

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Avis relatif à l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017

NOR : *SPRS2218342V*

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 1 à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, conclu le 4 mars 2022, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, les organisations représentatives listées en annexe du présent avis.

ANNEXES

ANNEXE I

LISTE DES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRÉSENTATIVES DES PROFESSIONS DE SANTÉ AYANT SIGNÉ L'AVENANT 1 À L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

Fédération française des médecins généralistes
Confédération des syndicats médicaux français
Fédération des médecins de France
Union nationale et syndicale des sages-femmes
Organisation nationale des syndicats de sages-femmes
Syndicat national autonome des orthoptistes
Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux
Syndicat national des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs
Chambre nationale des services d'ambulances
Fédération nationale des artisans ambulanciers
Fédération nationale des centres de santé
Fédération des mutuelles de France
Fédération nationale de la Mutualité française
Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles
Union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural
Adedom
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
Fédération nationale des institutions de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne
Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
Confédération des centres de santé
Syndicat national des médecins biologistes
Syndicat des biologistes médicaux
Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
Union des syndicats de pharmaciens d'officine
Syndicat national des audioprothésistes
Fédération française des podoprothésistes
Syndicat national de l'orthopédie française

ANNEXE II

AVENANT 1 À L'ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL
RELATIF AUX STRUCTURES DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1, L. 162-14-1-2, et L. 162-15 ;

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

Il a été convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et

Les organisations représentatives signataires du présent accord.

Préambule

Les partenaires conventionnels souhaitent au travers de cet avenant valoriser l'action des structures de santé pluri-professionnelles dans un contexte marqué par une crise sanitaire exceptionnelle. Au regard de leur essor depuis l'accord initial signé en 2017, et des défis futurs liés à l'augmentation des maladies chroniques et à la complexité des parcours qu'elle induit, les partenaires conventionnels souhaitent renforcer ce modèle d'organisation des soins primaires, modèle qui a fait ses preuves

En effet, les partenaires conventionnels saluent la mobilisation sans faille des structures de santé pluri-professionnelles pour apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients dans le cadre de la crise COVID. C'est ainsi qu'ils s'accordent pour reconnaître et valoriser le rôle de ces structures sur la réponse aux crises sanitaires graves, en lien avec la mission dévolue aux CPTS.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels reconnaissent l'offre de soins déterminante que constituent les structures de santé pluri-professionnelles pour l'accès aux soins, la qualité du parcours et de la prise en charge coordonnée des patients, et l'amélioration de la santé publique sur le territoire.

Cet avenant tend ainsi à accompagner et valoriser l'implication des structures, qui au cours des dernières années, ont démontré l'importance de la collaboration pluri-professionnelle et su faire preuve de créativité et d'innovation. Il s'agit notamment d'accompagner leur engagement sur la qualité des soins et la participation des usagers aux décisions qui concernent leur santé. Il s'agit enfin, par ces nouvelles dispositions, de conforter les structures les plus jeunes ou les plus fragiles dans un mode d'exercice plus pérenne.

Aussi, les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre leur engagement en faveur des structures de santé pluri-professionnelles en valorisant :

- la coordination, pierre angulaire de la bonne conduite des missions de la structure ;
- la présence d'infirmiers en pratique avancée, professionnels clés pour une prise en charge pluri-professionnelle centrée sur le patient ;
- la participation des médecins de la structure au dispositif SAS ;
- la qualité des soins et l'implication des usagers ;
- de nouveaux parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant.

Les partenaires conventionnels rappellent l'esprit de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluri-professionnelles qui se veut souple afin d'encourager les initiatives locales répondant au mieux aux besoins identifiés sur les territoires mais aussi afin que chaque structure soit libre de choisir les engagements qu'elle prendra. Ils renouvellent également l'expression de la confiance de l'Assurance Maladie dans ces modes d'exercice et dans les professionnels de santé qui s'y sont engagés.

Article 1^{er}*Indicateur dédié à la réponse aux crises sanitaires graves*

Est ajouté au tableau de l'article 3.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Socle Prérequis	Réponses aux crises sanitaires graves	<p>Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ».</p> <p>1. <u>Rédaction d'un plan de préparation</u> A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...), et doit s'articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.</p> <p>2. <u>Mise en œuvre d'actions</u> Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé (cf. point 1)</p>
-----------------	---------------------------------------	--

».

