



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère des finances et des comptes publics



l'Assurance
Maladie

Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère des Solidarités et de la Santé
Ministère de l'action et des comptes publics



l'Assurance
Maladie

Union Nationale des Caisses
d'Assurance Maladie

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
Direction déléguée à la gestion et à
l'organisation des soins
Direction de l'offre de soins
Département des professions de santé
demographie.dprof@cnamts.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de
soins
Bureau des relations avec les professionnels de
santé
dss-cooperations@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

La Ministre des affaires sociales et de la santé

Le Directeur Général de l'Union Nationale
des Caisses d'Assurance Maladie

A

Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de santé (pour application),

Mesdames et Messieurs les directeurs des
caisses primaires d'assurance maladie (pour



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère des finances et des comptes publics



Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

application)

INSTRUCTION N° DSS/SD1B/DGOS/PF3/CNAM/2018/151 du 19 juin 2018 relative à la mise en œuvre des contrats démographiques définis dans l'avenant n°1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 23 mai 2017 et visant à améliorer la répartition des centres de santé médicaux et polyvalents sur le territoire

Date d'application : immédiate

NOR : SSAS1817141J

Classement thématique : Sécurité sociale : organisation, financement

Validée par le CNP le 11 mai 2018 - Visa CNP 2018-35

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

Résumé : Modalités de mise en œuvre des contrats démographiques relatifs à l'amélioration de la répartition des centres de santé médicaux et polyvalents sur le territoire

Mots clés : démographie, centre de santé, contrats types, offre de soins.

Textes de références :

- Vu le code de la santé publique et notamment l'article L.1434-4,
- Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L. 162-32-1
- Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article L.162-14-4
- Décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (JO 27 avril 2017)
- Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (JO 15 novembre 2017)
- Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord national des centres de santé, signé le 8 juillet 2015 (JO du 17 novembre 2017)

Annexes :

1. Contrats types nationaux



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère des finances et des comptes publics



Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

2. Fiches de présentation des contrats
3. Adaptations régionales par contrat
4. Circuit de traitement des demandes de contractualisation et d'attribution des modulations régionales.

**Instruction relative à la mise en œuvre
des contrats définis dans l'avenant n°1 à
l'accord national des centres de santé
visant à améliorer la répartition des
centres de santé médicaux et polyvalents
sur le territoire.**

Avril 2018



**Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère des finances et des comptes publics**



Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| Introduction..... | 7 |
| 1. Présentation des contrats définis dans l'avenant n° 1..... | 9 |
| – Le contrat d'aide à l'installation (article 19.1 et annexe 10 bis de l'accord national modifié par l'avenant 1)..... | 9 |
| – Le contrat de stabilisation et de coordination (article 19.2 et annexe 10 ter de l'accord national modifié par l'avenant 1)..... | 9 |
| – Le contrat de solidarité territoriale (article 19.3 et annexe 10 quater de l'accord national modifié par l'avenant 1)..... | 10 |
| 2. Zone d'application des contrats..... | 10 |
| 3. Adoption des contrats types régionaux par les ARS après concertation des représentants de la profession..... | 11 |
| 5. Modalités d'adhésion et circuit d'analyse des demandes de contractualisation..... | 13 |
| a. Phase transitoire (arrêtés conservatoires ne comportant pas de modulations régionales)..... | 13 |
| i. Modalités d'adhésion..... | 13 |
| ii. Examen et enregistrement des demandes d'adhésion par la caisse..... | 13 |
| iii. Notification des décisions aux centres de santé..... | 14 |
| b. Phase pérenne – prise en compte des arrêtés rectificatifs des ARS comportant les modulations régionales..... | 15 |
| i. Modalités d'adhésion..... | 15 |
| ii. Réception et examen des demandes de souscription du contrat par les caisses d'assurance maladie..... | 15 |
| iii. Modalités d'attribution des dérogations régionales aux centres de santé demandant l'adhésion aux contrats (mise en place d'une concertation régionale)..... | 15 |
| iv. Notification des décisions aux centres de santé..... | 17 |
| 6. Date d'adhésion aux contrats..... | 17 |
| 7. Traitement particulier des demandes d'adhésion aux nouveaux contrats, présentées par des centres de santé entre la date d'entrée en vigueur de l'avenant 1 (à compter du 18 novembre 2017) et la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux (variables selon les régions).... | 17 |

| | |
|--|----|
| 8. Conséquence des modifications de zonage sur les contrats..... | 18 |
| 9. Liquidation et paiement des avances..... | 18 |
| Annexes | 19 |

Introduction

L'avenant n°1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a été publié au Journal Officiel le 17 novembre 2017.

Afin de lutter contre les disparités de répartition de l'offre de soins sur le territoire, les partenaires conventionnels ont transposé aux centres de santé les dispositifs définis dans la convention médicale signée en août 2016 qui visent à inciter les médecins à s'installer ou à maintenir leur activité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, dites « zones sous-denses ».

