

CENTRES PUBLICS DE SANTÉ

**Cahier des charges à destination
des établissements de santé**



Table des matières

INTRODUCTION	3
1. Missions et objectifs d'un centre public de santé	4
1.1. Missions classiques dévolues aux centres de santé.....	4
1.2. Missions attendues du centre public de santé.....	4
1.2.1. Missions obligatoires.....	4
1.2.2. Missions optionnelles.....	5
2. Organisation territoriale et coopérations	6
2.1. Organisation générale	7
2.2. Choix d'implantation des antennes.....	8
2.3. Articulation de l'offre avec les autres acteurs du territoire.....	8
3. Travail en équipe pluriprofessionnelle et facteurs d'attractivité	9
3.1. Travail en équipe pluriprofessionnelle.....	9
3.2. Statuts	10
3.3. Autres conditions d'exercice contribuant à l'attractivité.....	10
4. Système d'information en santé et télésoin	12
4.1. Labellisation du SI et convergence SI des GHT.....	12
4.2. Télésanté	12
4.3. Coordination avec les autres acteurs, échange et partage de données de santé	13
4.4. Prise de RDV en ligne.....	13
4.5. Infrastructure et choix des outils	13
5. Modélisation économique et circuits de facturation	14
5.1. Création d'un budget annexe.....	14
5.2. Identification des recettes et leviers de financement.....	14
5.2.1. Définition du périmètre d'activité.....	14
5.2.2. Recettes d'activité (paiement à l'acte).....	15
5.2.3. Financements complémentaires prévus dans l'accord national des centres de santé.	15
5.2.4. Autres financements directs ou indirects	17
5.3. Identification des charges	18
5.3.1. Dépenses relatives à la masse salariale.....	18
5.3.2. Dépenses d'investissement et coûts de structure	18
5.3.3. Mutualisations de fonction	19

5.4. Accueil – Facturation – Recouvrement	19
6. Procédure de création d'un centre public de santé.....	20
Annexe 1 : Mémo – Comment rédiger un protocole pluri-professionnel ?	25
Annexe 2 : Exemples de protocoles de coopération.....	26
Annexe 3 : Indicateurs ROSP	27
Annexe 4 : Trame type projet CPDS et engagement de conformité.....	28
Annexe 5 : Trame type d'un budget	29

INTRODUCTION

Le développement des structures d'exercice coordonné (maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels) constitue une priorité, tant au niveau national que régional. Ainsi, la stratégie nationale « Ma santé 2022 », confortée par les conclusions du Ségur de la santé, prévoit le doublement du nombre de structures d'exercice coordonné d'ici à 2022, avec pour objectif que l'exercice isolé devienne l'exception. Le développement de l'exercice mixte entre les établissements de santé et les structures de ville est également un objectif important de cette stratégie.

Les structures d'exercice coordonné présentent un double intérêt :

- En premier lieu, ces structures permettent de rompre avec l'isolement et contribuent à l'amélioration des conditions d'exercice, offrant ainsi un cadre de travail plus attractif, notamment pour les jeunes professionnels de santé, ce qui en fait un levier important dans la lutte contre la désertification médicale ;
- En second lieu, grâce à une meilleure coordination des soins et à la mise en place de modalités de travail en équipe pluriprofessionnelle, elles contribuent à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Les centres de santé, définis par le code de la santé (article L6323-1) comme des « structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins [...] » présentent des atouts non négligeables. Outre la coordination entre professionnels, qui est au cœur du projet de ces structures de proximité, le salariat, avec la réduction des tâches administratives et la maîtrise du temps de travail qu'il induit, constitue un facteur d'attractivité supplémentaire pour les nouvelles générations.

Dans ce contexte, **l'ARS souhaite promouvoir la création de centres publics de santé, c'est-à-dire de centres de santé portés et gérés par des établissements de santé.** Cette possibilité, prévue par les textes (article L6323-1-3 du code de la santé publique), est à encourager, pour répondre à trois enjeux majeurs :

- Améliorer l'attractivité de la médecine générale, à travers l'élargissement des structures employeuses possibles pour les médecins souhaitant être salariés, ainsi qu'un statut attractif (PH) et la possibilité, le cas échéant, de pratiquer un exercice mixte ;
- Développer l'offre de soins de premier et de second recours, en particulier dans les zones déficitaires en offre de soins (ZIP et ZAC) ;
- Renforcer les soins de proximité, rendre plus lisible et valoriser l'activité de soins de ville réalisée par les établissements hospitaliers.

Le présent cahier des charges définit les missions et activités des centres publics de santé et a vocation à constituer un guide pour la modélisation (organisationnelle, juridique, économique...) de ces structures. Il résulte d'un travail de co-construction avec des établissements pilotes et s'inspire également de divers travaux spécifiques sur les centres de santé.

1. Missions et objectifs d'un centre public de santé

En complémentarité de l'offre de soins de ville, notamment libérale, existante dans le territoire, le centre public de santé (CPDS) organise **un accès à des soins de premier recours et de second recours**, dans le cadre **d'une équipe de soins pluriprofessionnelle** composée de professionnels de santé médicaux et paramédicaux.

Ce nouveau type de centre assure les missions classiques dévolues aux centres de santé, auxquelles s'ajoutent les missions attendues pour les CPDS.

1.1. Missions classiques dévolues aux centres de santé

Le CPDS intègre les missions et activités habituelles d'un centre de santé. Conformément au code de la santé publique ([Articles L6323-1 à L6323-1-15 du Code de la Santé Publique](#)), un centre de santé **doit** :

- dispenser des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours ;
- pratiquer à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins ;
- réaliser, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- pratiquer le tiers payant ;
- être ouvert à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant.

Outre ces activités réglementaires, un centre de santé peut également : mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, contribuer à la permanence des soins ambulatoires, constituer un lieu de stage pour la formation des professions médicales et paramédicales, pratiquer des interruptions volontaires de grossesse, mettre en œuvre des protocoles de coopération.

1.2. Missions attendues du centre public de santé

1.2.1. Missions obligatoires

L'essentiel de l'activité de médecine générale du CPDS doit permettre le suivi au long cours des patients, en assurant **la fonction de médecin traitant**.

Le **suivi des patients, notamment les malades chroniques**, qui repose sur une équipe pluriprofessionnelle, doit permettre de :

- faciliter et fluidifier le recours aux examens aux autres spécialités (exemples : insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale ; maladies inflammatoires, dermatologie, gastro-entérologie ; neurologie ; maladies métaboliques, notamment diabète et obésité, maladies infectieuses telles que VIH, hépatites...)
- développer la prévention primaire (notamment la vaccination) ;
- développer la prévention secondaire (en facilitant l'accès aux examens de diagnostics par l'imagerie, la biologie, ...)
- développer la prévention tertiaire et en particulier des programmes d'éducation thérapeutique du patient, notamment pour les pathologies suivies en ville (exemples :

diabète, nutrition - maladies métaboliques, maladies neuro-dégénératives, maladies cardiaque, asthme...). Pour plus d'informations, consulter le site de l'association [ETNHA](#).

Par ailleurs, le CPDS est en charge de **faciliter l'accès aux spécialistes à accès direct les plus rares sur le territoire d'implantation** (gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie, odontologie ...), au sein du site principal et sous forme de consultations avancées au sein des antennes (voir partie 2 « Organisation territoriale et coopérations »).