Est ajouté au tableau de l'article 5.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Socle Prérequis	Réponse aux crises sanitaires graves	100 points fixes (quel que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour + 350 points variables (en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS)	Transmission de la copie du plan de préparation et de tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation
-----------------	--------------------------------------	---	---

».

Article 2

Soins non programmés

Est ajouté au tableau de l'article 3.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS)	La structure s'organise pour que : - Soit l'ensemble, soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale. - Soit elle puisse prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS.
-----------	--	--

».

Est ajouté au tableau de l'article 5.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Soins non programmés en lien avec le dispositif	- 200 points fixes si l'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS - ou 100 points fixes si 50% des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS	- Soit transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif. - Soit vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.
-----------	---	--	---

».

Article 3

IPA

1° Les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Missions de santé publique » de l'article 5.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 200 points fixes pour la réalisation de 2 missions dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un infirmier en pratique avancée (IPA) libéral ou salarié » ;

2° L'article 5.2 de l'accord intitulé « Indicateurs relatif au travail en équipe » est ainsi modifié :

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Protocoles pluri-professionnels » sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 40 points fixes par protocole dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié » ;

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Concertation pluri-professionnelle » sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 200 points variables dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié. » ;

3° Est créé un nouvel article 9 *bis* intitulé « Dispositif d'aide au démarrage de l'activité salariée d'infirmier exclusif en pratique avancée » rédigé comme suit :

« Article 9 *bis*. – Dispositif d'aide au démarrage de l'activité salariée d'infirmier exclusif en pratique avancée salariée

« Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des IPA au sein des structures pluri-professionnelles. Il est ainsi proposé de soutenir l'embauche d'IPA salariés par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de leur activité de pratique avancée.

« Les partenaires conventionnels souhaitent que ce dispositif demeure identique à celui de la convention des infirmiers libéraux. Le dispositif d'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée salarié, décrit ci-après, reproduit donc strictement celui qui s'applique aujourd'hui aux IPA libéraux. Ainsi, si la convention nationale des infirmiers libéraux révisé le montant et les conditions de versement de ces aides, ceux-ci s'appliqueront automatiquement à tous les contrats conclus avec une MSP à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la convention infirmier.

« L'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée peut faire bénéficier la maison de santé qui l'embauche d'une aide complémentaire de 27 000 euros (pour 1 ETP IPA, l'aide étant modulable en fonction du nombre d'ETP).

« L'activité exclusive en pratique avancée est entendue comme une activité exercée exclusivement en pratique avancée (hors activité de soins infirmiers généraux).

« Cette aide vise à accompagner la maison de santé dans son recrutement d'un infirmier en pratique avancée. Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

« – au titre de la première année, 17 000 euros si la maison de santé justifie avoir salarié un ETP IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 50 patients ;

« – au titre de la deuxième année, 10 000 euros si la maison de santé justifie avoir salarié un ETP d'IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 150 patients.

« Le versement de cette aide n'est plus dû dès lors que la maison de santé assure le suivi par un IPA salarié d'au moins 300 patients par équivalent temps plein d'IPA salarié.

« Afin de faciliter le démarrage de l'activité en pratique avancée et de faire face aux investissements nécessaires, un dispositif d'avances est mis en place. L'avance est calculée sur la base de 50 % de l'aide due au titre de chaque année au cours de laquelle l'aide est versée.

« La première avance est versée dans un délai d'un mois suivant la signature du contrat défini en annexe 6. Pour l'année suivante, l'avance est versée dans les deux mois suivant le versement du solde dû au titre de la première année de l'aide.

« L'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de l'aide due au terme de chaque année en fonction de l'atteinte des engagements en termes de suivi de patients. Le versement du solde des sommes dues est effectué dans les deux mois suivant la date anniversaire de la signature du contrat.

« Le calcul des sommes dues tient compte du dispositif d'avance. Il tient également compte du seuil de 300 patients/ETP IPA au-delà duquel la maison de santé ne percevra plus l'aide à l'activité et ce, au prorata des mois restant à courir (après l'atteinte du plafond de 300 patients) sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée. L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées :

« – en totalité si le seuil de 50 patients/ETP IPA n'est pas atteint au cours de la première année d'exercice ;

« – au prorata si le seuil de 150 patients/ETP IPA n'est pas atteint au cours de la deuxième année ;

« – et le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée en cas d'atteinte du plafond de 300 patients/ETP IPA.

