



**PREFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R32-2025-129

PUBLIÉ LE 18 MARS 2025

Sommaire

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France /

R32-2025-03-14-00009 - Arrêté N°DOS -SDFGRH-2024-190 relatif aux contrats régionaux d'aide à la création de cabinet, d'aide à l'installation et au maintien des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones très sous dotées (18 pages)	Page 3
R32-2025-03-14-00011 - Arrêté N°DOS-SDDFGRHS-2025-1 relatif aux contrats-types régionaux d'aide à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées (10 pages)	Page 21
R32-2025-03-14-00007 - Arrêté N°DOS-SDDFGRHS-2025-11 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs destinés aux centres de santé infirmiers s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique (12 pages)	Page 31
R32-2025-03-14-00006 - Arrêté N°DOS-SDDFGRHS-2025-12 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs destinés aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnés au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique (18 pages)	Page 43
R32-2025-03-14-00008 - Arrêté N°DOS-SDDFGRHS-2025-13 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs destinés aux centres de santé dentaires s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnés au 1° de l'article L.1434-4 du Code de la santé publique (10 pages)	Page 61
R32-2025-03-14-00012 - Arrêté N°DOS-SDDFGRHS-2025-14 portant modification de l'arrêté N°DOS-SDA-2021-430 du 21 mai 2021 portant nomination des membres de l'union régionale des professionnels de santé sage-femme-Hauts-de-France (3 pages)	Page 71
R32-2025-03-14-00010 - Arrêté N°DOS-SDFGRH-2024-191 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sages-femmes libérales dans les zones très sous dotées et sous dotées (16 pages)	Page 74

ARRÊTÉ N°DOS-SDFGRH-2024-190 RELATIF AUX CONTRATS-TYPES RÉGIONAUX D'AIDE À LA CRÉATION DE CABINET, D'AIDE À L'INSTALLATION ET AU MAINTIEN DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-14-4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007 ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 modifiant l'arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-2024-188 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de masseurs-kinésithérapeutes en Hauts-de-France ;

Vu l'avis du 8 février 2018 relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) en date du 12 novembre 2024 ;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes ainsi que l'installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en zone « très sous-dotée » par la mise en place d'une aide forfaitaire ;

Considérant que ces contrats tripartites seront signés entre le masseur-kinésithérapeutes, la caisse primaire d'assurance maladie du département du lieu d'exercice et l'ARS Hauts-de-France ;

ARRÊTE

ARTICLE 1 - Les contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des masseurs kinésithérapeutes dans les zones très sous-dotées sont caractérisés par trois types de contrats :

- Le contrat type national d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans

les zones très sous-dotées ;

- Le contrat type national d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones très sous-dotées ;
- Le contrat type national d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones très sous-dotées.

Ces trois modèles de contrats-types régionaux sont arrêtés conformément aux contrats-types nationaux prévus aux articles 1.3.1, 1.3.2 et 1.3.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et l'assurance maladie à jour de l'avenant n°7. Ils sont annexés au présent arrêté.

Ils entrent en vigueur à compter de leur date de publication au recueil des actes administratifs.

ARTICLE 2 - Les contrats d'aide à l'installation et à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones très sous dotée peuvent bénéficier à un masseur-kinésithérapeute précédemment installé en libéral dans une zone non très sous dotée qui changerait par la suite son lieu d'exercice pour s'installer en zone très sous dotée, sous réserve qu'il respecte les conditions d'éligibilités prévues au contrat.

ARTICLE 3 - À titre dérogatoire, en cas de déménagement dans une autre zone très sous dotée et sous réserve que le professionnel respecte les conditions d'éligibilité, le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

Modalités du déménagement :

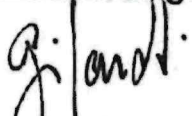
- Au sein du même bassin de vie – canton-ou-ville : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un bassin de vie – canton-ou-ville différent, mais dans le même département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un bassin de vie – canton-ou-ville différent, dans un autre département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal et de prendre contact avec la caisse d'assurance maladie de son futur département d'exercice.