Le CPDS doit également **contribuer à la réponse aux demandes de soins non programmés (SNP) en médecine générale pendant les horaires habituels d'ouvertures**. La notion de SNP peut intégrer plusieurs niveaux de service rendu à la population :

- Services incontournables :
 - o La réponse à un besoin de consultation médicale sans rendez-vous préalable, pour la patientèle médecin traitant du centre (l'accord national relatif aux centres de santé prévoit une réponse aux besoins de SNP chaque jour ouvré) ;
 - o La mise à disposition des créneaux de SNP pour la population du territoire, dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) ;
- Services complémentaires souhaitables :
 - o Dans un objectif de désengorgement des structures d'urgence, le développement d'une prise en charge des petites urgences (activité de sutures, plâtres, réalisation d'ECG, bilans cliniques suite à un relevage,...), avec la possibilité de bénéficier de la formation de médecin correspondant du SAMU (MCS) assurée au niveau des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU). Ce niveau implique une articulation forte du projet avec les acteurs qui interviennent dans cadre de l'aide médicale urgente ;
 - o Le développement des SNP à destination des personnes en situation de fragilité, par exemple en réservant des créneaux et/ ou en communiquant plus spécifiquement auprès des personnes en difficulté d'accès aux soins ou relevant de prises en charge spécifiques (ex : santé mentale, violences, primo-consultation contraception / IVG,...).

Enfin, le CDS **développe le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité**. L'objectif est d'accroître l'accessibilité auprès des publics éloignés du soin, ce qui implique de développer des procédures adaptées d'accompagnement médico-psycho-social et de gestion des droits des usagers. Il s'agit de développer de nouvelles modalités de prise en charge (ex : parcours médico-psychologique, modèle des centres de santé participatifs en quartier prioritaire de la ville, protocoles partagés avec la MDPH,...) et de mettre en place des procédures d'accueil intégrant les partenaires sociaux et l'assurance maladie. Le recours à des compétences d'assistant social (AS) est recommandé, en privilégiant la mutualisation avec un AS déjà en poste à l'hôpital ou bien en ayant recours à un partenariat avec une ou des collectivités territoriales (ex : CCAS).

1.2.2. Missions optionnelles

Ces missions sont encouragées mais ne pourront être développées qu'en fonction des ressources du CPDS.

En premier lieu, il est souhaitable que les médecins du CPDS **participent à la mission de service public de permanence des soins ambulatoires (PDSA)**, organisée dans le cadre d'un [cahier des charges régional](#). Cette participation est encadrée par un accord écrit préalable entre le médecin, le centre de santé et l'ARS, puis la signature d'une convention avec la CPAM permettant le versement des forfaits, actes et majorations au CPDS.

Par ailleurs, l'organisation mise en place peut permettre de **faciliter l'accès aux soins y compris au domicile des patients**, en journée, lorsque ces derniers ne sont pas en capacité de se déplacer jusqu'au centre. Une organisation associant de la télémédecine et un accompagnement par un(e) IDE peut, dans ce cas, constituer un levier intéressant pour le suivi des patients.

En outre, le CPDS est encouragé à **développer une offre permettant de fluidifier la prise en charge des personnes atteintes de pathologies mentales**. Cette offre doit être construite en partenariat avec les centres hospitaliers psychiatriques et les centres médico-psychologiques. Deux situations méritent à ce jour d'être confortées par les CPDS :

- l'accès de proximité à une prise en charge psychiatrique, soit pour un pré-diagnostique, soit pour un suivi des patients aux pathologies mentales non complexes, en réponse à des délais encore trop longs d'accès aux centres médico-psychologiques (CMP) et à une faible offre de psychiatres libéraux dans certains territoires ;
- l'accès à une prise en charge somatique pour les patients suivis en CMP et qui ne trouvent pas de solution de suivi par un médecin traitant dans l'offre libérale existante (le partenariat doit faciliter l'adressage des patients).

Enfin, il peut également développer l'accès à certaines prises en charge dont l'IVG [par voie médicamenteuse](#).

De manière générale, l'organisation et le fonctionnement du CDSP doivent permettre **l'adhésion à l'accord national** entres les centres de santé et les caisses d'assurance maladie (<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national/accord-national-centres-sante> + [guide d'aide](#)), afin de bénéficier des financements complémentaires au paiement à l'acte (voir partie 5.3.2. « Financements complémentaires prévus dans l'accord national des centres de santé »).

2. Organisation territoriale et coopérations

L'organisation territoriale du CPDS et le choix d'implantation doivent permettre :

- de conforter l'offre en médecine générale dans les territoires les plus en difficulté, c'est-à-dire déficitaires en offre de soins (ZIP et ZAC) ;
- de favoriser l'accès aux soins auprès des publics les plus fragiles et/ou les plus éloignés du soin.

2.1. Organisation générale

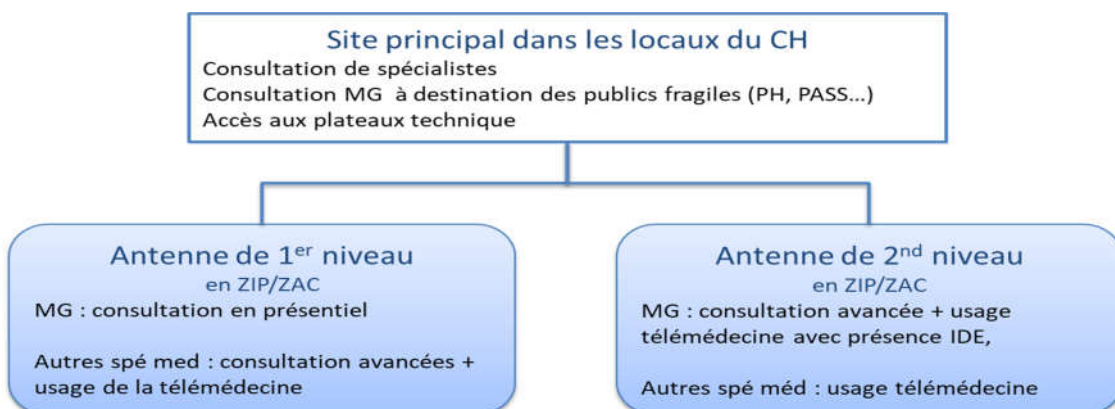
Le modèle organisationnel de CPDS retenu dans le présent cahier des charges est le suivant :

- **un site principal situé dans le centre hospitalier** (locaux dédiés au sein de l'établissement ou locaux adossés) qui intègre :
 - **Une activité de premier recours**, c'est-à-dire, a minima de médecine générale et, si possible, de pédiatrie, d'odontologie et de gynécologie, avec une attention particulière pour les publics les plus fragiles et/ou éloignés du soin (personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes éligibles à la C2S et/ou l'AME,...) ;
 - **Une l'activité de médecine de spécialité de second recours**, en particulier pour la prise en charge et le suivi des maladies chroniques. Cette activité est bien souvent déjà développée par le centre hospitalier et a vocation à être transférée au CPDS. Elle correspond à une prise en charge ambulatoire dans le cadre du parcours de soins coordonné, en lien avec le médecin traitant. Elle ne recouvre pas les actes et consultations en lien direct avec un séjour hospitalier y compris en hôpital de jour (comme les consultations pré et post-hospitalières qui sont de fait exclues).
 - **un accès facilité aux plateaux techniques** (imagerie, biologie) de l'établissement de santé (dans ce cadre, tout ou partie de l'activité externe d'imagerie de l'établissement peut être intégrée au centre de santé ».

- **Une ou plusieurs antennes implantées dans des zones en sous-densité médicale** (ZIP ou ZAC) :
 - **Antenne(s) de niveau 1**, réalisant une **activité de 1^{er} recours** (médecine générale) en présentiel **et facilitant l'accès au 2nd recours** par des consultations avancées et l'usage de la télémédecine ;
 - **et, le cas échéant, antenne(s) de niveau 2**, réalisant une **activité de 1^{er} recours**, avec une présence paramédicale en présentiel (IDE) et une offre de médecine générale couplant consultations avancées et télémédecine.