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les dispositions législatives relatives à la définition par les partenaires conventionnels de dispositifs relatifs à l'installation des professionnels de santé libéraux et des centres de santé dans certaines zones (articles L. 162-32-1 et L.162-14-4 du code de la sécurité sociale). Celle-ci prévoit que les partenaires conventionnels définissent désormais, dans les accords conventionnels, des contrats types nationaux relatifs à la démographie, lesquels comportent des modalités d'adaptations régionales par les Agences Régionales de Santé (ARS) des mesures incitatives et des professionnels ou centres de santé éligibles aux contrats.

Sur la base de ces contrats, les ARS adoptent ensuite les contrats types régionaux comportant ces adaptations.

L'accord national définit ainsi trois contrats types nationaux ayant pour but de favoriser une répartition plus homogène des centres de santé médicaux et polyvalents sur tout le territoire.

Ces contrats sont adaptés à la situation des centres de santé (cf. point 2) :

- un contrat pour favoriser l'implantation des centres de santé dans les zones sous denses (Contrat d'aide à l'installation - CAI),
- un contrat pour favoriser le maintien des centres de santé dans les zones sous denses (contrat de stabilisation et de coordination - COSCO),
- un contrat à destination des centres de santé implantés dans des territoires non classés comme zones sous denses pour les inciter à apporter leur aide à des centres de santé installés en zones sous denses (contrat de solidarité territoriale - CST).

Dans le cadre de ces contrats et conformément aux dispositions législatives évoquées supra, les partenaires conventionnels ont défini des modalités d'adaptation relevant des ARS.

La présente instruction vise à présenter :

- le contenu des contrats types nationaux définis dans l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé ainsi que les éléments sur lesquels des adaptations régionales peuvent intervenir,
- la procédure à suivre par les ARS pour adopter les contrats types régionaux,
- les modalités d'organisation à mettre en œuvre au niveau régional pour assurer la mise en place de ces contrats tripartites qui doivent être conclus entre les centres de santé éligibles, les caisses (CPAM/CGSS) et les ARS.

Les modalités de suivi de la montée en charge des adhésions aux contrats, du respect des engagements des centres de santé adhérents, du calcul et du versement des rémunérations afférentes, feront l'objet d'instructions complémentaires.

1. Présentation des contrats définis dans l'avenant n° 1

L'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé a défini trois contrats types nationaux qui figurent en **Annexe 1** de la présente instruction.

Des fiches détaillant ces différents contrats sont à votre disposition en **Annexe 2**.

Elles précisent notamment, les conditions et modalités d'adhésion, les engagements et avantages accordés dans chaque contrat ainsi que les points pouvant faire l'objet d'une modulation régionale par l'ARS.

– **Le contrat d'aide à l'installation (article 19.1 et annexe 10 bis de l'accord national modifié par l'avenant 1)**

Ce contrat s'adresse aux centres de santé médicaux ou polyvalents (au sens de l'accord national des centres de santé) s'implantant en zones sous denses (qui s'implantent dans la zone où sont implantés dans la zone depuis moins d'un an à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat) afin de leur apporter une aide financière significative dès leur installation en zone sous dense pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (cf. **Fiche CAI**).

Particularité : les centres de santé infirmiers et dentaires peuvent adhérer à ce contrat. Il s'agit des centres de santé infirmiers ou dentaires au regard de l'accord national (catégorie précisée par le gestionnaire du centre de santé à la CPAM) mais qui salarient au moins un médecin généraliste.

– **Le contrat de stabilisation et de coordination (article 19.2 et annexe 10 ter de l'accord national modifié par l'avenant 1)**

Ce contrat s'adresse aux centres de santé médicaux ou polyvalents implantés en zones sous denses pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires. Il valorise notamment l'implication de ces centres de santé dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire en participant à une équipe de soins primaires (ESP) ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (cf. **Fiche COSCO**).

Particularité : les centres de santé infirmiers et dentaires peuvent adhérer à ce contrat dans les mêmes conditions que vu supra.

– **Le contrat de solidarité territoriale (article 19.3 et annexe 10 quater de l'accord national modifié par l'avenant 1)**

Ce contrat s'adresse aux centres de santé non implantés en zones sous-denses qui s'engagent à mettre à disposition un de leurs médecins salariés pour effectuer des vacations en zones sous-denses dans un autre centre de santé pour renforcer l'offre de soins dans ces territoires (cf. [Fiche CST](#)).

Ces contrats ne sont ouverts qu'aux centres de santé médicaux ou polyvalents régis par les dispositions de l'accord national des centres de santé.

