une indemnité de déplacement dans les conditions prévues pour les administrateurs des caisses d'assurance maladie.

Article 8

Dispositif de suivi de l'option

L'ensemble des obligations définies dans le cadre de l'option - y compris celles détaillées dans les annexes du présent texte - doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux par l'instance paritaire désignée par les parties. Les centres de santé mettent à disposition du service

médical après information des praticiens concernés et des services administratifs des caisses d'assurance maladie tous les documents nécessaires à ceux-ci, chacun pour ce qui les concerne.

ANNEXE III

CONVENTION TYPE ORGANISANT LES RELATIONS ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ INFIRMIERS ET LES ÉTABLISSEMENTS EXTÉRIEURS

Dispositions devant figurer dans la convention entre le centre de santé infirmier

Et l'établissement

Cette convention a pour objet de formaliser les relations mises en place entre le centre de santé infirmier et l'établissement afin d'assurer la coordination de la prise en charge des assurés.

Article 1^{er}

Le centre de santé s'engage à prendre en charge les assurés de son secteur géographique qui lui seront adressés par l'établissement selon les modalités définies par la présente convention.

Le centre de santé dispose d'un effectif de infirmières. Dans cette limite ainsi fixée, le centre de santé s'engage à accueillir les assurés adressés par l'établissement, lorsque le transfert est programmé selon les dispositions du présent accord.

Article 2

1. L'établissement s'engage à prendre en charge ou à orienter vers un autre établissement, les assurés qui sont pris en charge par le centre de santé selon les modalités définies par la présente convention en cas d'épisode aigu ou d'urgence pour les assurés qu'il a lui-même adressés au centre de santé.

2. Dans le respect du libre choix des assurés, l'établissement s'engage à orienter les assurés sortant de l'établissement et domiciliés dans le secteur géographique du centre de soins vers celui-ci, conformément à la prescription médicale.

Article 3

Technicité spécifique

L'établissement s'engage à assurer toute formation spécifique nécessaire à la prise en charge par le centre

Article 4

De la circulation de l'information

L'établissement s'engage à fournir au centre toute information nécessaire à la qualité et à la continuité de la prise en charge des assurés venant de l'établissement

Les praticiens de l'établissement s'engagent à adresser au centre par courrier toute information concernant un patient nécessitant un suivi spécifique ainsi qu'au médecin traitant.

Le centre de santé s'engage à fournir à l'établissement toute information nécessaire à la qualité et à la continuité de la prise en charge, des assurés venant du centre de santé.

La formalisation des informations pourra être définie par avenant à cette convention.

Une réunion d'évaluation et de mise au point entre les services infirmiers de l'établissement et du centre de santé pourra être organisée chaque année. Le procès-verbal de cette réunion sera fixée en annexe à cette convention.

Article 5

Des délais de prise en charge

Pour faciliter les relations entre les deux structures, le centre de santé sera averti de la sortie des assurés de l'établissement dans un délai de jours

Article 6

De la prise en charge médicale du patient

L'établissement s'engage à s'assurer de la continuité du traitement du patient.

Article 7

De la durée et de la dénonciation de la convention

Cette convention est conclue pour un an et renouvelable tacitement, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, avec un préavis de deux mois.

ANNEXE IV
FORMULAIRES D'ADHÉSION POUR LES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS D'OPTION

L'identification du bénéficiaire et de l'assuré (à remplir à l'aide de la carte d'assurance maladie)

Nom du bénéficiaire	
Prénoms	Date de naissance --/--/---
Adresse	
Code postal -- --	Commune
Nom de l'assuré(e) (1)	
Prénoms	Date de naissance --/--/---
N° d'immatriculation	
Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date Signature du gestionnaire

Organisme de rattachement	Organisme complémentaire
Code -----	N° d'adhérent
Adresse	Nom et code de l'organisme adresse

(1) à remplir si l'assuré est différent du patient

Identification du centre de santé optant

Nom du centre	
N° d'identification du centre	
Adresse	
Date de l'adhésion du centre à l'option	

Engagement conjoint de l'assuré (ou du bénéficiaire) et du centre de santé optant

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date Signature du gestionnaire
Nom du Médecin Généraliste Coordinateur	Nom et signature de l'assuré ou du bénéficiaire En s'engageant, l'assuré accepte que les données médicales pertinentes le concernant soient accessibles à l'ensemble de l'équipe soignante le prenant en charge.