Afin de contribuer à l'amélioration de la couverture en soins de médecine générale des zones classées en ZIP ou ZAC, **le CPDS devra développer a minima une antenne de niveau 1** dès son ouverture.

Figure 1 : organisation territoriale du CPDS



2.2. Choix d'implantation des antennes

Il convient de **cibler les ZIP et ZAC qui se caractérisent par une sous-densité en médecine générale**. Ces territoires peuvent se caractériser par exemple par des départs à la retraite imminents et qui ne seront pas remplacés ou encore la volonté de certains professionnels de santé (médecins généralistes, IDE) d'exercer en tant que salarié ou dans le cadre d'un exercice mixte.

- ➔ Les outils de diagnostic [REZONE CPTS](#) et [REZONE Médecin](#) (développés par l'Assurance Maladie) permettent d'identifier par territoire les principales caractéristiques de santé de la population, les besoins en soins, l'offre déjà existante ainsi que les zones en sous-densité médicale
- ➔ L'appui de la délégation départementale de l'ARS (DD-ARS), ainsi que de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) peut également être sollicité

Le choix de l'implantation doit faire l'objet d'une **concertation territoriale préalable** avec les professionnels de santé de ville et les élus concernés.

L'implantation peut être facilitée par l'appui des collectivités territoriales (commune, communauté de communes, communauté d'agglomération,...) avec, par exemple, la mise à disposition de locaux, d'infrastructures numériques, de personnel d'accueil et/ou d'assistant social, ...

Règlementairement, les antennes d'un centre de santé doivent être situées à moins de 30 min du site principal. Toutefois des dérogations motivées peuvent être accordées par le Directeur général de l'ARS. Dans la mesure où l'un des objectifs des CPDS est de renforcer l'offre de soins de premier et de second recours, en particulier dans les zones déficitaires en offre de soins, les demandes de dérogation feront l'objet d'un examen bienveillant.

L'implantation en ZIP/ZAC permet au centre de santé de bénéficier d'un contrat d'aide à l'installation (voir partie 5.3. « Recettes et leviers financiers »).

2.3. Articulation de l'offre avec les autres acteurs du territoire

L'inscription du CPDS dans les dynamiques de territoire est incontournable pour la réussite du projet, la pérennisation de l'offre et l'articulation des prises en charge avec les autres acteurs de santé.

Cela se traduit en premier lieu par **une information et une concertation avec les professionnels de santé de ville du territoire**, notamment les médecins généralistes (en lien avec la DD-ARS). Un partenariat avec la ou les communauté(s) professionnelle(s) territoriale(s) de santé (CPTS) est encouragé en vue d'une participation aux missions de la CPTS, afin de mieux répondre aux besoins de la population. S'agissant de la coordination des parcours complexes et de l'appui au maintien à domicile, il peut être fait appel au dispositif d'appui à la coordination, c'est-à-dire à la plateforme territoriale d'appui (DAC-PTA). Enfin, le CPDS peut également participer aux actions prévues dans le cadre du contrat local de santé (CLS), lorsqu'il en existe un sur le territoire, ainsi qu'à d'autres actions ou organisations locales contribuant à l'amélioration des parcours de santé.

Des partenariats doivent également être établis avec les autres acteurs clés de la prise en charge des patients, par voie de convention ou de protocoles partagés. Il s'agit par exemple de l'HAD, des SSIAD, des centres de soins spécialisés (ex : dialyses), des autres structures d'exercice coordonné (notamment MSP), du DAC-PTA, des réseaux régionaux de cancérologie et de périnatalité, des associations d'aides aux personnes les plus vulnérables, des établissements et services médico-sociaux, des services sociaux.

L'intégration des usagers (déjà présents au sein de la commission des usagers de l'établissement) doit permettre d'assurer une information et une concertation sur l'offre développée au sein du CPDS ainsi qu'un suivi de la qualité des prises en charge. Dans cet objectif, un travail doit être mené localement avec les représentants des usagers, afin de définir les modalités de participation de ces derniers dans le cadre du CPDS. Une démarche participative doit être encouragée, en particulier dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

3. Travail en équipe pluriprofessionnelle et facteurs d'attractivité

Dans le cadre du CPDS, deux facteurs d'attractivité ont vocation à attirer des professionnels de santé :

- le mode d'exercice coordonné, fondé sur le travail en équipe pluriprofessionnelle et sur des modalités de coordination ;
- les conditions d'exercice définies par le statut et les types de contrats, ainsi que par les règles de fonctionnement du centre.

3.1. Travail en équipe pluriprofessionnelle

L'organisation et le fonctionnement du CPDS doivent notamment reposer sur des fonctions de coordination bien identifiées, à travers un binôme :

- **administratif** : pour la gestion du taux de remplissage des plannings, l'appui à la création des dossiers patients et la mise à jour des droits, l'animation et le suivi des partenariats, le suivi des contrats avec l'ARS et l'assurance maladie, la réponse aux appels à projets, l'animation de projets... ;
- **et médical** : pour l'organisation des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP), la définition des protocoles, la coordination interne et externe (lien ville-hôpital,...) pour la mise en œuvre des missions du centre et le développement de nouvelles activités, l'animation des stages/internat,...

Par ailleurs, le travail en équipe pluriprofessionnelle doit impérativement s'appuyer sur des outils et modalités de coordination :

- **réalisation de RCP** organisées entre les professionnels des différents sites géographiques et, le cas échéant, élargies aux autres professionnels hors CPDS impliqués dans la prise en charge des patients ;
- **mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels** formalisés par les professionnels du centre, en particulier pour la prise en charge des patients ayant une maladie chronique et dont la prise en charge implique différents professionnels de santé (cf. annexe 1) ;

- **mise en place de protocoles de coopération (délégation de tâches)** afin d'optimiser le temps médical et d'accroître l'attractivité auprès des professionnels de santé. À titre d'exemple, un binôme médecin déléguant / IDE, masseur-kinésithérapeute offre de nombreuses possibilités pour le suivi des maladies chroniques et la prise en charge des soins non programmés. La liste complète des protocoles validés en région Nouvelle-Aquitaine est disponible sur le site de l'ARS : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/protocoles-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-2> (cf. annexe 2) ;
- **recours à des infirmiers de pratiques avancées (IPA)**, en particulier pour la prise en charge des pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ;
- **déploiement d'un système d'information partagé** (voir partie 4 « Système d'information en santé et télésoin).

3.2. Statuts

Le statut de praticien hospitalier (PH) permet de rendre le recrutement plus attractif. Dans la mesure où le centre hospitalier est le gestionnaire du CPDS, ce dernier peut être considéré comme une unité fonctionnelle de l'établissement, ce qui permet un tel recrutement. L'établissement de santé a ainsi la possibilité d'établir un profil de poste qui intègre les spécificités d'exercice en centre de santé, mais aussi de proposer, le cas échéant, au praticien, d'avoir une activité partagée entre le CPDS et les services hospitaliers, et donc d'étendre son offre en termes de gestion de carrières et de recrutement.

Le recours aux contractuels : malgré une rémunération et/ou une progression de carrière moins attractive(s) que celle du statut de PH, le recours aux praticiens contractuels peut être intéressant dans les situations suivantes :

- dans le cadre d'un **engagement à une carrière hospitalière** (prime d'engagement de carrière hospitalière) : le professionnel s'engage à exercer 3 ans à l'hôpital public dans une spécialité définie en tension au niveau local ou au niveau national et à passer le concours PH des établissements publics de santé ; en contrepartie le médecin généraliste (ou autre spécialiste hors anesthésie et radiologie) perçoit une prime de 20 000 €, sous réserve que l'établissement ait demandé à inscrire la spécialité dans l'arrêté du Directeur général de l'ARS ;
- dans le cadre du **dispositif 400 MG** qui permet de soutenir financièrement le recrutement de médecins généralistes salariés à temps plein ou à temps partiel dans des centres de santé situés en zones déficitaires en offre de soins (ZIP/ZAC) ou en QPV.