2. Zone d'application des contrats

L'article L. 1434-4 du code de la santé publique (CSP), issu de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016, prévoit que les directeurs généraux d'ARS déterminent par arrêté, pour les professions de santé concernées, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (1° du L.1434-4), dites « zones sous-denses ». Le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination de ces zones prévoit qu'un arrêté ministériel fixe, pour chaque profession concernée, la méthodologie permettant la détermination de ces zones.

L'arrêté du 13 novembre fixant la méthodologie pour la détermination de ces zones pour la profession de médecin prévoit qu'au sein des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP seules les zones d'intervention prioritaire sont éligibles aux contrats précités prévues à l'article L. 162-32-1 du CSS. Ces contrats s'appliquent donc uniquement dans les zones sous-denses identifiées par arrêté des directeurs généraux d'ARS comme zones d'intervention prioritaire. Ce zonage s'applique aux centres de santé médicaux et polyvalents.

A titre complémentaire, il est rappelé que le zonage défini pour les infirmiers libéraux est appliqué pour les centres de santé infirmiers et le zonage défini pour les chirurgiens-dentistes libéraux est appliqué pour les centres de santé dentaires (des contrats incitatifs spécifiques pour ces centres de santé sont mis en place depuis 2016). Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmière (au sens de l'accord national) peuvent également souscrire aux contrats incitatifs prévus pour les centres de santé infirmiers et dentaires (article 19 de l'accord national des centres de santé).

Conformément au III de l'article 4 du décret n° 2017-632 du 25 avril 2017, dans l'attente de la publication du nouveau zonage par le directeur général de l'ARS, ces contrats sont applicables dans le zonage encore en vigueur au sein de la région.

❖ **Adoption des contrats types régionaux par les ARS et entrée en vigueur des contrats démographiques :**

Conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale, les trois contrats types nationaux définis dans l'avenant n°1 comportent des dispositions pouvant faire l'objet d'adaptations, au niveau régional, par les ARS.

La publication des contrats types régionaux constitue un prérequis à l'ouverture des adhésions aux différents contrats. En conséquence, il convient de procéder rapidement à la définition des contrats types régionaux et à leur publication.

Pour éviter une rupture dans la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs, les ARS sont invitées à publier le cas échéant des arrêtés conservatoires sans modulations régionales, c'est-à-dire strictement conformes au contrats-types définis dans l'avenant n°1.

Dans un second temps, des arrêtés rectificatifs permettront d'intégrer les modulations définies par chaque ARS (*la définition de ces modulations régionales nécessitant notamment un temps de concertation*). La liste récapitulative des adaptations régionales possibles par type de contrat démographique figure en **Annexe 3** de la présente instruction.

Une fois les contrats types régionaux parus par arrêté du Directeur de l'ARS (arrêté conservatoire sans modulation régionale puis arrêté rectificatif), les contrats tripartites conclus entre les centres de santé, les caisses (CPAM/CGSS) et les ARS, peuvent alors être proposés aux centres de santé éligibles.

Il est demandé aux ARS d'informer les cellules de coordination régionale de la gestion du risque de l'adoption et de la publication des contrats types régionaux, afin que l'assurance maladie puisse débiter immédiatement la promotion des différents contrats auprès des centres de santé éligibles.

3. Adoption des contrats types régionaux par les ARS après concertation des représentants de la profession

En application des dispositions de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les arrêtés sont pris après avis des représentants des centres de santé.

C'est pourquoi, préalablement à l'adoption des contrats types régionaux, les ARS doivent effectuer une concertation auprès des différents acteurs concernés :

- les CRSA au sein de laquelle siège au moins un représentant des centres de santé,
- les Commissions Paritaires Régionales (CPR) des centres de santé par l'intermédiaire des directeurs de coordination régionale de la gestion du risque de l'assurance maladie.

4. Information des centres de santé éligibles par les caisses

Dès publication des contrats types régionaux par le Directeur de l'ARS, et sous réserve que les centres de santé remplissent les conditions d'adhésion aux contrats, il est demandé aux caisses d'en informer les centres de santé implantés ou s'implantant en zones sous denses.

a. Modalités d'information des centres de santé

Il convient d'informer les centres de santé éligibles (cf. point b) par tous les moyens suivants :

- visites DAM,
- site dédié sur « ameli.fr »,
- plateforme d'appui auprès des professionnels de Santé (PAPS),
- et par tout autre moyen d'information.

b. Centres de santé visés

Cette information doit être effectuée auprès :

- des centres de santé médicaux et polyvalents nouvellement créés et implantés dans une zone sous dense afin de leur présenter le contrat d'aide à l'installation (CAI). Sont considérés comme centres de santé nouvellement créés dans la zone sous dense, les centres de santé ayant déposé depuis moins d'un an leur projet de santé à l'ARS à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat.
- des centres de santé implantés dans les zones sous denses adhérant ou non au contrat incitatif antérieurement ouvert aux centres de santé médicaux et polyvalents (article 19 et annexe 8 de l'accord national des centres de santé) afin de leur présenter les 2 contrats pouvant les concerner en fonction de leur situation :
 - o le contrat d'installation (CAI) pour ceux implantés dans la zone fragile depuis moins d'un an,
 - o le contrat de stabilisation et de coordination (COSCO), pour ceux installés dans la zone depuis plus d'un an.