« Le montant total de l'aide, les seuils et plafond de patients suivis en pratique avancée sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salariés dans la structure pour un minimum de 0,5 ETP. Le nombre d'ETP est apprécié au jour de la signature du contrat. »

Article 4

Démarche qualité

Est ajouté au tableau de l'article 3.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Démarche qualité	<p>Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée par l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Niveau 1 : le diagnostic de maturité</p> <ul style="list-style-type: none"> - désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe, - Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> - continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...) - situations médico-sociales (approches populationnelles) - collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitant plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation, . - délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...) - accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...) - actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique). <p>Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> - définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre, - déployer le plan d'action <p>Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place, - Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place
-----------	------------------	--

».

Est ajouté au tableau de l'article 5.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination » une nouvelle ligne intégrant les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Démarche qualité	<p>Niveau 1 : 100 points fixes Niveau 2 : 200 points variables Niveau 3 : 300 points variables Ces points se cumulent entre eux.</p>	<p>Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau :</p> <p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - désignation d'un référent qualité de la démarche, - état des lieux - argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration - détermination d'un objectif - ... <p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan d'action (description du référentiel/processus/détermination des indicateurs d'avancé/...) - ... <p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis - Révision du plan d'action si nécessaire
-----------	------------------	--	--

».

Article 5

Implication des usagers

La dernière ligne du tableau de l'article 3.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » dont le libellé court est « satisfaction des patients » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Implication des usagers	2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur. - Le niveau 1 : mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc...), - Niveau 2 : mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.
-----------	-------------------------	--

».

La dernière ligne du tableau de l'article 5.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » dont le libellé court est « satisfaction des patients » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Implication des usagers	Niveau 1 : 200 points fixes Niveau 2 : 300 points variables Ces points se cumulent entre eux.	Transmission de tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou actions. Exemples : pour le niveau 1 : un questionnaire de satisfaction, un sondage, une boîte à idée, affichages, flyers, site internet, Pour le niveau 2 : désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, création de comités d'usagers, présence d'un médiateur, ...
-----------	-------------------------	---	---

».

Article 6

Création de nouveaux indicateurs

Est ajouté au tableau de l'article 3.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination » les nouvelles dispositions suivantes :

«

Optionnel	Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	Valorisation de la mise en œuvre de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020)
Optionnel	Parcours insuffisance cardiaque	Valorisation de la participation de la structure dans le cadre d'un parcours sur l'insuffisance cardiaque notamment : - Identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) ET/OU de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ; - Optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ; - Optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque. ; - Promotion de l'éducation thérapeutique, incluant l'appropriation des signes annonciateurs d'une décompensation de la pathologie ; - Optimisation de la coordination des acteurs L'objectif commun est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques. Dans le cadre de ce parcours, un accompagnement par l'assurance maladie sera proposé.
Optionnel	Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 2). Il s'agit de valoriser par cet indicateur les structures intégrées dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique.

».

Est ajouté au tableau de l'article 5.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination » les nouvelles dispositions suivantes :

«

Optionnel	Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	100 points fixes par protocole. Six protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Tout document attestant de la mise en œuvre par la structure dans au moins un des 6 protocoles auprès de l'ARS
Optionnel	Parcours insuffisance cardiaque	100 points variables	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours et comprenant notamment les informations concernant le nombre de patients insuffisants cardiaques, le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents », le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement...
Optionnel	Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	100 points fixes	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours.

».

Article 7

Autres mesures de revalorisation

1° Les dispositions de la colonne « contenu indicateur » du libellé court « formation des jeunes professionnels » de l'article 3.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe et à la coordination » sont complétées par les dispositions suivantes :

« Un troisième et quatrième stage peut être valorisé au sein de la structure. » ;

2° Sont ajoutés 50 points fixes aux indicateurs optionnels définis à l'article 5.1 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs à l'accès aux soins » relatifs au libellé :

- offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1 ;
- offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2 ;
- consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1 ;
- consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2 ;

3° L'article 5.2 de l'accord intitulé « les indicateurs relatifs au travail en équipe » est ainsi modifié :

- les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « fonction de coordination », sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 1 000 points fixes
 « + 1 700 points variables jusqu'à 8 000 patients
 « + 1 100 points variables au-delà de 8 000 patients. » ;