Le CDS peut également faire appel à des médecins remplaçants par voie d'intérim ou par des contrats de vacation pour assurer la continuité des soins.

3.3. Autres conditions d'exercice contribuant à l'attractivité

Le développement de l'exercice mixte peut constituer un facteur supplémentaire d'attractivité des postes. Deux cas de figure sont envisageables :

- un professionnel de santé libéral qui, en complément de son activité, exerce une partie de son temps en tant que salarié au sein du CPDS ;

- un praticien hospitalier qui exerce à la fois à l'hôpital (ex : service de médecine interne) et dans le CPDS ; ce dernier peut également développer une activité libérale en sus.

L'exercice multi-site (activité partagée entre le site principal du CPDS et la ou les antennes) peut quant à lui être attractif grâce à la prime d'exercice territorial accordée aux praticiens qui ont une activité partagée entre des sites distants d'au moins 20 km. Pour rappel, le montant de la prime varie en fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice du praticien, ainsi que du nombre de sites d'exercice différents le cas échéant (*1 demi-journée : 250 € brut ; de plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées inclus : 450 € brut ; de plus de 3 demi-journée à 4 demi-journées inclus : 700€ brut ; 4 demi-journées sur au moins 2 sites différents du site principal d'exercice : 1000 € brut ; plus de 4 demi-journées : 1000€ brut*).

L'optimisation du temps médical peut être recherchée en s'appuyant sur des protocoles de coopérations (délégation de tâches), le recours à un infirmier de pratique avancée (IPA) ou encore à une fonction de type assistant médical.

L'accueil d'étudiants et d'internes en médecine est particulièrement important pour faire connaître les nouvelles modalités d'exercice coordonné en soins primaires et pour donner envie aux futurs professionnels de santé d'exercer la médecine de ville et en particulier dans les territoires déficitaires en offre de soins. En outre, la présence d'internes permet de renforcer l'offre de soins proposée au sein du CPDS. C'est pourquoi le CPDS doit, dans la mesure du possible, intégrer des professionnels de santé maîtres de stage, en priorité en médecine générale et si possible pour les autres professions présentes au sein du centre (chirurgien-dentiste, sage-femme IDE, masseur-kinésithérapeutes,...).

Le développement de la formation continue constitue un élément important dans la carrière d'un professionnel et peut contribuer l'amélioration des pratiques, ainsi qu'à la bonne mise en œuvre des missions du centre, voire à l'élargissement des activités proposées en son sein. Les formations proposées peuvent, par exemple, porter sur l'accompagnement des personnes en situation de précarité ou de handicap, le développement de la pluriprofessionnalité dans la prise en charge des maladies chroniques ou encore la cotation des actes, l'accompagnement aux droits, l'intégration des usagers,...

De manière plus générale, **la responsabilisation de l'équipe** semble incontournable pour assurer l'efficacité du centre. Il s'agit ainsi d'impliquer les professionnels de santé dans :

- l'élaboration, le suivi et l'évolution du projet de santé du centre ;
- la mise en œuvre et l'évaluation de l'activité (y compris médico-économique) et de la performance collective ;

S'agissant des contractuels, il est fortement préconisé d'intégrer dans le contrat de travail une part fixe et une part variable qui prend en compte a minima le temps de présence, le volume d'actes réalisés et la fonction de médecin traitant, avec des objectifs individuels et collectifs.

Afin d'assurer la fonction de médecin traitant et le suivi au long court des patients, le temps minimal de présence des professionnels de santé dans un centre de santé est estimé à au moins 5 à 6 demi-journées par semaine (source : « *Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants* », Mutualité Française, avril 2012).

4. Système d'information en santé et télésoin

4.1. Labellisation du SI et convergence SI des GHT

Le CPDS doit impérativement disposer d'un **logiciel ayant le label e-santé** (*a minima* de niveau 1). Cette labellisation assure une adéquation des fonctionnalités minimales avec l'activité du centre, apporte des garanties sur l'hébergement des données ainsi qu'une aide à la prescription médicamenteuse et permet la dématérialisation des feuilles de soins. Cette labellisation garantit également la compatibilité du logiciel avec les « services socles prioritaires » du numérique en santé en France : alimentation automatique des DMP et des plateformes « Mon espace santé » des patients, intégration de la Messagerie Sécurisée de Santé, intégration de l'Identifiant National de Santé et gestion des cartes e-CPS.

De plus, ce label est un pré requis d'éligibilité aux rémunérations forfaitaires octroyées par l'Assurance maladie.

L'activité du CPDS apparait comme un « domaine fonctionnel » propre, ce qui permet un choix d'outil SI indépendant du dossier patient informatisé du CH. Néanmoins les SI mis en œuvre seront soumis à la convergence SI des GHT, aussi il faut que les porteurs de projets veillent à choisir un outil identique au sein d'un même GHT. Ce choix permet par ailleurs une gestion rationalisée de sa maintenance et de toutes les dépenses connexes associées.

Si nécessaire et selon les flux de patients entre le CPDS et le CH de rattachement, des interfaces entre l'outil du CPDS et le dossier patient informatisé du CH pourraient être développées, néanmoins cela ne semble pas indispensable à ce stade. L'interopérabilité via l'alimentation du DMP des patients permet d'assurer le partage nécessaire d'information entre les acteurs du parcours de soin.

4.2. Télésanté

La télésanté est composée de 2 domaines d'activités :

- **La télémédecine** pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical. Elle comprend notamment :
 - **La télé-expertise** : sollicitation d'un avis médical par un médecin sur la base de d'éléments médicaux échangés prise en charge par l'Assurance maladie depuis 2019.
 - **La téléconsultation** : consultation réalisée à distance par vidéo-transmission entre un médecin et son patient, prise en charge par l'Assurance maladie depuis 2018.
 - **L'accompagnement à la téléconsultation** réalisable par les infirmiers et les pharmaciens et prise en charge par l'Assurance maladie depuis janvier 2020.

- **Le télésoin** pour les activités réalisées à distance par un professionnel paramédical ou par un pharmacien et relevant de son champ de compétence. Le télésoin a été autorisé de manière dérogatoire à l'occasion de la crise sanitaire, puis le décret du 3 juin 2021 inscrit dans le code de la santé publique.

L'ensemble de ces actes seront facturables après la publication au journal officiel des avenants conventionnels régissant les rapports de chaque profession avec l'Assurance maladie, et les modalités de facturation ne seront rendues publiques qu'à partir de cette date.

Dans l'intervalle et en attendant sa mise à jour, c'est le guide de facturation de la DGOS de 2019 qui fixe les modalités de facturation des actes de télémedecine par les établissements de santé : « *Les actes de téléconsultations sont juridiquement assimilés à des actes et consultations externes et répondent ainsi aux mêmes cadres juridiques et aux mêmes conditions de facturation* » (p.10)

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

4.3. Coordination avec les autres acteurs, échange et partage de données de santé

Afin d'assurer la coordination entre les professionnels du CPDS et les autres acteurs de santé, le CPDS peut utiliser l'outil régional « e-parcours » [PAACO-Globule](#) mis en œuvre en Nouvelle-Aquitaine.

Et selon les besoins, les professionnels de santé du CPDS pourront à l'instar des professionnels des CH ou des professionnels libéraux, échanger de façon sécurisée avec leurs partenaires extérieurs via la messagerie sécurisée de santé professionnelle et dès 2022 avec les patients via la messagerie sécurisée de santé personnelle (intégrée à Mon espace santé).