Précision :

Il convient d'informer les centres de santé actuellement adhérant au contrat incitatif que celui-ci est maintenue jusqu'au terme du contrat (délai de 3 ans à compter de la signature). Ils ne pourront adhérer à l'un des nouveaux contrats qu'une fois leur option arrivée à échéance (pas de cumul possible entre les anciennes et les nouvelles options). Toutefois, ces centres de santé ont la possibilité s'ils le souhaitent de résilier de manière anticipée leur

ancien contrat pour adhérer à l'un des nouveaux contrats (CAI ou COSCO en fonction de leur situation).

5. Modalités d'adhésion et circuit d'analyse des demandes de contractualisation

Les caisses primaires sont chargées de la gestion des demandes d'adhésions aux contrats.

Un schéma du circuit d'analyse des demandes de contractualisation est disponible en **Annexe 4** de la présente instruction.

a. Phase transitoire (arrêtés conservatoires ne comportant pas de modulations régionales)

i. Modalités d'adhésion

Les centres de santé médicaux et polyvalents qui souhaitent souscrire un des contrats définis dans l'avenant 1 à l'accord national des centres de santé doivent adresser une demande d'adhésion à leur caisse de rattachement à partir du formulaire type d'adhésion du contrat mis à disposition par les caisses et/ou les ARS.

ii. Examen et enregistrement des demandes d'adhésion par la caisse

La caisse d'assurance maladie est chargée de la gestion des demandes d'adhésions.

Elle vérifie l'éligibilité des centres de santé au contrat, au regard des conditions d'adhésion (cf. fiches par contrat disponibles en Annexe 2 de la présente instruction) et tableau récapitulatif ci-dessous :

| Contrat | Types de centres de santé | Lieu d'exercice et date d'installation | Autres conditions |
|----------------|--|---|--------------------------|
| CAI | <ul style="list-style-type: none">- Centres de santé médicaux et polyvalents- Centres de santé polyvalents au sens FINESS (infirmiers et dentaires au titre de l'accord national des centres de santé*) | S'implanter en zone sous dense ou Etre implanté en zone sous dense depuis moins d'un an | |

| | | | |
|--------------|--|---|---|
| COSCO | <ul style="list-style-type: none"> - Centres de santé médicaux et polyvalents - Centres de santé polyvalents au sens FINESS (infirmiers et dentaires au titre de l'accord national des centres de santé) | Etre implanté en zone sous dense | Exercice dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou d'une équipe de soins primaires (ESP) ** |
| CST | <ul style="list-style-type: none"> - Centres de santé médicaux et polyvalents | Etre implanté hors d'une zone identifiée par l'ARS comme sous dense | Exercice au minimum dix jours par an par au moins 1 des médecins salariés du centre de santé dans un autre centre de santé implanté en zones sous dense |

** catégorie précisée par le gestionnaire du centre de santé à la CPAM mais qui salarient au moins un médecin généraliste*

***Pour le CAI, l'ARS à la possibilité de permettre la signature du contrat à des centres de santé qui, au moment de leur création, ne remplissent pas la condition d'exercice dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP).*

iii. Notification des décisions aux centres de santé

La caisse notifie au centre de santé la décision prise quant à sa demande de contractualisation.

– En cas d'avis favorable à la signature du contrat

La caisse de rattachement informe le centre de santé de la décision d'accord concernant sa demande de contractualisation et lui propose la signature du contrat.

Le contrat devra être signé en 3 exemplaires (Centre de santé / Assurance Maladie / ARS).

Les modalités de cette signature sont à définir avec le gestionnaire du centre de santé :

- rendez-vous avec le gestionnaire pour la signature du contrat puis transmission à l'ARS pour signature,
- transmission du contrat pré-rempli en 3 exemplaires (Centre de santé / ARS / Assurance Maladie) pour signature.

Dans tous les cas, le contrat signé par le centre de santé et la caisse devra également être transmis à l'ARS pour signature.

– En cas de décision de refus de contractualisation

La décision de refus de contractualisation est notifiée par la caisse de rattachement au centre de santé qui ne remplit pas les conditions lui permettant d'adhérer à un contrat démographique.

Cette notification de refus doit être motivée et précise :

- le(s) motif(s) de la décision (exercice ou installation dans une zone non éligible au contrat / conditions réglementaires non remplies, ...),
- les voies de recours : ce sont les juridictions administratives qui seront compétentes donc recours possible devant le tribunal administratif.