- les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « formation des jeunes professionnels » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 450 points fixes (pour deux stages) + 225 points fixes (par stage pour le troisième et quatrième stage) » ;

4° Le 9° alinéa de l'article 7.1 de l'accord intitulé « Calcul de la rémunération des indicateurs » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A titre d'exemple :

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

« Nombre de points = 1 000 points + 1 700 points variables × (8000/4000) + 1 100 points variables × (2 000/4000) = 1 000 + 3 400 + 550 = 4 950 points

« Rémunération = 4 950 points × 7 euros = 34 650 euros. » ;

5° Les termes : « CMUC » sont remplacés par les termes : « C2S » dans l'ensemble de l'accord et ses annexes ;

6° Le 9° alinéa de l'article 7.2 de l'accord intitulé « Calcul d'une majoration de précarité » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le taux de patients C2S et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients C2S et AME (actualisés tous les ans) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes : » ;

7° Le premier paragraphe de l'article 8.1 intitulé « Les conditions de déclenchement de la rémunération » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

8° Le deuxième paragraphe de l'article 8.3 intitulé « Dispositions spécifiques aux nouvelles structures » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

Article 8

Commission paritaire

Le 11^e alinéa de l'article 10.1.1 de l'accord intitulé « la composition » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« – 80 % de représentants du régime général et 20 % de représentants du régime agricole. »

Article 9

Annexes

1° Le tableau de l'article 2.1 de l'annexe 1 intitulé « contrat type » est ainsi modifié :

– sont insérées les dispositions suivantes :

«

Socle Prérequis	Réponse aux crises sanitaires graves	Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ». 1. <u>Rédaction d'un plan de préparation</u> A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...), et doit s'articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire. 2. <u>Mise en œuvre d'actions</u> Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé (cf. point 1)
Optionnel	Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS)	La structure s'organise pour que : – Soit l'ensemble, soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale. – Soit elle puisse prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS.

» ;

– la dernière ligne du libellé court « satisfaction des patients » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Implication des usagers	2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur. – Le niveau 1 : mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc...), – Niveau 2 : mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.
-----------	-------------------------	--

» ;

2° Le tableau de l'article 2.2 de l'annexe 1 intitulé « contrat type » est ainsi modifié :

– sont insérées les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Démarche qualité	<p>Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée à chaque niveau par l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Niveau 1 : le diagnostic de maturité</p> <ul style="list-style-type: none"> – désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe, – Identifier une action d'amélioration en fonction de la situation de la structure parmi les thèmes suivants et déterminer un objectif d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> – continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...) – situations médico-sociales (approches populationnelles) – collaboration et coordination pluriprofessionnelles autour de certains patients complexes nécessitant plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation,... – délégation et coordination pluriprofessionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...) – accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...) – actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique). <p>Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> – définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre, – déployer le plan d'action <p>Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions</p> <ul style="list-style-type: none"> – Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place, – Etablir si l'objectif est atteint ou si un nouveau plan d'actions doit être mis en place
Optionnel	Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	Valorisation de la mise en place de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020).
Optionnel	Parcours insuffisance cardiaque	<p>Valorisation de la participation de la structure dans le cadre d'un parcours sur l'insuffisance cardiaque notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) ET/OU de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ; – Optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ; – Optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque. ; – Promotion de l'éducation thérapeutique, incluant l'appropriation des signes annonciateurs d'une décompensation de la pathologie ; – Optimisation de la coordination des acteurs – L'objectif commun est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques. Dans le cadre de ce parcours, un accompagnement par l'assurance maladie sera proposé.
Optionnel	Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 2). Il s'agit de valoriser par cet indicateur les structures intégrées dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique.

» ;

– les dispositions de la colonne « contenu indicateur » du libellé court « formation des jeunes professionnels » sont complétées par les dispositions suivantes :

« Un troisième et un quatrième stage peuvent être valorisés au sein de la structure. » ;

3° Le tableau de l'article 4.1 de l'annexe 1 intitulé « contrat type » est ainsi modifié :

– sont insérées les dispositions suivantes :

«

Socle Prérequis	Réponse aux crises sanitaires graves	100 points fixes (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour + 350 points variables (en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS)	Transmission de la copie du plan de préparation et de tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation
Optionnel	Soins non programmés en lien avec le dispositif SAS	– 200 points fixes si l'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS – ou 100 points fixes si 50% des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS	– Soit transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif. – Soit vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.