4.4. Prise de RDV en ligne

Le CPDS doit mettre en œuvre un outil de prise de RDV en ligne afin de permettre aux patients de prendre directement des RDV pour des consultations (selon les organisations qui seront mises en place).

Selon les existants cet outil peut-être mutualisé avec l'outil de prise de RDV du CH de rattachement afin de rationaliser les coûts et la maintenance, mais également afin de faciliter la gestion des plages de RDV pour les professionnels intervenants également au sein du CH.

4.5. Infrastructure et choix des outils

La couverture de télécommunication au sein des locaux doit permettre l'usage des outils numériques dont ceux de télésanté.

Conformément aux orientations nationales et régionales, le CPDS doit choisir la solution de télésanté qui correspond le mieux à ses besoins.

- ➔ Le GIP ESEA, opérateur e-santé de l'ARS, se tient à la disposition des porteurs de projets pour les conseiller dans le choix de solutions numériques, d'équipements et dans la bonne adaptation des réseaux de télécommunication qui seront nécessaires au développement des usages numériques et notamment la télémedecine (telemedecine@esea-na.fr).

Par ailleurs, par souci de cohérence et de simplification pour les professionnels utilisateurs exerçant également au CH, le CPDS peut très bien mettre en œuvre la solution de télésanté d'ores et déjà déployée dans le CH de rattachement si, bien entendu, elle couvre ses besoins fonctionnels (filières et spécialités développées en télémedecine, type d'acte, ...).

L'hébergement des données de santé doit respecter les référentiels en vigueur et dans un souci d'optimisation/mutualisation, il peut être assuré par le CH de rattachement.

5. Modélisation économique et circuits de facturation

5.1. Création d'un budget annexe

Le budget du CPDS doit être rattaché au budget de l'hôpital par la création d'un budget annexe. Il ne peut pas être rattaché directement au budget H du fait de la diversité des financements.

La création de ce budget annexe fait l'objet d'une demande spécifique auprès du comptable public et est créée dans le logiciel de l'établissement. Le budget spécifique peut être le budget P.

En cas de transfert de certaines activités du budget H vers le budget annexe, l'impact sur le budget H doit être modélisé. De manière globale, le fonctionnement du CPDS ne doit pas dégrader la situation financière de l'établissement.

- ➔ Réalisation d'un budget sur 5 ans afin de prendre en compte la montée en charge du projet. Modèle classique d'un EPRD/PGFP. Le budget doit être équilibré sur la durée (cf. annexe 5)

5.2. Identification des recettes et leviers de financement

5.2.1. Définition du périmètre d'activité

La définition du périmètre d'activité du centre de santé est le préalable indispensable, afin de définir les ressources humaines et matérielles associées, ainsi que les dépenses et recettes qui en résultent.

Tous les éléments suivants doivent faire l'objet d'une analyse pour définir le périmètre d'activité du CPDS :

Activités transférables	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nature des consultations externes transférables vers le CPDS. Une expertise devra être apportée aux cas particuliers suivants : <ul style="list-style-type: none"> - consultations qui ont un financement complémentaire type MIGAC (exemple : consultation mémoire) ; - Autres. ○ Nature des actes intégrés au CPDS, permettant d'obtenir un seuil de rentabilité, et typologie des professionnels exécutants ; ○ Nombre de passages en urgences transférables au CPDS et impact correspondant sur le budget H.
Activité à développer	<ul style="list-style-type: none"> ○ Calibrage de l'activité socle en médecine générale et en spécialités ; ○ Développement d'activités pour répondre aux spécificités territoriales dans le champ médical et paramédical ; ○ Diversification des activités pour maintenir l'équilibre global du CPDS (équilibre entre le site principal et les antennes de niveau 1 et 2). ○ Part de la télémédecine et activité ciblée.

5.2.2. Recettes d'activité (paiement à l'acte)

Les centres de santé sont financés par les actes facturés à l'assurance maladie. La diversification des activités (médicales et paramédicales) n'est donc pas neutre dans le modèle économique du centre.

Les recettes doivent être réparties entre assurance maladie (titre 1) et organismes complémentaires (titre 2). L'établissement est obligé de mettre en place le tiers-payant pour le centre de santé, cependant il peut choisir entre le tiers-payant intégral ou partiel. Ce choix a un impact sur le risque de non-recouvrement, en cas de tiers payant intégral, il est recommandé de valoriser ce risque dans le budget. À titre indicatif, le montant est généralement évalué à 3€/passage (provision pour créances irrécouvrables).

Une projection des recettes d'activité doit être établie, en lien avec la définition du périmètre d'activité. Toutes les hypothèses sous-jacentes doivent être détaillées, par site ou antenne :

- Montée en charge de l'activité ;
- Amplitude horaires ;
- Nombre d'actes et consultations par ETP et unité de temps ;
- Tarification (sur la base du conventionnement du secteur 1) y compris les majorations pouvant être facturées (majoration de certaines consultations, médecin traitant,) ;
- Prise en compte des taux de remplissage et de non présentation des patients ;
- Analyse globale : impact sur le budget H (départ de certaines consultations / accès facilité au PT / Nouvelles hospitalisations...).

5.2.3. Financements complémentaires prévus dans l'accord national des centres de santé

- o La rémunération forfaitaire spécifique :

Cette rémunération est liée au respect d'engagements « socle et prérequis » et d'engagements « optionnels » articulés autour de 3 axes :

	Axe 1 : accès aux soins	Axe 2 : coordination	Axe 3 : système d'information
Critères socles et prérequis	Large amplitude des horaires d'ouverture ; Accès à des soins non programmés.	Organisation de réunions de concertation pluriprofessionnelle ; Élaboration de protocoles pluriprofessionnels ; Identification d'un responsable de la coordination.	Mise en place d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'agence du numérique en santé, niveau standard (logiciel labélisé).
Critères optionnels	Réalisation de missions de santé publique. Diversification de l'offre de soins.	Organisation de réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes (centres de santé ayant une forte activité dentaire).	Tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre.

	<p>Accueil d'un médecin salarié émanant d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale.</p> <p>Accompagnement des publics vulnérables.</p> <p>Information du public.</p>	<p>Formation de jeunes professionnels de santé.</p> <p>Coordination externe (mise en place d'une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs au centre).</p> <p>Réalisation d'une auto-évaluation et d'un plan d'amélioration de la qualité.</p>	<p>Mise en place d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'agence du numérique en santé, niveau avancé (logiciel labélisé).</p> <p>Télétransmission et télé-services.</p>
--	---	---	--

Le respect de ces engagements, mesuré par des indicateurs, génère un nombre de points qui déterminent le montant de la rémunération forfaitaire spécifique.

- La rémunération liée à la patientèle médecin traitant

Cette rémunération permet de valoriser la fonction de médecin traitant et donc de favoriser le suivi au long cours des patients au sein du centre de santé.

Le forfait patientèle médecin traitant est calculé chaque année en fonction du nombre de patients ayant déclaré un médecin traitant dans la structure et en tenant compte des caractéristiques de la patientèle (âge et pathologies).

Valorisation du forfait patientèle médecin traitant selon l'âge et la pathologie des patients		
Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42 €
Patient de moins de 80 ans et en ALD	Y compris les enfants de 0 à 6 ans avec ALD	42 €
Patient de 80 ans ou plus et en ALD	ALD	70 €
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	5 €

(Source : ameli.fr)

Une majoration est appliquée selon la part de la patientèle bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (ex CMU-C et ACS). Cette majoration intervient lorsque la part de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire du médecin traitant est supérieure au taux moyen national. Elle correspond à la moitié de la différence entre le taux national et le taux constaté pour la patientèle médecin traitant du médecin (plafonnée à 25 %).

- La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) :

La ROSP vise à favoriser et valoriser les efforts des médecins en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge, sur la base d'indicateurs de santé publique calculés sur l'ensemble de la patientèle.

