

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

NOR : AFSS1505152A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité transmis le 17 février 2015 et annexé au présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur général de la santé et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 février 2015.

*La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,*
Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de la santé,*
B. VALLET

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :
*Le chef de service,
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*
F. GODINEAU

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :
*Le chef de service,
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*
F. GODINEAU

ANNEXES

ANNEXE 1

RÈGLEMENT ARBITRAL APPLICABLE AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-14-1, L. 162-14-2, R. 162-54-7 et R. 162-54-8.

Préambule

La structuration des équipes pluri-professionnelles est une composante importante de la mise en place de parcours de soins efficaces.

Des expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) des structures organisées d'exercice pluri-professionnel (maisons de santé mono ou multisites ; centres de santé) sont intervenues dans le cadre des

dispositions de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. A la suite de ces expérimentations, le présent règlement arbitral vise à pérenniser ce dispositif.

Article 1^{er}

Portée du règlement arbitral

Le présent règlement arbitral régit les relations entre les caisses d'assurance maladie, les agences régionales de santé et les équipes et structures concernées, définies à l'article 2. Il cesse de s'appliquer à la date d'entrée en vigueur de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles prévu au II de l'article L.162-14-1 et, au plus tard, cinq ans à l'issue de sa date d'entrée en vigueur.

Article 2

Les équipes et les structures concernées

Le développement du travail en équipe, dans le cadre des maisons de santé pluri-professionnelles (monosite ou multisites) et des centres de santé, contribue à conforter l'offre de soins en répondant aux aspirations de certains professionnels de santé et en dégageant du temps médical grâce à certaines activités mutualisées permettant d'offrir de nouveaux services aux patients.

Afin de faciliter le fonctionnement de ces structures formalisées, le présent règlement arbitral met en place des modalités adaptées de rémunération valorisant ces services.

Pour bénéficier de ces rémunérations, les structures concernées doivent, lorsqu'elles sont en exercice libéral (maisons de santé mono ou multisites), être constituées en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même, dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, telle la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). A titre dérogatoire, et afin de prendre en compte les délais nécessaires à la constitution de ce type de société, des professionnels ou une structure non encore constitués sous la forme juridique requise pour la perception de rémunération de l'assurance maladie, peut signer un contrat conforme au contrat type joint en annexe 2 sous réserve de l'engagement de ses membres (cosignataires du contrat) de se constituer sous cette forme dans un délai maximum de six mois à compter de la signature du contrat.

L'agence régionale de santé et la caisse primaire d'assurance maladie signent le contrat avec les structures retenues lorsqu'elles estiment que le projet de santé de la structure est cohérent avec le projet régional de santé. Ce contrat est conforme au contrat type joint en annexe 2. Le projet de santé est annexé au contrat.

Pour les structures en exercice libéral, la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure est également annexée au contrat. Il en est de même pour la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans un centre de santé signataire du contrat.

Article 3

Les engagements communs à l'ensemble des structures

Afin d'encourager le développement du travail en équipe et l'amélioration des résultats, certains engagements peuvent être respectés de manière progressive : une grille d'objectifs (annexe 1) et le contrat-type (annexe 2) définissent les modalités et le rythme de progression des critères sur la durée du contrat.

3.1. Favoriser l'accès aux soins

Pour la valorisation de l'activité des structures, les critères suivants sont pris en compte :

- amplitude des horaires d'ouverture : les horaires d'ouverture doivent couvrir toute la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires. Une réponse à la demande de soins des patients doit ainsi pouvoir être apportée en dehors des périodes couvertes par la permanence des soins, soit de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat. Les horaires sont précisés dans la charte d'engagement de chaque structure. Ils doivent également couvrir les périodes de congés scolaires. Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture doivent faire l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme, notamment d'un message d'accueil téléphonique ;
- possibilité d'accès à des soins non programmés : les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés ;
- fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, information des patients sur leurs droits, etc.) organisée avec un responsable identifié.

L'ensemble de ces critères fait l'objet d'une charte d'engagement vis-à-vis des patients, qui précise la garantie de service sur chacun des aspects retenus. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 3. Cette charte est affichée dans la structure et sera disponible sur le site Ameli dès lors que le service sur Ameli sera opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à l'organisme local d'assurance maladie.

offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux permettant de faciliter l'accès aux soins des patients. Plusieurs modalités peuvent être mises en œuvre comme l'organisation par la structure, dans ses locaux, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, d'accès à des sages-femmes ou chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure (un jour par semaine ; une valorisation supplémentaire est possible si ces créneaux de consultations sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein - ETP) ou la présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé.