Rappel : l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois suivant la demande vaut accord (cf. point 6, b).

b. Phase pérenne – prise en compte des arrêtés rectificatifs des ARS comportant les modulations régionales

i. Modalités d'adhésion

Les centres de santé qui souhaitent souscrire un des contrats définis dans l'avenant 1 à l'accord national doivent adresser une demande d'adhésion à leur caisse de rattachement à partir du formulaire type d'adhésion du contrat mis à disposition par les caisses et/ou les ARS.

ii. Réception et examen des demandes de souscription du contrat par les caisses d'assurance maladie

Les caisses d'assurance maladie sont chargées de la gestion des demandes d'adhésion aux contrats.

Elle vérifie l'éligibilité des centres de santé aux contrats au regard des conditions d'adhésions (cf. fiches par contrats disponibles en Annexe 2 de la présente instruction) et tableau récapitulatif défini ci-dessus (dans le point 5.1).

La caisse communique ensuite, au groupe de concertation (cf. ci-dessous iii) la liste des centres de santé éligibles aux différents contrats.

iii. Modalités d'attribution des dérogations régionales aux centres de santé demandant l'adhésion aux contrats (mise en place d'une concertation régionale)

Il est demandé aux ARS de définir les critères d'attribution des modulations régionales aux centres de santé demandant à souscrire à un contrat incitatif démographique.

Pour des questions de gestion financière et d'équité, il est souhaitable d'appliquer des modulations relativement similaires entre les différents critères.

Ces critères pourront notamment être fondés sur l'identification de territoire nécessitant un investissement particulier (*quartier de la politique de la ville, territoire avec une part de personnes âgées particulièrement élevé, zone de montagne, zones particulièrement en difficultés, ...*).

Afin d'évaluer l'impact financier des modulations régionales sur l'ensemble des contrats incitatifs démographiques au cours d'une année type, l'ARS pourra s'appuyer sur le nombre d'implantation intervenues au 31 décembre de l'année précédente. Sur la base du nombre de contrats attribués, l'ARS sera ainsi en mesure de déterminer le nombre de centres de santé éligibles à une modulation.

➤ **1^{ère} option : mise en place d'une concertation entre les ARS et les DCGDR pour définir les centres de santé éligibles aux modulations régionales**

Afin de permettre une gestion coordonnée et fluide de ces contrats, les ARS et les cellules de coordinations régionales (cellule DCGDR) pourront définir ensemble les modalités de fonctionnement mises en œuvre dans chaque région.

Le mode d'organisation de cette concertation régionale est laissé à l'appréciation des ARS et des cellules DCGDR. On peut par exemple imaginer la mise en place d'un groupe de concertation entre ARS et coordination régionale de l'assurance maladie à l'instar des concertations mises en œuvre pour la signature des contrats pour la rémunération des maisons de santé pluri-professionnelles ou encore les contrats démographie intéressant les médecins libéraux.

Ce groupe de concertation aurait pour rôle de se prononcer sur les décisions d'attribution des adaptations régionales et leurs inscriptions dans les contrats démographie sollicités par les centres de santé.

La fréquence de réunions de ce groupe de concertation sera à définir en fonction du nombre de demandes de contrats à examiner. Toutefois, il est recommandé que ces échanges puissent se tenir au minimum tous les deux mois, compte tenu des dispositions la loi n°2013-1005 du 12 novembre 2013 qui prévoit que l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois suivant la demande vaut accord.

Les DCGDR devront ensuite transmettre les décisions prises par le groupe de concertation aux caisses de rattachement des différentes structures, pour rédaction des contrats en y intégrant, le cas échéant, les éventuelles modulations régionales accordées.

➤ **2^{ème} option : délégation par les ARS aux caisses des centres de santé éligibles aux modulations régionales**

Une autre option qui peut être retenue par les ARS est de déléguer aux caisses la sélection des centres de santé pouvant bénéficier de l'attribution des modulations régionales sur la base de critères qu'elles définissent en amont.

iv. Notification des décisions aux centres de santé

La caisse notifie au centre de santé la décision quant à sa demande de contractualisation et éventuellement la modulation régionale accordée selon les modalités définies supra au point 5.1.

6. Date d'adhésion aux contrats

La date d'adhésion aux contrats correspond à la date d'enregistrement des actes d'adhésion par la caisse qui ne pourra donc intervenir au plus tôt qu'après publication des contrats types régionaux.

7. Traitement particulier des demandes d'adhésion aux nouveaux contrats, présentées par des centres de santé entre la date d'entrée en vigueur de l'avenant 1 (à compter du 18 novembre 2017) et la date d'entrée en vigueur des contrats types régionaux (variables selon les régions)

Dans l'attente de l'ouverture effective des adhésions aux nouveaux contrats (attente de la publication des arrêtés définissant les contrats types régionaux par les DG ARS), les caisses sont invitées à présenter les nouveaux contrats démographiques en indiquant aux centres de santé que leurs demandes de contractualisation sont bien enregistrées et qu'ils seront contactés par les caisses dès que les contrats types régionaux auront été publiés.