➔ **Voir liste des indicateurs ROSP en annexe 3**

- Les contrats et aides à l'installation
 - Contrat d'aide à l'installation en zone sous-dotée :

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres médicaux et polyvalents dans les zones sous-denses au sens de l'article R.1434-4 du CSP (ZIP / ZAC). Le CDS s'engage à exercer pendant 5 années consécutives et à participer à la PDSA contre quoi il bénéficie d'une aide de 30 000€ par ETP médecin généraliste salarié pour le 1^{er} ETP puis 25 000€ pour le 2^{ème} et le 3^{ème} ETP. 50% de l'aide est perçue à la signature du contrat.

- Contrat de stabilisation et de coordination en zone sous-dotée

Ce contrat vise à valoriser la pratique d'exercice coordonné dans les zones sous-denses au sens de l'article R.1434-4 du CSP (ZIP / ZAC). Il est cumulatif avec le contrat d'aide à l'installation seulement à partir de la 2^{ème} année d'ouverture du centre et pour les nouveaux postes créés dans la limite de 2 ETP. Le centre doit appartenir à une CPTS et s'engage à exercer pendant 3 années en zones sous-dotée contre quoi il bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000€ par an et par ETP de médecin salarié.

- La subvention Teulade :

La subvention Teulade consiste en une compensation, par l'assurance maladie, d'une partie (11,5 %) des cotisations dues par les centres de santé, comme cela existe également pour les médecins libéraux (prise en charge d'une partie des cotisations maladie et vieillesse).

Ce dispositif concerne l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé.

Le remboursement intervient après justification (attestation URSSAF) du paiement complet des cotisations sociales.

Pour en savoir plus sur l'accord national des centres de santé :

<https://www.ameli.fr/gironde/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national/accord-national-centres-sante>

5.2.4. Autres financements directs ou indirects

- Collectivités territoriales : des aides peuvent être accordées par les communes, communautés de communes/ d'agglomération, conseils départementaux, conseil régional... Ces aides, dont la décision d'attribution relève de chaque financeur, sont variables d'un territoire à un autre et peuvent prendre différentes formes : mise à disposition de locaux

et/ou de personnel administratif, social,..., participation aux coûts de fonctionnement de la structure.

- ARS (Fond d'intervention Régional) : au titre de l'implantation des antennes en ZIP/ZAC ou QPV, les CPDS sont éligibles à l'aide au démarrage de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Cette aide financière, non renouvelable, est versée à l'ouverture effective du centre. À titre indicatif, le montant de l'aide s'élève en 2021 à 85 000€ pour les CDS pluriprofessionnels.

5.3. Identification des charges

5.3.1. Dépenses relatives à la masse salariale

Le calibrage des effectifs est à produire en lien avec le périmètre d'activité défini ci-avant et doit tenir compte également des contraintes de recrutement sur le territoire. L'ensemble du personnel du CPDS fait l'objet d'une possible mutualisation avec le CH, afin d'optimiser les coûts associés à la gestion des ressources humaines.

Le volume en ETP par type de professionnel est à estimer de façon pluriannuelle, en fonction de la montée en charge préalablement définie. Les rémunérations correspondantes doivent distinguer le salaire de base des autres éléments constituant la rémunération, notamment les primes ou éléments liés à des aspects géographiques, etc.

Un détail par typologie de personnel (médecins généralistes, autres spécialistes, paramédicaux, secrétariat...) sera à transmettre avec l'analyse des effectifs pluriannuels et les éléments de rémunérations.

5.3.2. Dépenses d'investissement et coûts de structure

Les dépenses à prendre en compte sont les suivantes :

<p>Investissement immobilier</p>	<p>En fonction de l'implantation des locaux du site principal et des antennes, l'établissement devra dimensionner ses locaux et définir sa stratégie immobilière :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le juste dimensionnement des locaux au regard de l'activité et des maquettes organisationnelles. Les salles de consultations devront être mutualisées entre les différents professionnels, une salle de réunion devra également être dimensionnée pour permettre la coordination. En fonction, une salle de petite urgence pourra également être proposée ; - investissement versus location : L'établissement devra analyser les différentes stratégies possibles au regard de l'aide que peuvent apporter certaines communes ou département (prêts de locaux, don de terrain, ...) afin de minimiser les coûts liés à la structure (amortissement, loyer, maintenance, etc.).
<p>Équipements</p>	<p>La cartographie des investissements en équipements par site devra comporter les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aménagement des locaux - Equipement informatique (mutualisation envisageable des logiciels avec ceux du CH) - Equipement de matériel médical (type échographe, épreuve d'effort...) - Equipement de petit matériel médical - Equipement de télémédecine

Coûts de la structure	<ul style="list-style-type: none"> - Charges de loyer ou d’amortissement des locaux - Charges liées aux différents marchés (nécessité de mutualiser les contrats : nettoyages, maintenance informatique, assurances...) - Charges indirectes - Charges d’amortissement des équipements (amortissement par composant) - Consommables (médicaments, fonctionnement, ...)
------------------------------	---

5.3.3. Mutualisations de fonction

La gestion du centre par un établissement de santé doit permettre une **mutualisation efficiente des compétences et des fonctions support** dont notamment :

- Les outils numériques :
 - o site internet ;
 - o infrastructure de téléphonie et gestion du parc (fixe, mobile) ;
 - o prise de rendez-vous en ligne avec une visibilité dédiée au CPDS ;
 - o hébergement sécurisé des données (administratives et de santé) sur les infrastructures du CH ;
 - o le ou les outils de télémédecine exploités : mutualisation avec l’outil du CH/GHT ;
 - o tableau de bord de pilotage, ...
- La communication ;
- La gestion comptable ;
- La gestion des ressources humaines et l’expertise juridique ;
- Les achats (économie d’échelle, négociation avec des fournisseurs, contrôle des consommations – fiabilisation des commandes) ;
- L’investissement et la maintenance.

5.4. Accueil – Facturation – Recouvrement

Admission sur site : Avant la consultation, les données relatives au patient doivent être enregistrées : sa carte vitale et sa complémentaire, si tiers-payant intégral.

Codage de l’activité et facturation : après la consultation, l’acte réalisé doit être codé et la feuille de soin électronique doit être télétransmise à la CPAM. La CPAM se charge du flux d’information vers la mutuelle du patient (tiers-payant partiel ou intégral).

Encaissement :

Le centre de santé doit réaliser, sur place via sa régie, une partie des encaissements :

- La part patient si le patient ne dispose pas de mutuelle ou si l’établissement de santé a fait le choix d’un tiers payant partiel ;
- La part patient et assurance maladie en cas d’absence de carte vitale.