Dans ce cadre, la structure doit transmettre à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé est vérifiée par l'organisme local d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure fournie conformément aux dispositions de l'article 2.

3.2. Favoriser le travail en équipe

Champ majeur de la coordination pluri-professionnelle, le travail en équipe concerne tout particulièrement les patients complexes, sur la base des situations identifiées ci-dessous.

La concertation sur les dossiers des cas complexes :

Une concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) est organisée entre médecins et autres professionnels de santé sur les dossiers de certains patients. Ces revues pluri-professionnelles régulières portent sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficacité.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé. Ces comptes rendus sont, à sa demande, mis à disposition du service médical de l'assurance maladie.

Dans une première étape, les thèmes suivants sont privilégiés pour cette concertation autour des dossiers des patients :

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Si la structure n'est pas encore équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 dans les conditions définies à l'article 3, elle transmet le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que la structure est équipée dudit système d'information, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé.

Les comptes rendus de réunions peuvent être transmis, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

La mise en place de procédures facilitant l'implication des différents professionnels de santé dans la coordination des soins :

La structure élabore, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées supra et retenues comme thèmes prioritaires. Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles peut être transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

La coordination externe :

Les professionnels de la structure mettent en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant et complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents

professionnels de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, les modalités de transmission, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, de données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison) sont également précisées au sein de la structure.

Ces différentes procédures sont accessibles à l'ensemble des professionnels de la structure.

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

La formation des jeunes professionnels :

La structure constitue un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an et selon les modalités propres à chaque profession.

Elle fournit à l'organisme local d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

3.3. Favoriser le développement des systèmes d'information

Afin d'améliorer la coordination des soins, les structures s'engagent à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein de la structure.

Le système d'information doit répondre au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé *a minima* de niveau 1 au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat ou, pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016.

La rémunération correspondante est versée *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Par dérogation, cette rémunération est versée, jusqu'au 31 décembre 2016, aux structures signataires d'un contrat en 2015 et 2016 qui disposent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information labellisé par l'ASIP santé.

Partage de l'information :

Les dossiers informatisés des patients doivent être partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges.

La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

La communication externe comme interne est favorisée par l'usage de messageries sécurisées et de dossiers médicaux partagés.

Structuration de l'information :

Les fonctionnalités permises par le logiciel métier répondent à plusieurs niveaux de labellisation décrits par l'ASIP.

Une rémunération modulée en fonction du niveau de labellisation du logiciel métier est mise en place (niveau 1 et niveau 2).

La structure transmet l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Dès lors que la structure est équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Article 4

Les engagements modulables au niveau local

Des missions de santé publique complémentaires, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 4 et font l'objet d'une valorisation complémentaire dans les conditions définies en annexe 1. Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2.

Une dérogation aux horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures et le samedi matin peut être mise en place suivant les modalités prévues à l'article 3.

Article 5

*Les modalités de calcul et de versement
de la rémunération des structures*

Les structures définies à l'article 2 bénéficient d'une rémunération forfaitaire en contrepartie du respect des engagements et de l'atteinte des objectifs décrits aux articles 3 et 4.

Les modalités de calcul et de versement de cette rémunération sont définies au présent article et en annexe 1.

En contrepartie du respect des engagements définis dans les articles 3 et 4, l'organisme local d'assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération dans les conditions définies ci-après.

Cette rémunération, définie en annexe 1, n'est pas due lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement.

5.1. Les modalités de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant des trois axes définis à l'article 3 : accès aux soins, travail en équipe et systèmes d'information.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Elle comprend une rémunération de base liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socles et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Les deux niveaux de rémunération (socle et optionnel) comportent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la patientèle de la structure).

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des trois critères socles de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés (cf. annexe 1).

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle) ;

2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur dans le tableau de l'annexe 1 correspond à un taux de réalisation de 100 %.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour une structure de référence pour laquelle la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année de référence est égale à 4 000.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la désignation d'un médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant celle d'entrée en vigueur desdites dispositions législatives.

La partie variable de la rémunération est calculée en fonction de la patientèle ainsi calculée pour la structure, rapportée à la patientèle de référence de 4 000 patients, définie ci-dessus.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

Pour les patients bénéficiaires de la CMUC-C, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

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

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

5.2. Le montant de la rémunération

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées dans le tableau figurant à l'annexe 1.

5.3. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par la structure (cf. article 6) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, l'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 6.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 2).

5.4. Les modalités de versement d'une avance

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

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

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socles tels que définis au tableau figurant en annexe 1, en prenant en compte le volume de patientèle de référence de la structure (patientèle constatée au 31 décembre de l'année $n - 1$ par rapport à l'année de référence) pour les engagements pondérés par le volume de la patientèle. Le versement de l'avance est réalisé sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement (cf. article 2).