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse	

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et prénom	gestionnaire du centre de santé
--------------------------------	---------------------------------

Numéro d'identification du centre de santé
--

Adresse du centre de santé

--

--

Déclare adhérer à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national et en respecter les dispositions telles que décrites en son titre II – Chapitre III
--

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
	Signature du gestionnaire
	

L'accusé de réception de la caisse

Option enregistrée le	à effet du
-----------------------	------------

Option non enregistrée et motif

Cachet de la caisse	Date
	

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et Prénom	gestionnaire du centre de santé
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Je soussigné(e) déclare avoir recueilli l'adhésion de assurés (ou bénéficiaires) au titre de l'option conventionnelle pour l'année considérée.	
Je tiens à la disposition de la caisse tous les documents attestant de ces adhésions.	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date: Signature du gestionnaire
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et prénom	gestionnaire du centre de santé
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Déclare renouveler mon adhésion à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national et en respecter les dispositions telles que décrites en son titre II - Chapitre III	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Signature du gestionnaire
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

L'accusé de réception de la caisse

Option enregistrée le	à effet du
Option non enregistrée et motif	
Cachet de la caisse	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et Prénom	gestionnaire du centre de santé
Prénom	
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Activités assurées par le centre de santé	
Je soussigné(e) déclare assurer le suivi de assurés (ou bénéficiaires) au titre de l'option conventionnelle pour l'année considérée:	
Je tiens à la disposition de la caisse tous les documents attestant de ces adhésions:	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>	Signature du gestionnaire <div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 80%; margin: auto;"></div>

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et prénom	gestionnaire du centre de santé
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Déclare adhérer à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national et en respecter les dispositions telles que décrites en son titre II - Chapitre V	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date Signature du gestionnaire
	

L'accusé de réception de la caisse

Option enregistrée le	à effet du
Option non enregistrée et motif	
Cachet de la caisse	Date
	

L'identification du centre de santé

Je soussigné(e), nom et Prénom	gestionnaire du centre de santé
Prénom	
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Je soussigné(e) déclare avoir recueilli l'adhésion de assurés (ou bénéficiaires) au titre de l'option conventionnelle pour l'année considérée.	
Je tiens à la disposition de la caisse tous les documents attestant de ces adhésions.	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
	Signature du gestionnaire
	

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse	Date
	

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et prénom	gestionnaire du centre de santé
--------------------------------	---------------------------------

Numéro d'identification du centre de santé
--

Adresse du centre de santé

--

--

Déclare renouveler mon adhésion à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national et en respecter les dispositions telles que décrites en son titre II – Chapitre V
--

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2-volets)	Date
	Signature du gestionnaire 

L'accusé de réception de la caisse

Option enregistrée le	à effet du
-----------------------	------------

--

Option non enregistrée et motif

--

Cachet de la caisse 	Date 
---	---

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et Prénom	gestionnaire du centre de santé
Prénom	
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Je soussigné(e) déclare assurer le suivi de assurés (ou bénéficiaires) au titre de l'option conventionnelle pour l'année considérée.	
Je tiens à la disposition de la caisse tous les documents attestant de ces adhésions.	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Signature du gestionnaire
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

L'identification du centre de santé

Je soussigné(e), nom et prénom	gestionnaire du centre de santé
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Déclare adhérer à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national et en respecter les dispositions telles que décrites en son titre II – Chapitre IV.	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
	Signature du gestionnaire
	

L'accusé de réception de la caisse

Option enregistrée le	à effet du
Option non enregistrée et motif	
Cachet de la caisse	Date
	

L'identification du centre de santé
--

Je soussigné(e), nom et Prénom	gestionnaire du centre de santé
Prénom	
Numéro d'identification du centre de santé	
Adresse du centre de santé	
Je soussigné(e) déclare avoir respecté les obligations telles que décrites à l'option conventionnelle instaurée par l'accord national en son titre II - Chapitre IV	

Cachet du centre de santé (à reporter sur les 2 volets)	Date
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Signature du gestionnaire <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>

L'accusé de réception de la caisse

Attestation enregistrée le	à effet du
Cachet de la caisse <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	Date <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>