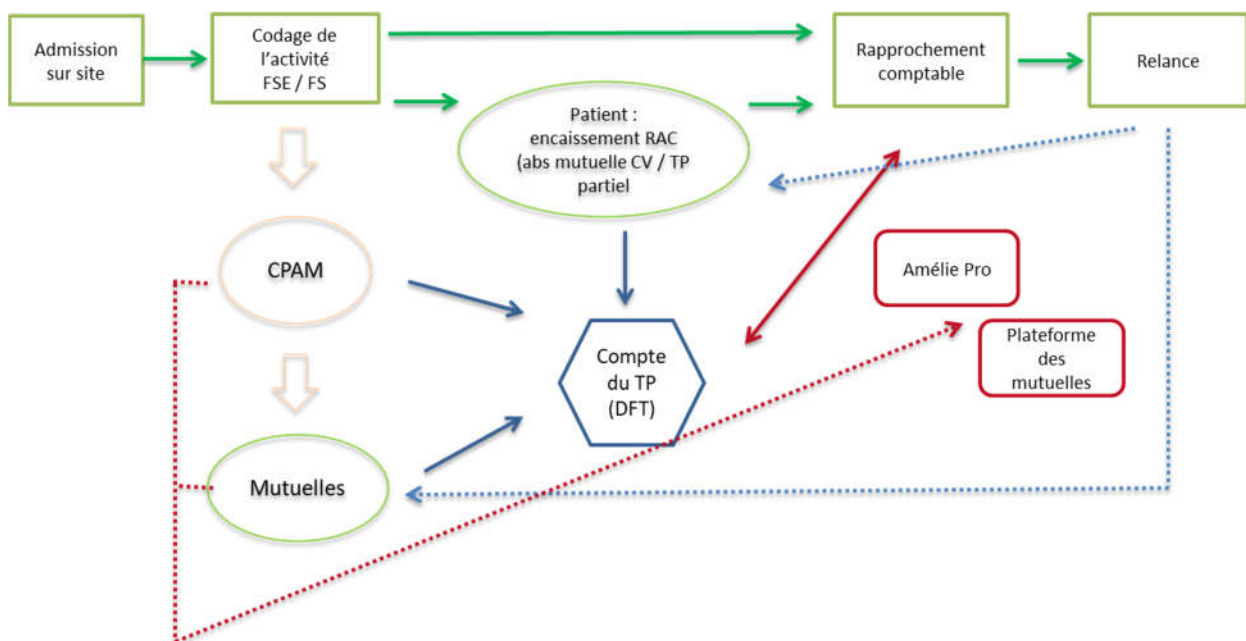
La CPAM et les mutuelles (en cas de tiers payant intégral) paient directement l’établissement sur le compte de la trésorerie. Ce flux est globalisé avec l’ensemble des versements pour centre de santé.

Rapprochement comptable et relance :

La CPAM et les mutuelles effectuent des virements afin de payer le centre de santé, ces virements suivront leur calendrier de flux spécifiques et seront globalisés. Le rapprochement comptable est réalisé par l'établissement et non le trésorier ainsi que les relances. Il est à noter que le rapprochement comptable est complexe à faire et doit être effectué au fil de l'eau des virements pour tracer la comptabilité du centre et permettre de relancer les impayés.

Le rapprochement comptable est facilité par la plateforme Amélie Pro et les plateformes des mutuelles.

Figure 2 : codage de l'activité



6. Procédure de création d'un centre public de santé

Étape 1 : écriture du projet

L'établissement rédige le projet de santé (qui intègre le règlement de fonctionnement), l'engagement de conformité et l'annexe financière (modélisation médico-économique) qu'il dépose à l'ARS.

Il est recommandé d'intégrer dès cette étape la CPAM afin de faciliter l'obtention des aides liées à l'accord national.

Étape 2 : validation

Si le projet respecte les conditions d'ouverture d'un CDS et les conditions spécifiques du cahier des charges, l'ARS valide le projet et transmet à l'établissement de santé futur gestionnaire du CPDS :

- un récépissé qui vaut autorisation de délivrer des soins ;

- un numéro **FINESS géographique** qui permettra d'identifier le centre de santé et la rémunération associée (ce dernier permettra également d'actualiser les cartes CPS des médecins et de paramétrer le logiciel de facturation).

Étape 3 : préparation de l'ouverture du centre

➤ Informer la CPAM et signature des contrats

Dès validation, l'établissement informe la CPAM (transmission de l'ensemble des documents) afin d'être référencé pour la facturation des actes et afin de signer les contrats d'aides liés à l'accord national.

Afin de bénéficier de l'aide ponctuelle au démarrage de l'activité sur le fond d'intervention régional le CPDS contractualise avec l'ARS.

➤ Actualisation des cartes CPS

Le gestionnaire du CDPS transmet le FINESS géographique du centre à l'ordre des médecins. Ce dernier se charge de transmettre le flux d'information vers l'ANS (ex ASIP) pour actualiser les cartes CPS des médecins et permettre ainsi d'appliquer la facturation spécifique aux centres de santé. Une nouvelle carte sera éditée et transmise, ce qui permettra la déclaration médecin traitant et la facturation des actes.

➤ Intégration du FINESS dans le logiciel agréé centre de santé

Le logiciel labélisé E-santé qui permet la facturation et la télétransmission de FSE (Feuille de Soins Electronique) doit être paramétré pour intégrer le FINESS géographique du centre ainsi que les cartes CPS actualisées des médecins employés.

➤ Mise en place d'une régie

Les feuilles de soin télétransmises ne font pas office de titre ou facture, car non enregistrées dans les SIH de l'hôpital et donc non transmises au trésor public pour l'enregistrement et le recouvrement. Il est donc nécessaire de créer une régie de recettes, soit la création d'un compte bancaire spécifique (DFT) pour les encaissements CPAM, mutuelles et patients payants. Cette régie permettra d'effectuer l'épargne et de tracer la comptabilité du centre de santé et de relancer les impayés.

Le recouvrement (qui est complexe du fait d'être différent du schéma classique connu par les centres hospitaliers) doit également être anticipé.

➤ Mise en place du tiers-payant

L'accord national impose au centre de santé la mise en œuvre du tiers-payant uniquement sur la partie assurance maladie, l'établissement devra faire le choix entre le tiers payant intégral ou partiel.

- Le tiers-Payant partiel : l'établissement fait l'avance de la partie assurance maladie obligatoire (part CPAM) et le patient paye le ticket modérateur et des participations forfaitaires.

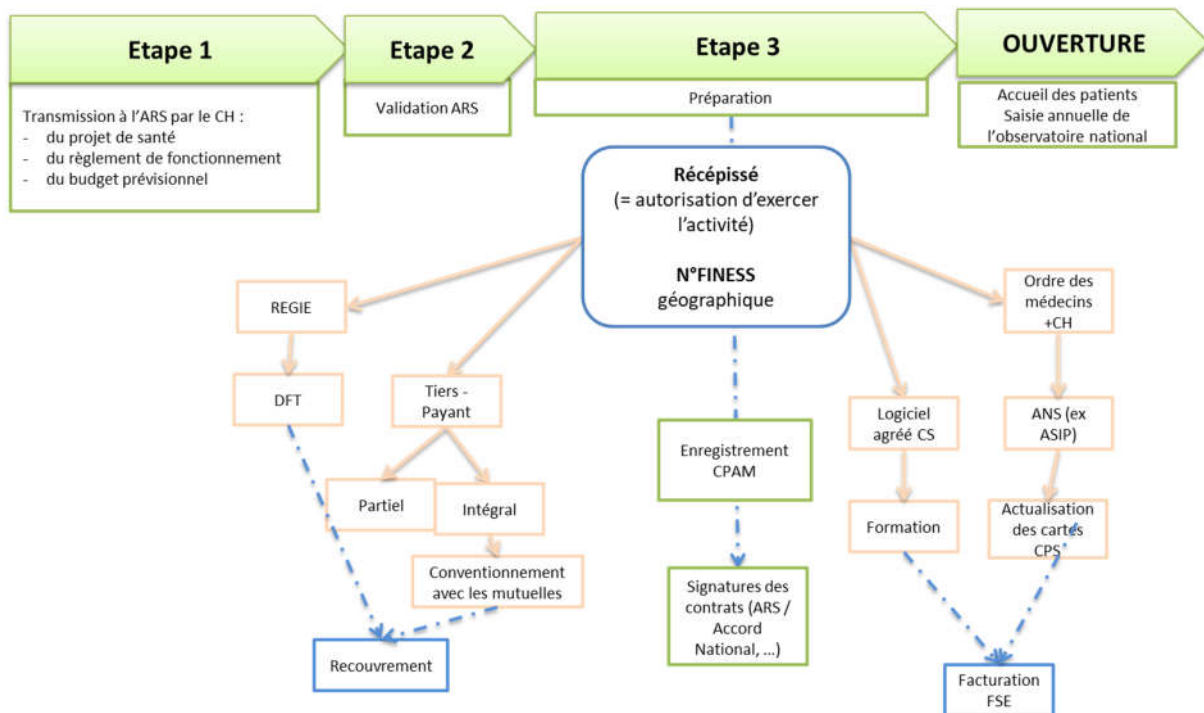
- Le tiers-payant intégral : l'établissement fait l'avance de la partie assurance maladie obligatoire et complémentaire.