Par exception, pour les structures signataires du contrat qui étaient incluses dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de ladite expérimentation.

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

- résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 7 : dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation ;
- dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération dans les conditions définies au tableau figurant à l'annexe 1 conduit à un versement inférieur au montant de l'avance, voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

5.5. Mise en place d'une phase transitoire pour les structures incluses antérieurement dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif des ENMR et le dispositif du règlement arbitral, dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux dispositions du tableau figurant en annexe 1, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par une structure incluse dans les ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire.

Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Article 6

Modalités de vérification du respect des engagements du contrat

Dans le cadre du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2, la structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus aux articles 3 et 4 permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements définis auxdits articles. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies au présent règlement arbitral.

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé. Elle peut être amenée à proposer à la structure des

modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat, notamment ceux relatifs aux missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales, définies à l'annexe 4. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

Article 7

Modalités de résiliation du contrat conforme au contrat-type

La structure signataire d'un contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, aucune rémunération, calculée dans les conditions définies à l'article 5, ne peut être perçue par la structure au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs, définies à l'article 6, permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération, et ce sur deux années consécutives. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie. Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10. Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Dans l'hypothèse où la structure a perçu une avance, dans les conditions définies à l'article 5, au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue et quelle que soit l'origine de celle-ci, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

Article 8

Création d'un Comité national de pilotage des structures pluri-professionnelles

Il est institué, entre les parties signataires, un comité de suivi du règlement arbitral.

8.1. Composition du comité national de pilotage

Le comité national de pilotage est composé paritairement de deux sections formées :

- des représentants de l'assurance maladie obligatoire (UNCAM) ;
- des représentants des différentes professions de santé, susceptibles d'exercer au sein des équipes et structures définies à l'article 2 et des centres de santé.

Chaque section désigne son président.

La représentation des différentes professions de santé est définie comme suit :

12 sièges sont attribués aux organisations syndicales représentatives des différentes professions de santé susceptibles d'exercer au sein des équipes et structures définies à l'article 2, avec un minimum de 8 sièges pour les organisations syndicales représentatives des professions de santé devant obligatoirement être présentes parmi les associés des structures définies à l'article 2, conformément aux dispositions du code de la santé publique ;

3 sièges sont attribués aux organisations représentatives des centres de santé, désignées pour ce faire par l'ensemble de leurs organisations représentatives.

La représentation de l'assurance maladie obligatoire est définie comme suit :

Un nombre de sièges identique à celui de la section professionnelle est attribué, afin de respecter la parité ;

70 % des sièges sont attribués à des représentants du régime général, 15 % à des représentants du régime agricole et 15 % à des représentants du régime des indépendants.

Lors d'une délibération, un représentant de l'assurance maladie peut disposer de trois voix au maximum pour respecter la parité entre sections.

Siègent également, à titre consultatif, un représentant de l'Etat, et à titre de personnalités qualifiées, deux représentants de la fédération française des maisons pluri-professionnelles et pôles de santé (FFMPS) de deux professions différentes et une personnalité qualifiée au regard de son expérience et de ses compétences en économie de la santé.

8.2. Missions du comité national de pilotage

Le comité national de pilotage a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local, en application du présent règlement arbitral. Il permet d'organiser la concertation et assure le suivi régulier des différentes dispositions du présent règlement arbitral.

Le comité national de pilotage a notamment pour fonction de :

- veiller au respect des dispositions du présent règlement arbitral au niveau national ;
- émettre un avis en cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'un comité régional ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat type figurant en annexe 2 ;
- valider le cadre du suivi et des évaluations défini par l'assurance maladie et émettre un avis sur les conclusions relatives à ceux-ci.

Au plus tard un an après la date de publication du présent règlement arbitral, l'assurance maladie s'engage à définir et mettre en œuvre un programme d'évaluations du dispositif de rémunération des structures de santé prévu dans ce règlement arbitral, et à le communiquer au comité de pilotage. Elle rendra compte de l'avancement des travaux à intervalles réguliers au comité national de pilotage et lui présentera les conclusions des évaluations au plus tard le 30 juin 2019.

8.3. Fonctionnement du comité de pilotage

Le comité de pilotage est mis en place dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur du présent règlement arbitral. Il se réunit en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Le comité de pilotage adopte un règlement intérieur lors de sa première réunion. Ce règlement intérieur est également applicable aux comités régionaux de suivi des structures pluri-professionnelles.