La date d'effet de l'adhésion à retenir est celle de la date d'enregistrement de la demande par la caisse qui ne pourra pas être antérieure à la date de publication de l'arrêté du Directeur général de l'ARS.

8. Conséquence des modifications de zonage sur les contrats

- Sur les contrats démographiques en cours (contrat incitatif antérieure à l'avenant 1 à l'accord national– annexe 8 de l'accord national)

Conformément au II de l'article 4 du décret n°2017-632 du 25 avril 2017 susmentionné, les contrats des centres de santé, toujours adhérents à la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage, se poursuivront jusqu'à leur terme (3 ans à compter de la date de signature sauf demande de résiliation par les centres de santé) y compris si la zone d'implantation d'un centre de santé adhérent n'est plus classée en zone sous dense.

- Sur les nouveaux contrats démographiques

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

9. Liquidation et paiement des avances

La création de codes prestations spécifiques pour la liquidation des rémunérations des différents contrats est en cours.

Des instructions seront prochainement diffusées aux caisses d'assurance maladie afin de préciser les modalités de paiement de rémunérations liées à ces contrats.

Toutes les interrogations relatives à la mise en œuvre et au fonctionnement de ce dispositif sont à envoyer à l'adresse dédiée :

- **pour le réseau de l'assurance maladie :**

GCNAM757_SIEGE_DDGOs_DPROF_DEMOGRAPHIE demographie.dprof@cnamts.fr

- **pour le réseau des ARS :**

- sur les questions de financement et de conventionnement : dss-cooperations@sante.gouv.fr

- sur les centres de santé : dgos-pf3@sante.gouv.fr

- sur la définition des zones sous denses : dgos-r2@sante.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation,
Mathilde Lignot-Leloup,
La directrice de la sécurité sociale

Signé

Sabine Fourcade,
La secrétaire générale des affaires sociales

Signé

Pour la ministre et par délégation,
Céciles Courrèges,
La directrice générale de l'offre de soins

Signé

Nicolas Revel,
Le directeur général de l'UNCAM

Signé

Annexes

Annexe 1 : Contrats types nationaux

Annexe 2 : Fiches de présentation des contrats

Annexe 3 : Adaptations régionales par contrat

Annexe 4 : Circuit de traitement des demandes de contractualisation et d'attribution des modulations régionales.

ANNEXE 1 – MODELE CONTRAT TYPE NATIONAL

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

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

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat d'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'installation

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

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

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

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

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

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

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

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

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

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

Cette aide est versée en deux fois :

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

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

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

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

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

Article 3. Durée du contrat d'installation

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

Article 4. Résiliation du contrat d'installation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom »

Contrat type national de stabilisation et de coordination pour les centres de sante médicaux ou polyvalents installés dans les zones sous dotées

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

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1. Objet du contrat

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

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

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

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

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

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

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique au sein

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

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

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

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

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

Cette majoration ne peut pas excéder de 20% le montant de la rémunération prévue dans le présent article.

Cette dérogation ne bénéficie au maximum à 20% des centres de santé éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

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

Article 3. Durée du contrat de stabilisation et de coordination

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

Article 4. Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom »

Contrat type national de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous dotées

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

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

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

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

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

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

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

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

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

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

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

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

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

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

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

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

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

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

Article 3. Durée du contrat de solidarité territoriale

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

Article 4. Résiliation du contrat de solidarité territoriale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le centre de santé

Nom Prénom du représentant légal

La caisse d'assurance maladie

Nom Prénom

L'agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE 2 – FICHE DEMOGRAPHIE

CONTRAT D'AIDE A L'INSTALLATION (CAI) DES CENTRES DE SANTE

OBJET

Apporter une aide financière significative aux centres de santé dès leur installation en zone sous dense pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

BENEFICIAIRES

Les centres de santé médicaux et polyvalents qui s'installent dans une zone sous dense ou sont implantés dans une telle zone depuis moins d'un an.

Les centres de santé dentaires et infirmiers enregistrés comme tels au regard de l'accord national des centres de santé salariant au moins un médecin généraliste et implantés en zones sous denses.