» ;

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Missions de santé publique », sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 200 points fixes dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA » ;

– sont ajoutés 50 points fixes aux indicateurs optionnels relatifs au libellé :

- offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1 ;
- offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2 ;
- consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1 ;
- consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2 ;

– la dernière ligne du libellé court « satisfaction des patients » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Implication des usagers	Niveau 1 : 200 points fixes Niveau 2 : 300 points variables Ces points se cumulent entre eux.	Transmission de tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou actions. Exemples : un questionnaire de satisfaction, un sondage, une boîte à idée, affichages, flyers, site internet, désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, présence d'un médiateur, ...
-----------	-------------------------	---	---

» ;

4° Le tableau de l'article 4.2 de l'annexe intitulé « contrat type » est ainsi modifié :

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Protocoles pluri-professionnels » sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 40 points fixes par protocole dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA » ;

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « Concertation pluri-professionnelle » sont complétées par les dispositions suivantes :

« + 200 points variables dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA. » ;

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « fonction de coordination », sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 1 000 points fixes

« + 1 700 points variables jusqu'à 8 000 patients

« + 1 100 points variables au-delà de 8 000 patients. » ;

– les dispositions de la colonne « valorisation » du libellé court « formation des jeunes professionnels », sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 450 points fixes (pour deux stages) + 225 points fixes (par stage pour le troisième et le quatrième stage) » ;

– sont insérées les dispositions suivantes :

«

Optionnel	Démarche qualité	Niveau 1 : 100 points fixes Niveau 2 : 200 points variables Niveau 3 : 300 points variables Ces points se cumulent entre eux.	Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau : Niveau 1 : - désignation d'un référent qualité de la démarche, - état des lieux des forces et faiblesses de la dynamique pluriprofessionnelle et de la prise en charge des patients - grille d'autoévaluation remplie et synthèse des résultats. - ... Niveau 2 : - Plan d'action / fiche action / planification / indicateurs d'avancée - Méthode mise en place ; par exemple méthode qualitative (patient traceur, entretiens qualitatifs, ...), quantitative (utilisation du SI partagé pour extraction de données, questionnaires...), normative (adaptation d'un fonctionnement à des référentiels existants, par exemple HAS ...) - ... Niveau 3 : - données qualitatives et quantitatives - bilan avec les résultats de la démarche et les perspectives.
Optionnel	Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	100 points fixes par protocole. Six protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Tout document attestant de l'inscription de la structure dans au moins un des 6 protocoles auprès de l'ARS
Optionnel	Parcours insuffisance cardiaque	100 points variables	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours et comprenant notamment les informations concernant le nombre de patients insuffisants cardiaques, le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents », le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement...
Optionnel	Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	100 points fixes	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours.

» ;

5° Le 8° alinéa de l'article 6.1 de l'annexe 1 de l'accord intitulé « contrat type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« A titre d'exemple :

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

« Nombre de points = 1 000 points + 1 700 points variables × (8000/4000) + 1 100 points variables × (2 000/4000) = 1 000 + 3 400 + 550 = 4 950 points

« Rémunération = 4 950 points × 7 euros = 34 650 euros. » ;

6° Le premier paragraphe de l'article 7.1 intitulé « Les conditions de déclenchement de la rémunération » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

7° Le deuxième paragraphe de l'article 7.3 intitulé « Les dispositions spécifiques aux nouvelles structures » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

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

8° Le 9° alinéa de l'article 7.2. de l'accord intitulé « Calcul d'une majoration de précarité » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le taux de patients C2S et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients C2S et AME (actualisés tous les ans) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes : » ;

9° Le 1^{er} alinéa de l'article 8 de l'annexe 1 de l'accord intitulé « contrat type relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« La durée du contrat est de cinq ans, renouvelable par tacite reconduction. » ;

10° Est ajouté un nouvel article 1.4 intitulé « Commissions électroniques et par visio-conférence » à l'annexe 5 de l'accord et rédigé comme suit :

« Article 1.4. – Commissions électroniques et par visio-conférence »

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération. ».