Article 9

Création de Comités régionaux de suivi des structures pluri-professionnelles

Des comités régionaux sont mis en place pour assurer le suivi du présent règlement arbitral au niveau régional.

9.1. Composition des comités régionaux

La composition des deux sections des comités régionaux est identique à celle définie à l'article 8.1 pour le comité national de pilotage.

Assistent également aux réunions des comités régionaux à titre consultatif :

- un représentant de l'agence régionale de santé ;
- un représentant désigné par les unions régionales des professionnels de santé (URPS) des professions concernées par le présent règlement arbitral ;
- le représentant des structures siégeant à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, choisi parmi les responsables des centres, maisons et pôles de santé.

En cas de difficultés rencontrées dans la désignation des membres d'un comité régional, le comité national de pilotage peut être saisi.

9.2. Missions des comités régionaux

Les comités régionaux ont pour mission d'assurer le suivi du présent règlement arbitral au niveau régional.

Les comités régionaux ont notamment pour objet de :

- veiller au respect des dispositions du présent règlement arbitral au niveau régional ;
- émettre des avis en cas de difficultés de mise en œuvre des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2 ;
- suivre la montée en charge des contrats conclus conformément au contrat-type figurant en annexe 2 ;
- émettre des avis dans les conditions définies à l'article 10.

Article 10

Procédure de consultation des comités régionaux et du comité national de pilotage

10.1. Motifs de saisine

a) Saisine par une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 2.

Une structure non retenue pour signer un contrat conforme au contrat-type défini en annexe 2 avec un organisme local d'assurance maladie et une agence régionale de santé, dans la mesure où ces derniers ont estimé qu'elle ne répondait pas aux conditions définies à l'article 2, a la possibilité de saisir le comité régional de son lieu d'implantation. La saisine doit avoir lieu dans un délai de deux mois suivant la réception du courrier notifiant le refus de contractualisation.

b) Saisine en cas de procédure de résiliation du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 initiée par l'organisme local d'assurance maladie.

Dans le cas où l'organisme local d'assurance maladie a initié une procédure de résiliation du contrat à l'encontre de la structure dans les conditions définies à l'article 7, la structure a la possibilité de saisir le comité régional dans un délai de deux mois après réception de la lettre de notification de la résiliation.

10.2. Procédure d'avis auprès du comité régional et du Comité national de pilotage

Le comité régional saisi dans les conditions définies au présent article peut demander des compléments d'information à la structure, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé. Des représentants de la structure peuvent également être entendus s'ils en expriment le souhait.

Le comité régional se réunit dans un délai de deux mois à compter de la réception de sa saisine par la structure. L'avis du comité est rendu dans un délai de trente jours à compter de la tenue de cette réunion. Il est communiqué à la structure à l'origine de la saisine, à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé.

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

Dans un délai de 30 jours à compter de la notification de l'avis du comité régional ou à l'issue du délai laissé à ce dernier pour notifier son avis, l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé notifient à la structure leur nouvelle décision, prise après avis du comité, quant à la signature du contrat conforme au contrat type défini en annexe 2 ou quant à la décision relative à la résiliation du contrat.

| RÉMUNÉRATION/ axe | RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points | RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4000 patients | TOTAL nombre de points pour 4 000 patients |
|---|--|--|---|
| Rémunération SOCLE critères prérequis pour déclencher la rémunération (1) | 2 550 | 2 500 | 5 050 |
| 1. Accès aux soins | 3 Critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (2) et pendant les congés scolaires ; 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré ; 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée. | 1 200 | 1 200 |
| 2. Travail en équipe pluri-professionnelle | 1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. | 500 | 1 500 |
| 3. Système d'information | 1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP. | | |
| | Partie fixe de la rémunération : 850 | Partie variable de la rémunération : 1 500 | 2 350 |
| Rémunération OPTIONNELLE | 1 450 | 900 | 2 350 |

| RÉMUNÉRATION/ axe | RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points | | RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4000 patients | | TOTAL nombre de points pour 4 000 patients |
|---|--|-------|--|-------|---|
| 1. Accès aux soins | 4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine | 250 | 1 critère (2 missions maximum) : Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4). Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés | 700 | 1 600 |
| | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires) | 200 | | | |
| | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes) | 225 | | | |
| | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires) | 225 | | | |
| 2. Travail en équipe pluri-professionnelle | 1 Critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an) | 450 | 1 Critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM. | 200 | 650 |
| 3. Système d'information | 1 Critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2 | 100 | | | 100 |
| Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis | | 4 000 | | 3 400 | 7 400 |

(1) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information).
(2) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat

ANNEXE 2

CONTRAT TYPE RELATIF AUX STRUCTURES
DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES DE PROXIMITÉ

Identification des signataires

Entre :

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de XXXX

Et

Le directeur de l'agence régionale de santé de XXXXX

Et

La structure professionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

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

Ou

Le centre de santé (nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

Vu le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au *Journal officiel* du

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

Le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au *Journal officiel* du prévoit la définition d'un contrat-type sur la base duquel les structures pluri-professionnelles et les centres de santé, les organismes locaux de l'assurance maladie et les agences régionales de santé peuvent s'engager dans une démarche en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins.