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite signé entre le centre de santé, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS sur la base du modèle de contrat figurant en annexe 10 bis de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1 à l'accord national des centres de santé). Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENTS

- S'installer dans la zone sous dense et y maintenir une offre de soins, pendant une durée de 5 ans
- Participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire (sauf dérogation accordée par le CDOM)*

** La participation à la PDSA figurait déjà dans le dispositif précédent. L'objectif est d'inciter les centres de santé s'installant dans ces zones sous denses et bénéficiant d'une aide à l'installation substantielle à répondre aux différents besoins de soins sur le territoire y compris en dehors des heures de consultations habituelles. A l'instar du dispositif précédent, cette obligation sera appréciée au cas par cas.*

AIDES

| Montant conventionnel | Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et pour 20% des centres de santé éligibles de la région, définie par le contrat type régional) |
|--|---|
| - 30 000 € par ETP médecin généraliste salarié (pour le 1 ^{er} ETP) - 25 000€ (pour le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ETP) | - 36 000 €* par ETP médecin généraliste salarié (pour le 1 ^{er} ETP) - 30 000€* (pour le 2 ^{ème} et 3 ^{ème} ET-plafond fixé à 3 ETP) |

** Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional*

Modalités de versement

Aide forfaitaire versée en 2 fois : 50 % à la signature du contrat et 50 % après 1 an (date anniversaire du contrat)

En cas de résiliation anticipée du contrat, le centre de santé est invité à reverser les sommes dues au titre des aides au prorata du temps restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CAI pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 10 bis de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1).

DUREE

Contrat de 5 ans (non renouvelable)

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCO)

Exception : cumul possible pour un nouveau centre de santé médical ou polyvalent à compter de sa 2ème année d'ouverture, ou dans les 2 ans suivants la modification de la spécialité en polyvalent pour un centre de santé dentaire ou infirmier. La valorisation ne vaut que pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés, dans la limite de 2 ETP.

Ainsi, le centre de santé peut percevoir le montant de la rémunération par ETP (dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés créés) prévu par le COSCO. A l'issue des 5 ans du contrat CAI, le centre peut bénéficier du COSCO dans les conditions générales de ce dernier.

- Adhésion possible au COSCO à l'issue d'un CAI (sous réserve du respect des conditions d'éligibilité)

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP- décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et arrêté du 13 novembre 2017) > nouveaux zonages publiés ou en cours de publication (zonage applicable à la profession de médecin et aux structures d'exercice pluriprofessionnel dont les centres de santé)
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > pour les régions ou les nouveaux zonages ne sont pas encore parus

CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION (COSCO) POUR LES CENTRES DE SANTE

OBJET

Encourager les centres de santé implantés en zones sous denses pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires en valorisant notamment leurs démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients

BENEFICIAIRES

Les centres de santé médicaux et polyvalents déjà implantés en zone sous dense et impliqués dans des démarches de prise en charge coordonnée : appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP).

Les nouveaux centres de santé implantés dans les zones sous denses à compter de leur 2^{ème} année d'ouverture.

Les centres de santé dentaires et infirmiers installés dans la zone sous dense dans les deux ans suivants leur demande de modification de leur spécialité en centre de santé polyvalent.

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS sur la base du modèle de contrat figurant en annexe 10 ter de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1). Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENTS

- Etre implanté dans une zone identifiée par l'ARS comme « sous dense »
- Appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP)

AIDES

| Montant conventionnel | Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et pour 20% au maximum des centres de santé éligibles de la région - montant défini dans le contrat type régional) |
|-----------------------------------|---|
| 5 000€ / an / ETP médecin salarié | 6 000 €* au maximum / an / ETP médecin salarié |

**Montant maximum fixé dans le contrat type régional*

Spécificités pour les nouveaux centres de santé médicaux et polyvalents nouvellement implantés dans la zone (à compter de leur 2^{ème} année d'ouverture ou pour les centres de santé dentaires et infirmiers ayant modifié leur spécialité en polyvalent

- La valorisation concerne les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salariés créés dans la limite de 2 ETP.

Modalités de versement

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat,
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante,
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au COSCO pour les centres de santé pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 10 ter de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1).

DUREE

Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non-cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAI)

Exception : cumul possible pour un nouveau centre de santé médical ou polyvalent à compter de sa 2ème année d'ouverture, ou dans les 2 ans suivants la modification de la spécialité en polyvalent pour un centre de santé dentaire ou infirmier. La valorisation ne vaut que pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés, dans la limite de 2 ETP.

Ainsi, le centre de santé peut percevoir le montant de la rémunération par ETP (dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés créés) prévu par le COSCO. A l'issue des 5 ans du contrat CAI, le centre peut bénéficier du COSCO dans les conditions générales de ce dernier.

- Non-cumulable avec le contrat incitatif défini à l'annexe 8 de l'accord national des centres de santé.
- Adhésion possible au COSCO à l'issue d'un CAI (sous réserve du respect des conditions d'éligibilité)

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP- décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et arrêté du 13 novembre 2017) > nouveaux zonages publiés ou en cours de publication (zonage applicable à la profession de médecin et aux structures d'exercice pluriprofessionnel dont les centres de santé)
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > pour les régions ou les nouveaux zonages ne sont pas encore parus

CONTRAT DE SOLIDARITE TERRITORIALE (CST) POUR LES CENTRES DE SANTE

OBJET

Favoriser l'intervention ponctuelle de médecins salariés de centres de santé venant exercer dans les zones identifiées par les ARS comme « sous denses » afin de répondre aux besoins en offre de soins des patients.