9° L'annexe 6 de l'accord intitulé « Liste des organisations représentatives signataires de l'accord » est supprimée ;

10° Est insérée une nouvelle annexe 6 à l'accord intitulé « Contrat type d'aide conventionnel au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée salariée » rédigé comme suit :

« ANNEXE 6

CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE AU DÉMARRAGE
DE L'ACTIVITÉ SALARIÉE D'INFIRMIÈRE EXCLUSIVE EN PRATIQUE AVANCÉE

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-14-1 ;

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

Vu l'arrêté du 24 juillet 2017 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, et notamment son article 9 *bis* ;

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée, 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) :

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

Raison sociale :

numéro FINESS :

Adresse :

Représentée par agissant en qualité de représentant de la structure.

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des infirmiers en pratique avancée au sein des structures pluri-professionnelles et ainsi participer à son déploiement. Il est donc proposé de soutenir l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de cette activité.

Article 1. – Champ du contrat

Article 1.1. – Objet du contrat

Ce contrat vise à favoriser l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée telle que définie à l'article 9 *bis* de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la signature du présent contrat telle que décrite à l'article 2.2 du présent contrat.

Article 1.2. – Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux structures pluriprofessionnelles adhérentes à l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles dès lors qu'elles salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité exclusive en pratique avancée (*a minima* 0,5 ETP).

La structure pluriprofessionnelle ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnel au démarrage de l'activité salariée d'infirmier exclusif en pratique avancée. Le nombre d'ETP d'infirmiers en pratique avancée est apprécié à la signature du contrat.

Article 2. – Engagements

Article 2.1. – Engagements de la structure pluriprofessionnelle

La structure pluriprofessionnelle signataire s'engage à :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] infirmier exerçant une activité exclusive en pratique avancée correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par l'article 9 *bis* de l'accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelle. Afin de justifier de cet engagement, la structure devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'infirmier dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier ;
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération tels que définis à l'article 3 de l'accord interprofessionnel ;
- à répondre aux objectifs définis à l'article 2.2 du présent contrat en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement de l'infirmier.

Article 2.2. – Engagements de l'Assurance Maladie

La structure adhérente bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000€ pour un 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée sur deux ans, non renouvelables, de la manière suivante :

- au titre de la première année, 17 000 euros si la maison de santé justifie avoir salarié un ETP IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 50 patients ;
- au titre de la deuxième année, 10 000 euros si la maison de santé justifie avoir salarié un ETP d'IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 150 patients.

Le versement de cette aide n'est plus dû dès lors que la structure assure le suivi d'au moins 300 patients par équivalent temps plein d'IPA salarié.

Afin de faciliter le démarrage de l'activité en pratique avancée et de faire face aux investissements nécessaires, un dispositif d'avances est mis en place. L'avance est calculée sur la base de 50 % de l'aide due au titre de chaque année au cours de laquelle l'aide est versée.

La première avance est versée dans un délai d'un mois suivant la signature du présent contrat défini. Pour l'année suivante, l'avance est versée dans les deux mois suivant le versement du solde dû au titre de la première année de l'aide.

L'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de l'aide due au terme de chaque année en fonction de l'atteinte des engagements en termes de suivi de patients. Le versement du solde des sommes dues est effectué dans les deux mois suivant la date anniversaire de la signature du contrat.

Le calcul des sommes dues tient compte du dispositif d'avance. Il tient également compte du seuil de 300 patients/ETP IPA au-delà duquel la structure ne percevra plus l'aide à l'activité et ce, au prorata des mois restant à courir (après l'atteinte du plafond de 300 patients) sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées :

- en totalité si le seuil de 50 patients/ETP IPA n'est pas atteint au cours de la première année d'exercice ;
- au prorata si le seuil de 150 patients/ETP IPA n'est pas atteint au cours de la deuxième année ;
- et le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée en cas d'atteinte du plafond de 300 patients/ETP IPA.

Le montant total de l'aide, les seuils et plafond de suivi sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salarié dans la structure salariant pour un minimum de 0,5 ETP. Le nombre d'ETP est apprécié au jour de la signature du contrat.

Article 3. – Modalités et durée d'adhésion au contrat

La structure prend contact auprès de la caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

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

Article 4. – Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1. – La résiliation à l'initiative de la structure pluriprofessionnelle

La structure signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

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

Article 4.2. – La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

En cas d'absence de respect par la structure de tout ou partie de ses engagements, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie.

Dans ce délai, la structure a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie pour faire connaître ses observations écrites.

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

Article 4.3. – Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu.