L'objectif du présent contrat est de :

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

Article 1^{er}

Engagements de la structure

Afin d'assurer la qualité et l'efficacité des soins, la structure signataire du présent contrat s'engage à mettre en place une organisation susceptible d'améliorer la prise en charge des patients.

Dans le cas où la structure signataire du présent contrat n'est pas constituée à la date de signature dudit contrat sous la forme juridique requise pour la perception de rémunérations de l'assurance maladie en son nom, elle s'engage à se constituer sous cette forme dans un délai maximal de six mois à compter de la signature du présent contrat. Aucun versement de l'assurance maladie, y compris sous forme d'avance telle que définie à l'article 3 du présent contrat, ne peut intervenir au bénéfice de la structure avant que cette dernière ne soit constituée sous la forme juridique requise.

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

Le projet de santé de la structure est annexé au présent contrat ainsi que la liste des professionnels de santé libéraux associés de la structure ou la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé signataire.

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

1.1. Accès aux soins

Engagements socle

1.1.1. Amplitude des horaires d'ouverture :

Assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires : de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat, y compris durant les périodes de congés scolaires et délivrer aux patients, en dehors de ces heures d'ouverture, une information claire et accessible, sous la forme, notamment d'un message d'accueil téléphonique.

1.1.2. Accès à des soins non programmés :

Permettre, chaque jour ouvré, l'accès à des soins non programmés.

1.1.3. Fonction d'accueil et de coordination :

Mettre en place une fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, information des patients sur leurs droits, etc.) avec un responsable identifié.

Une charte d'engagement conforme au modèle figurant en annexe 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité formalise l'ensemble de ces engagements pris auprès des patients. Elle est affichée dans la structure et sur le site Ameli, dès lors que le service sur Ameli est opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à l'organisme local d'assurance maladie.

Engagements optionnels

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur les objectifs suivants afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire.

1.1.4. Missions complémentaires définies au niveau régional :

Participer à la réalisation de la mission de santé publique complémentaire en fonction des objectifs du projet régional de santé (PRS) pouvant répondre à un besoin spécifique de la région en matière de (2 choix au maximum parmi les thèmes figurant en annexe 4 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité). Les objectifs fixés et les modalités de vérification du respect des engagements souscrits dans ce cadre sont joints en annexe du présent contrat.

La dérogation aux horaires d'ouverture de 8 heures à 20 heures et le samedi matin, en fonction du dispositif régional de permanence des soins, dépend également du niveau régional.

1.1.5. Offre d'une diversité de services spécialisés et paramédicaux :

Assurer, dans les locaux, l'organisation de consultations de second recours par des médecins spécialistes ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes sur des créneaux horaires définis ; au moins un jour par semaine et possibilité d'une valorisation supplémentaire si ces créneaux de consultation sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein (ETP).

Offrir une diversité de services de soins médicaux spécialisés et/ou paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et/ou au moins 3 professions paramédicales différentes).

Dans ce cadre, la structure doit transmettre à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes (contrats avec les professionnels intervenant sous forme de vacations, etc.). Ces documents précisent le temps d'intervention dans la structure de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé est vérifiée par l'organisme local d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé intervenant au sein de la structure fournie conformément aux dispositions de l'article 1^{er}.

1.2. Travail en équipe pluri-professionnelle

Engagements socle

1.2.1. Revues de dossiers :

Organiser régulièrement (en moyenne une fois par mois) une concertation formalisée entre les médecins et les autres professionnels de santé de la structure autour des dossiers de certains patients dont les affections correspondent aux thèmes suivants (prévus à l'article 3 du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles de proximité) :

- patients porteurs d'affections sévères décompensées ou compliquées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelles est susceptible de prévenir la désinsertion socio-professionnelle : lombalgies chroniques ; syndrome dépressif ;
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie,
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Un compte rendu de ces revues de dossiers doit être intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique. Ces comptes rendus sont, à sa demande, mis à disposition du service médical de l'Assurance Maladie.

Si la structure n'est pas encore équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 dans les conditions définies à l'article 3, elle transmet le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que la structure est équipée dudit système d'information, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage

de patients de la structure ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation intégré dans leur dossier informatisé.