BENEFICIAIRES

Centres de santé médicaux ou polyvalents implantés hors d'une zone identifiée par l'ARS comme « sous dense ».

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le centre de santé, la caisse et l'ARS

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS sur la base du modèle de contrat figurant en annexe 10 quater de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1). Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENTS

- S'engager à ce qu'au moins 1 des médecins salariés du centre de santé exerce au minimum dix jours par an dans un autre centre de santé implanté en zones « sous dense » (*cette exercice peut s'effectuer dans une ou plusieurs zones « sous dense »*)
- Facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant (numéro AM) attribué spécifiquement pour cette activité.

AIDES

| Montant conventionnel | Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20 % montant défini dans le contrat type régional) |
|--|--|
| + 10 % sur les honoraires tirés de l'activité clinique et technique du médecin mis à disposition sur la zone (plafonné à 20 000 €/an/ETP médical). | + 20%* sur les honoraires tirés de l'activité clinique et technique du médecin mis à disposition sur la zone (plafonné à 24 000 €/an/ETP médical). |
| Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre en zone fragile (sur la base de la grille de prise en charge des conseillers des caisses d'assurance maladie intervenant dans les instances paritaires conventionnelles) | |

* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Modalités de versement :

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat,

- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante.
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CST pour les centres de santé pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 10 quater de l'accord national des centres de santé (modifié par l'avenant 1).

PARTICULARITES

Contrat de 3 ans (renouvelable tacitement)

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAI)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCO)

Les contrats précités étant réservés aux centres de santé installés dans les zones identifiées par l'ARS comme « sous denses ».

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « sous denses » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP- décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et arrêté du 13 novembre 2017) > nouveaux zonages publiés ou en cours de publication (zonage applicable à la profession de médecin et aux structures d'exercice pluriprofessionnel dont les centres de santé)
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > pour les régions ou les nouveaux zonages ne sont pas encore parus

ANNEXE 3 – DESCRIPTION DES POSSIBILITES D'ADAPTATIONS REGIONALES PAR CONTRAT

| Type de contrat | Possibilités d'adaptations régionales ouvertes par le contrat type national | Précisions |
|-----------------|--|--|
| <u>CAI</u> | <p><u>Sur les rémunérations :</u></p> <p>Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration de l'aide forfaitaire à l'installation correspondant au maximum à 20% du montant défini dans l'accord national modifié par l'avenant 1.</p> <p>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 10 bis)</p> <p><u>Centres éligibles à la majoration :</u></p> <p>La dérogation ne peut concerner au maximum que 20% des implantations de centres éligibles dans la région</p> | <p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation dans le contrat type régional.</p> <p>Si elle l'intègre, l'ARS définit le niveau de cette majoration qui ne pourra pas excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire définie dans la convention (cf. fiche CAI).</p> |

| Type de contrat | Possibilités d'adaptations régionales ouvertes par le contrat type national | Précisions |
|-----------------|--|--|
| COSCO | <p><u>Sur les rémunérations :</u></p> <p>Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration des rémunérations définies dans la convention correspondant au maximum à 20% du montant défini dans l'accord national modifié par l'avenant 1.</p> <p><i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 10 ter)</i></p> <p><u>Centres éligibles à la majoration :</u></p> <p>La dérogation ne peut concerner au maximum que 20% des centres éligibles à ce contrat dans la région</p> | <p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non dans le contrat type régionale cette modulation du niveau de l'aide pour chaque type de rémunération.</p> <p>Si elle décide de l'intégrer, elle précise le niveau de cette majoration régionale qui ne pourra pas excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire définie dans la convention (cf. fiche COSCO).</p> |
| CST | <p><u>Sur les rémunérations :</u></p> <p>Possibilité de prévoir dans le contrat type régional une majoration du niveau de l'aide à l'activité correspondant au maximum à 20% du niveau de valorisation défini dans l'accord national modifié par l'avenant 1 (soit au maximum 12% au lieu de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la ou les zones fragiles).</p> <p><i>(cf. article 2.2 du contrat type national / annexe 10 quater)</i></p> | <p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation du niveau de l'aide dans le contrat.</p> <p>Si elle l'intègre, elle définit le niveau de cette majoration régionale qui ne pourra pas excéder 20 % du montant de l'aide à l'activité définie dans la convention (soit au maximum 12% au lieu de 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans la ou les zones fragiles).</p> |

Annexe 4 : Circuit de traitement des demandes de contractualisation