Dans le cas où la résiliation intervient à l'initiative de l'organisme local d'assurance maladie, la structure est tenue de procéder au remboursement de la somme versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal de la structure

Le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] ».

Fait à Paris, le 4 mars 2022.

Pour l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie :

Le directeur général,

T. FATOME

*Le président de la Fédération française
des médecins généralistes,*

J. BATTISTONI

*Le président de la Confédération
des syndicats médicaux français,*

J.-P. ORTIZ

*Le président des syndicats
des médecins libéraux,*

P. VERMESCH

*La présidente de la Fédération
des médecins de France,*

C. LE SAUDER

*La présidente de l'Organisation nationale
des syndicats de sages-femmes,*

C. DUMORTIER

La présidente de Convergence infirmière,

G. SICRE

*Le président du Syndicat national
des infirmières et infirmiers libéraux,*

J. PINTE

*Le président de la Fédération
nationale des infirmiers,*

D. GUILLERM

*Le président de la Fédération française
des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs,*

S. GUERARD

Le président d'Alizé,

F. RANDAZZO

*Le président du Syndicat national
des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs,*

G. RALL

*Les co-présidents de l'Union syndicale
AVENIR-SPE – LE BLOC,*

F. HONORAT

B. DE ROCHAMBEAU

P. CUQ

P. GASSER

*Le président de l'Union française
pour une médecine libre - Syndicat,*

J. MARTY

*Le président
des chirurgiens-dentistes de France,*

T. SOULIE

*Le Président de la Fédération
des syndicats dentaire libéraux,*

P. SOLERA

*La présidente de l'Union nationale
et syndicale des sages-femmes,*

M.-A. POUMAER

*La présidente de la Fédération nationale
des orthophonistes,*

A. DEHETRE

*La présidente du Syndicat national autonome
des orthoptistes,*

M. ORDINES

*Le président de la Fédération nationale
des podologues,*

D. BOUDET

*Le président de la Chambre nationale
des services d'ambulances,*

D. HUNAUT

*Le président de la Fédération
nationale de la mobilité sanitaire,*

T. SCHIFANO

*Le président de la Fédération nationale
des ambulanciers privés,*

C. DELESSE

Le président d'Adedom,

P. MALPHETTES

*Le président de la Fédération nationale
des artisans ambulanciers,*
J.-C. MAKSYMIUK

*Le directeur général de la Caisse autonome nationale
de la sécurité sociale dans les mines,*
G. DE LACAUSSE

*Le président de la Fédération nationale des institutions
de santé et d'action sociale d'inspiration chrétienne,*
A. RONDEPIERRE

*Le directeur général de la Fédération
des établissements hospitaliers et d'aide à la personne,*
A. PERRIN

*Le président de la Confédération
des centres de santé,*
M. BOUCHEBBAT

Le président du Syndicat des biologistes,
F. BLANCHECOTTE

*Le président de la Fédération nationale
des opticiens de France,*
A. GERBEL

*La présidente du Syndicat national
des opticiens mutualistes,*
E. ORTA

*Le président de l'Union
des ophtalmologistes français,*
Y. QUENTIN

*La présidente par intérim du Syndicat
des épithésistes français,*
A.-M. RIEDINGER

*Le président de la Fédération française
des podoprothésistes,*
H. BONTEMPS

*Le président de l'Union française
des orthoprothésistes,*
J.-F. CANTERO

*La présidente de la Fédération nationale
des centres de santé,*
H. COLOMBANI

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

*Le président de la Fédération nationale
de la Mutualité française,*
E. CHENUT

*Le président de l'Union nationale de l'aide,
des soins et des services à domicile,*
M.-R. TILLON

*La présidente de l'Union nationale
des associations d'aide à domicile en milieu rural,*
M.-J. DAGUIN

*Le vice-président du Syndicat national
des médecins biologistes,*
J.-C. AZOULAY

*Le président du Syndicat des laboratoires
de biologie clinique,*
T. BOUCHET

*Le président du Syndicat
des biologistes médicaux,*
L. BARRAND

*Le président de la Fédération
des syndicats pharmaceutiques de France,*
P. BESSET

*Le président de l'Union des syndicats
de pharmaciens d'officine,*
P.-O. VARIOT

*Le président du Syndicat national
des audioprothésistes,*
L. GODINHO

*Le Syndicat national
de l'orthopédie française,*
J. FECHEROLLE