Les comptes rendus de réunions peuvent être transmis, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

1.2.2. Protocoles pluri-professionnels :

La structure élabore, en référence aux recommandations de la HAS, des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies définies supra. Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles peut être transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

Engagement optionnel

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'indicateur suivant afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire :

1.2.3. Coordination externe :

Transmettre les données médicales nécessaires (volet de synthèse médicale - VSM, informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge, etc.) aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation ;

Ouvrir et alimenter un dossier médical électronique (notamment par le VSM) ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation en vigueur pour chaque patient hospitalisé ;

Transmettre, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, les données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison).

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

1.2.4. Formation de professionnels de santé :

Constituer un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an et selon les modalités propres à chaque profession.

La structure fournit à l'organisme local d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

1.3. Système d'information

Engagements socle

1.3.1. Partage et structuration de l'information :

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 1 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées au plus tard au 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou pour les contrats signés en 2015, le 31 décembre 2016). Au-delà de cette date, les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, cet engagement est réputé satisfait temporairement si les professionnels de la structure se dotent d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP, ou d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé. A compter du 1^{er} janvier 2017, la mise en place d'un système d'information labellisé par l'ASIP est obligatoire.

Utiliser une messagerie sécurisée, qui sera intégrée au logiciel métier dès lors que les conditions techniques le permettront, pour l'échange d'information entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, que ceux-ci exercent au sein ou à l'extérieur de la structure.

La rémunération correspondante est versée *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Dès lors que la structure est équipée du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2, sont transmis à l'organisme local d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Engagement optionnel

1.3.2. Système d'information à fonctions avancées :

Les structures qui le souhaitent peuvent s'engager sur l'objectif suivant afin de bénéficier d'une rémunération complémentaire :

Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 2 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées.

La structure transmet à l'organisme local d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

Article 2

Modalités de vérification du respect des engagements du contrat

La structure s'engage à transmettre à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus à l'article 1^{er} du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 31 janvier de l'année suivant l'année civile servant de référence pour le suivi des engagements.

L'organisme local d'assurance maladie procède, en tant que de besoin, et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat.

L'agence régionale de santé s'assure de la cohérence des engagements de la structure dans le cadre du contrat avec les dispositions du projet de santé qui lui est annexé. Elle peut être amenée à proposer à la structure des modifications du projet de santé au regard du contenu des engagements remplis dans le cadre du contrat notamment ceux relatifs aux missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales définies à l'annexe 4 du règlement arbitral. En cas de modification du projet de santé, un avenant au contrat est signé pour intégrer ces modifications.

Article 3

Conditions de versement de la rémunération

En contrepartie du respect des engagements définis dans l'article 1 du présent contrat, l'organisme local d'assurance maladie s'engage à verser à la structure une rémunération dans les conditions définies au présent article.

Cette rémunération n'est pas due lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement.

3.1. Les modalités de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant des trois axes définis à l'article 1^{er} du présent contrat : accès aux soins, travail en équipe pluri-professionnelle et systèmes d'information.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Elle comprend une rémunération de base liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Les deux niveaux de rémunération (socle et optionnel) comportent chacun une partie fixe et une partie variable (en fonction de la patientèle de la structure définie ci-dessous).

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2016, sont estimés remplis les prérequis si l'ensemble des trois critères socle de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socles des deux autres axes (travail en équipe ou système d'information) sont respectés.

La rémunération est calculée en fonction des points correspondant aux critères remplis.

A partir du 1^{er} janvier 2017, l'ensemble des prérequis indiqués dans le tableau du point 3.2 doivent être respectés pour déclencher la rémunération.

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

5 050 points pour le niveau socle, dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle),

2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour une structure de référence pour laquelle la somme du nombre de patients ayant déclaré un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure, au cours de l'année de référence, est égale à 4 000.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la désignation d'un médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant celle d'entrée en vigueur desdites dispositions législatives.

La partie variable de la rémunération est calculée au prorata de la patientèle ainsi calculée pour la structure, par rapport à la patientèle de référence de 4 000 patients, définie ci-dessus.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure.

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMUC-C, d'une part, et de l'AME, d'autre part, ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste de la structure.

Pour les patients bénéficiaires de la CMUC-C, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5 %, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4 %, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

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

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date de signature du contrat au cours de l'année civile de référence.

Par exception, pour les contrats souscrits avant le 30 septembre 2015, le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération s'effectuent sur toute l'année 2015.