Un conventionnement supplémentaire avec les organismes complémentaires doit être contractualisé afin de mettre en œuvre un tiers payant intégral (organisme INTER-AMC), (double conventionnement, car le CH est déjà conventionné).

Étape 4 : ouverture du CPDS et suivi

Le CPDS ouvre ses portes au public. Au même titre que les autres CDS, le CPDS renseigne annuellement l'observatoire national des centres de santé (plateforme de l'ATIH, saisie en début d'année civile). Un suivi complémentaire et spécifique aux missions des CPDS pourra être mis en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine

Figure 3 : étapes de création d'un CPDS



BIBLIOGRAPHIE :

Code de la Santé Publique, Chapitre III : Centres de santé. (Articles L6323-1 à L6323-1-15)
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171586/#LEGIARTI000036494896

Guide relatif aux centres de santé, DGOS <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/guide-relatif-aux-centres-de-sante>

Accord National destiné à organiser les rapports entre les Centres de Santé et les caisses d'Assurance Maladie
<https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-reference/accord-national/accord-national-centres-sante>

Guide de bonnes pratiques pour accompagner les centres de santé existants, Mutualité Française, avril 2012
<https://docplayer.fr/661450-Guide-realise-par-coactis-sante-avril-2012-guide-de-bonnes-pratiques-pour-accompagner-les-centres-de-sante-existants.html>

Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé, ARS Ile-de-France,
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/centres-de-sante-conditions-de-gestion-par-un-etablissement-de-sante>

Centres de santé pluriprofessionnels : leviers et bonnes pratiques organisationnelles en faveur de l'équilibre économique, ANAP, 2021, <https://ressources.anap.fr/parcours/publication/2800>

Guide DGOS de facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

GLOSSAIRE :

AME : aide médicale de l'Etat
ARS : agence régionale de santé
AS : assistant social
C2S : complémentaire santé solidarité (ex CMU-c)
CCAS : centre communal d'action sociale
CDS : centre de santé
CESU : Centre d'enseignement des soins urgents
CH : centre hospitalier
CLS : contrat locaux de santé
CMP : centre médico-psychologique
CPDS : centre public de santé complémentaire
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPTS : communauté professionnelles territoriales de santé
DAC-PTA : dispositif d'appui à la coordination (ex plateforme territoriale d'appui)
DD-ARS : délégation départementale – agence régionale de santé
DFT : Dépôt de fond au trésor
ECG : électrocardiogramme
EPCI : établissements publics de coopération intercommunale
ESEA : E-santé en action
ETHNA : éducation thérapeutique du patient en Nouvelle-Aquitaine
ETP : éducation thérapeutique du patient
FS : feuille de soin
FSE : feuille de soin électronique
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
IDE : infirmier diplômé d'Etat
IVG : interruption volontaire de grossesse
IPA : infirmière de pratique avancée
MCS : médecins correspondants du SAMU
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MSS : messagerie sécurisée de santé
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PDSA : permanence des soins ambulatoires
PH : praticien hospitalier
RAC : reste à charge
ROSP : rémunération sur objectif de santé publique
SAMU : service d'aide médicale urgente
SAS : service d'accès aux soins
SNP : soins non programmés
SSIAD : service de soins infirmier à domicile
TP : tiers-payant
RCP : réunion de concertation pluri professionnelle
ZAC : zone d'accompagnement
ZIP : zone d'intervention prioritaire

Annexe 1 : Mémo – Comment rédiger un protocole pluri-professionnel ?

Septembre 2018

Un protocole pluri-professionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes et médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation relevant d'une maladie aiguë ou chronique.

Article 3.2 de l'Accord conventionnel interprofessionnel du 24 juillet 2017

« Élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la **prise en charge** et le **suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée** de différents professionnels de santé.

Ces protocoles doivent :

- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (HAS, ANSM, Santé Publique France...),
- être adaptés à chaque équipe,
- répondre à un vrai besoin,
- formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
- être simples, aisément consultables lors des soins,
- préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

Les protocoles doivent porter en priorité sur les **thèmes listés à l'annexe 3** du présent accord.

Les protocoles élaborés sur des **thèmes n'appartenant pas à la liste** figurant dans cette annexe font l'objet d'un examen au cas par cas par le service médical de l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation. »

Annexe 3 de l'Accord conventionnel interprofessionnel du 24 juillet 2017

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

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Annexe 2 : Exemples de protocoles de coopération

Exemples de protocoles régionaux	
Maladie chronique Déléguant : Médecin Délégué : IDE	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge et suivi du diabète - Prise en charge pluriprofessionnelle des plaies chroniques des membres inférieurs et du pied diabétique - suivi de la prise en charge des patients atteints d'hépatite chronique C - adaptation traitement IRC - Suivi, prescription et orientation de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou une affection apparentée
Filière visuelle Déléguant : ophtalmologiste Délégué : orthoptiste ou IDE	<ul style="list-style-type: none"> - bilan visuel dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques (patients de 6 ans à 50 ans) - dépistage de la Rétinopathie Diabétique
Vaccination : Déléguant : Médecin Délégué : IDE	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation, décision et prescription de vaccination - Prescription et réalisation de vaccinations et de sérologies, remise de résultats de sérologie
Exemples de protocoles nationaux de soins non programmés dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle	
Déléguant : Médecin Délégué : Masseur-kiné	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville - Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines
Déléguant : Médecin Délégué : IDE et/ou pharmacien	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans - Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans - Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat - Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse

Annexe 3 : Indicateurs ROSP

Thème	Sous-thème	Indicateur	
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients ayant choisi le centre de santé comme médecin traitant (MT) traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen de fond d'œil ou d'une rétinographie dans les 2 ans	
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatinémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	
		Part des patients MT du centre traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT du centre ou d'une consultation de podologie dans l'année.	
	HTA	Part des patients MT du centre traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatinémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	
	Risque CV	Part des patients MT du centre dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	
		Part des patients MT du centre présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	
		Part des patients MT du centre traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	
	Prévention	Grippe	Part des patients MT du centre âgés de 65 ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière
			Part des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en A2LD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés
Dépistage des cancers		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	
		Part des patients MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	
		Part des patients MT du centre de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des 2 dernières années	
Iatrogénie		Part des patients MT du centre > à 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	
		Part des patients MT du centre ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	
		Part des patients MT du centre ayant initié par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	
Antibiothérapie		Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	
		Part des patients MT du centre traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique ; céphalosporine de 3 ^è et 4 ^è générations ; fluoroquinolones)	
Conduites addictives		Part des patients MT du centre tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	
		Part des patients MT du centre consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	
Efficience		Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques
	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques		
	Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques		
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques		
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire		
	Prescription de biosimilaires	Prescription de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires.	
		Part des patients MT du centre diabétiques traités par metformine	
		Part des patients MT du centre ayant un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	

Annexe 4 : Trame type projet CPDS et engagement de conformité

Annexe 5 : Trame type d'un budget



<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/>

Coordonnées :

Mélanie VOLPATO-COILIER

05.47.47.31.55

Melanie.VOLPATO-COILIER@ars.sante.fr

ARS Nouvelle-Aquitaine

-

103 bis rue Belleville CS 91704

33 063 Bordeaux Cedex.

09 69 37 00 33