3.2. Le contenu de la rémunération

| RÉMUNÉRATION/ axe | RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points | RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients | TOTAL nombre de points pour 4 000 patients |
|---|--|---|---|
| Rémunération SOCLE critères prérequis pour déclencher la rémunération (3) | 2 550 | 2 500 | 5 050 |
| 1. Accès aux soins | 3 critères : 1. Ouverture de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin (4) et pendant les congés scolaires, 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré, 3. Fonction de coordination (organisation de l'accueil et orientation des patients, gestion des plannings, organisation des interventions, etc.) organisée avec un responsable identifié Objectif : respect des engagements et formalisation dans charte d'engagement affichée. | 1 200 | 1 200 |
| 2. Travail en équipe pluri-professionnelle | 1 critère : Elaboration par la structure, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. | 500 | 1 000 |
| 3. Système d'information | 1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, au plus tard le 31 décembre de l'année de signature du contrat (ou le 31 décembre 2016 pour les contrats signés en 2015). Au-delà de cette date, dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33 % la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la 2 ^e année. Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, ce critère est considéré rempli si la structure dispose d'un logiciel partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure et compatible avec le DMP. | 1 Critère : Concertation formalisée et régulière (en moyenne une fois par mois) entre médecins et autres professionnels de santé. Ces revues pluri-professionnelles portent sur des affections visées à l'article 3.2 du règlement arbitral. Compte rendu intégré dans dossier informatisé du patient, sous forme paramétrable permettant requête informatique et alimentant le dossier médical partagé. Comptes rendus mis à disposition du service médical de l'assurance maladie. Objectif : 1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients de la structure sous réserve de leur consentement au partage d'information. Taux de réalisation calculé par rapport à cet objectif | 1 500 |

| RÉMUNÉRATION/ axe | RÉMUNÉRATION FIXE : critères et nombre de points | RÉMUNÉRATION VARIABLE : critères et nombre de points pour une patientèle de référence de 4 000 patients | TOTAL nombre de points pour 4 000 patients | | |
|---|---|---|--|-------|-------|
| | Partie fixe de la rémunération : 850 | Partie variable de la rémunération : 1 500 | 2 350 | | |
| Rémunération OPTIONNELLE | 1 450 | 900 | 2 350 | | |
| 1. Accès aux soins | 4 critères : Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 1 J/semaine | 250 | 1 critère (2 missions maximum) : Missions de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) à choisir dans la liste des thèmes (annexe 4). Par projet 350 points et maximum 2 projets rémunérés | 700 | 1 600 |
| | Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste extérieurs à la structure, au moins 0,5 ETP (points supplémentaires) | 200 | | | |
| | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de la structure pour les centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions paramédicales différentes). | 225 | | | |
| | Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure ou salariés de centres de santé (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires). | 225 | | | |
| 2. Travail en équipe pluri-professionnelle | 1 critère : Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an). | 450 | 1 critère : Mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la Haute Autorité de santé (HAS) établi par le médecin traitant complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé de la structure nécessaires à la continuité de la prise en charge. Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de la structure dans le respect de la réglementation est ouvert et alimenté au moins par le VSM. | 200 | 650 |
| 3. Système d'information | 1 critère : Système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2 | 100 | | | 100 |
| Total SOCLE ET OPTIONNEL si tous les critères et objectifs sont remplis | 4 000 | | 3 400 | 7 400 | |

(3) Par dérogation jusqu'en 2016, les prérequis sont les 3 critères socle de l'accès aux soins et au moins 1 des critères relevant de l'un des 2 autres axes (travail en équipe ou système d'information).

(4) Sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie, inscrite dans le contrat.

3.3. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par la structure (cf. article 2 du présent contrat) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, l'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par la structure dans les délais prévus à l'article 2 du contrat.

Le versement de la rémunération ne peut intervenir que si le statut juridique de la structure permet son versement (cf. article 1^{er} du présent contrat).

3.4. Les modalités de versement d'une avance

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

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

Les avances sont calculées sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socle tels que définis à l'article 1 du présent contrat, en prenant en compte le volume de patientèle de référence de la structure (patientèle constatée au 31 décembre de l'année $n - 1$ par rapport à l'année de référence) pour les engagements pondérés par le volume de la patientèle, sous réserve que le statut juridique de la structure permette son versement.

Par exception, pour les structures signataires du contrat qui étaient incluses dans l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération en 2014, l'avance est calculée en 2015 sur la base du montant versé à la structure au titre de l'année 2014 dans le cadre de ladite expérimentation.

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

résiliation du contrat à l'initiative de la structure ou de l'organisme local dans les conditions définies à l'article 5 du présent contrat ; dans le cas où la structure a perçu une avance au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue, cette avance fait l'objet d'un remboursement à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation.

dans les cas où l'application des modalités de calcul de la rémunération dans les conditions définies à l'article 3 conduit à un versement inférieur au montant de l'avance voire à une absence de rémunération, cette avance fait l'objet d'un remboursement total ou partiel à l'organisme local d'assurance maladie dans un délai de deux mois à compter de la date de notification relative au paiement de la rémunération.

3.5. Mise en place d'une phase transitoire pour les structures incluses dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR)

Afin de faciliter la gestion de la phase transitoire entre le dispositif des ENMR et le dispositif du règlement arbitral, dans le cas où le montant de la rémunération dû à la structure signataire du contrat, calculé conformément aux nouvelles modalités de rémunération définies à l'article 3.2 du présent contrat, est inférieur au montant perçu au titre de l'année 2014 par la structure dans le cadre des ENMR, cette dernière perçoit une somme complémentaire.

Au titre de l'année 2015, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant au différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Au titre de l'année 2016, la structure perçoit un montant complémentaire de rémunération correspondant à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre les deux dispositifs.

Article 4

Durée du contrat et conclusion d'avenants

La durée du contrat est de cinq ans, dans la limite de la durée de validité du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité.

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

Article 5

Modalités de résiliation du contrat

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de le résilier en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé signataires dudit contrat. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation.

Dans cette hypothèse, aucune rémunération calculée dans les conditions définies à l'article 3 du présent contrat ne peut être perçue par la structure au titre de l'année civile au cours de laquelle cette résiliation est intervenue.

Le contrat peut également faire l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure ne satisfait pas à ses obligations de transmission des justificatifs définies à l'article 2 du présent contrat permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements et le calcul de la rémunération et ce, sur deux années consécutives. Cette résiliation est effective deux mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local de l'assurance maladie. Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le comité régional de suivi des structures pluri-professionnelles du lieu d'implantation de la structure dans les conditions définies à l'article 10 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Le contrat fait l'objet d'une résiliation à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie ou de l'agence régionale de santé dans le cas où la structure est bénéficiaire d'un autre accord, contrat, convention ou règlement comportant une rémunération au titre des engagements identiques à ceux dudit contrat.

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

Pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de XXXX

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

Pour la structure pluri-professionnelle, identification de la structure (nom, adresse, numéro FINESS de la société constituée)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

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

Pour le centre de santé (nom, adresse, numéro FINESS du centre de santé)

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure

A N N E X E 3

CHARTRE D'ENGAGEMENT DE LA MAISON DE SANTÉ XX OU DU CENTRE DE SANTÉ XX

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

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

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Les professionnels de santé de notre maison (ou centre) s'organisent pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires

Nous vous accueillons de 8 heures à 20 heures du lundi au vendredi et le samedi matin de 8 heures à 12 heures et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes.....

En dehors de ces horaires d'ouverture, la maison ou le centre est joignable au numéro suivant Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

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

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

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

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

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

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

A N N E X E 4

MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE COMPLÉMENTAIRES DÉFINIES EN FONCTION DES OBJECTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

Dans le cadre de l'article 4 du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri professionnelles de proximité, des missions de santé publique peuvent permettre aux structures de bénéficier d'une valorisation complémentaire, sous réserve de répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) et d'avoir fait l'objet d'une contractualisation avec l'organisme local d'assurance maladie et l'agence régionale de santé.

Les structures pluri professionnelles peuvent, lorsque ces actions figurent dans les priorités définies régionalement dans le PRS, percevoir une rémunération complémentaire (dans les conditions définies à l'article 4

et à l'annexe 1 du règlement arbitral) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé :

Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires (5). L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins (6).

Lutte contre la tuberculose

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants (7). Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Surpoids et obésité chez l'enfant

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses (8).

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte (9), en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

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

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

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression (10) ; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Le recours fréquent aux comportements addictifs conduit plus ou moins rapidement à aggraver le processus (11). Les adolescents les plus démunis sont les plus sujets aux conduites addictives.

Prévention du suicide

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

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

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

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus (12), dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires (13) peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

Prévention périnatale

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie et de travail des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. La prématurité représente, en France, 6,6 % des naissances vivantes et est en augmentation (14).

Education thérapeutique et éducation à la santé

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants (15) ; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'Assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement

sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA.

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

(6) Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.

(7) Source INVS 2012.

(8) Sources : étude ObEpi-Roche 2012 ; données INSERM et OMS.

(9) Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.

(10) Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité...

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

(12) HAS « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » juin 2013.

(13) Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmière, pharmacien, kinésithérapeute, aide-soignante...

(14) 22 % de naissances prématurées de plus en 15 ans.

(15) Environ 15 millions actuellement.