ARTICLE 4 - Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs, par toute personne ayant intérêt à agir devant le tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr.

ARTICLE 5 - Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général



HUGO GILARDI

ANNEXES

Contrat-type régional d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones « très sous dotées »

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

Vu l'arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007 ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 modifiant l'arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDFGRH-2024-188 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de masseurs-kinésithérapeutes en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-190 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux d'aide à la création de cabinet, d'aide à l'installation et au maintien des masseurs kinésithérapeutes dans les zones très sous dotées ;

Vu l'avis du 8 février 2018 relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée ;

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

Département :

Adresse :

représentée par :

;

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt, 59 777 Lille

représentée par :

;

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom :

Prénom :

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la création de cabinet des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

Article 1 Champ du contrat d'aide à la création de cabinet

Article 1.1 Objet du contrat d'aide à la création de cabinet

Ce contrat vise à favoriser la création et la reprise de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les zones « très sous dotées », par le versement d'une aide financière permettant de gérer l'investissement lié à la création d'un cabinet de kinésithérapie.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à la création de cabinet

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui créent ou reprennent un cabinet dans une zone très sous-dotée prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins définie comme étant « très sous dotées ».

Le masseur-kinésithérapeute ayant exercé auparavant dans le cadre d'un contrat d'aide à l'installation (CAIMK) ou d'aide au maintien (CAMMK), peut adhérer à ce contrat dès lors qu'il crée un cabinet libéral de kinésithérapie.

Si le masseur-kinésithérapeute a adhéré au contrat d'aide à l'installation (CAIMK) et bénéficié des aides forfaitaires, les sommes correspondantes seront déduites du montant de l'aide versée au titre du contrat d'aide à la création de cabinet.

Le masseur-kinésithérapeute qui crée ou reprend un cabinet dans une zone très sous dotée, dans l'année précédant la demande d'adhésion au contrat, peut adhérer à cette option conventionnelle.

Le masseur-kinésithérapeute qui reprend un cabinet peut adhérer à ce contrat uniquement en cas de cessation totale d'activité du titulaire. Le masseur-kinésithérapeute ayant un exercice exclusif au domicile de ses patients peut également adhérer à ce contrat.

Si plusieurs masseurs-kinésithérapeutes créent une activité de groupe, dans l'année précédant la demande d'adhésion au présent contrat, le contrat d'aide à la création de cabinet peut être conclu par chacun d'entre eux. Dans ce cas, les obligations du contrat demeurent individuelles et le non-respect de celles-ci par l'un des membres du groupe n'affectent pas ses autres membres. Les aides sont elles aussi versées à titre individuel.

Les bénéficiaires du présent contrat peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;

- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
- par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;

- l'exercice pluri-professionnel :

- cabinet pluri-professionnel ;
- maison de santé pluri-professionnelle ;
- ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Un masseur-kinésithérapeute, déjà installé dans la zone dans les trois ans précédant sa demande d'adhésion, ne peut souscrire au contrat d'aide à la création de cabinet, à l'exception des collaborateurs et assistants libéraux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. A l'exception des cas mentionnés supra, ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation (CAIMK), de maintien de l'activité (CAMMK) ou avec le contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK).

Il peut néanmoins être signataire et bénéficiaire, à l'expiration du présent contrat (CACCMK), du contrat d'aide au maintien de l'activité (CAMMK) en zone « très sous dotée ».

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à la création de cabinet

Article 2.1 Engagements du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute s'engage :

- à créer ou reprendre un cabinet et exercer une activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée » pour toute la durée du contrat, soit cinq ans ;
- à réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et 3 000 actes les années suivantes dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée » ;
- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 de la convention nationale ;

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

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

En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à lui verser une aide à la création de cabinet d'un montant de 49 000 euros pour le masseur-kinésithérapeute réalisant un minimum de 3 000 actes par an.

Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100% pour 3 000 actes par an. Pour la 1ère année, le montant de l'aide est proratisé entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100% pour 2 000 actes par an.

Cette aide est versée en quatre fois :

- 30 000 euros à la signature du contrat (année N)
- 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1)
- 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2)
- 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3)

Pour la 1ère année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Article 3 Durée du contrat d'aide à la création de cabinet

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide à la création de cabinet

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à la création de cabinet au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

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

a) Ouverture de la procédure de résiliation de l'option conventionnelle

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention

de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

b) Avis de la commission paritaire départementale

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

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

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur le dossier.

c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du directeur de la CPAM

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

En cas de résiliation de l'option conventionnelle, la caisse récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

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

En cas de modification par l'agence régionale de santé des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent d'une zone « très sous-dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Fait à _____, le _____,

Le masseur-kinésithérapeute La caisse d'assurance maladie L'agence régionale de santé

Contrat-type régional d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones très sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

Vu l'arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007 ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 modifiant l'arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-188 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée pour la profession de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-190 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux d'aide à la création de cabinet, d'aide à l'installation et au maintien des masseurs kinésithérapeutes dans les zones très sous dotées ;

Vu l'avis du 8 février 2018 relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée ;

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

Département :

Adresse :

représentée par :

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt

représentée par :

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom :

Prénom :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

Article 1 Champ du contrat d'installation

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Le contrat d'aide à l'installation vise à accompagner et à faciliter l'installation des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans un cabinet existant dans la zone très sous dotée, par le versement d'une aide financière permettant de gérer cette période d'investissement générée par le début d'activité en exercice libéral.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui s'installent ou sont installées depuis moins d'un an à la date d'adhésion et exercent en libéral dans une zone prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définie par l'agence régionale de santé et caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins comme étant « très sous dotées ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
- un contrat de collaborateur libéral ;
- un contrat d'assistant libéral ;
- par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;

- l'exercice pluri-professionnel :

- cabinet pluri-professionnel ;
- maison de santé pluri-professionnelle ;
- ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Le masseur-kinésithérapeute ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat, celui-ci étant conclu intuitu personae. Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat de maintien de l'activité (CAMMK), avec le contrat d'aide à la création de cabinet (CACCMK), ni avec le contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK).

Le masseur-kinésithérapeute peut néanmoins être signataire et bénéficiaire, à l'expiration du présent contrat (CAIMK), du contrat de maintien de l'activité (CAMMK) en zone déficitaire.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1 Engagements du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- venir exercer son activité libérale conventionnée dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins, soit en zone « très sous dotée », pour toute la durée du contrat, soit 5 ans ;
- réaliser un minimum de 2 000 actes la première année et de 3 000 actes les années suivantes, dont 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée ».
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 4.9 de la convention nationale.

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

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

En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à lui verser une aide à l'installation d'un montant de 34 000 euros pour le masseur-kinésithérapeute réalisant un minimum de 3 000 actes par an.

Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1 500 actes et 3 000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100% pour 3 000 actes par an. Pour la 1ère année, le montant de l'aide est proratisé entre 1 000 et 2 000 actes sur la base de 100% pour 2 000 actes par an.

Cette aide est versée en quatre fois :

- 15 000 euros à la signature du contrat (année N)
- 9 000 euros en année N+2 (au titre de l'année N+1)
- 5 000 euros en année N+3 (au titre de N+2)
- 5 000 euros en année N+4 (au titre de N+3)

Pour la 1ère année, le versement de l'aide a lieu à la signature du contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Le masseur-kinésithérapeute adhérant au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4ème et 5ème année d'études. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Article 3 Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le masseur-kinésithérapeute. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

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

a) Ouverture de la procédure de résiliation l'option conventionnelle

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

b) Avis de la commission paritaire départementale

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

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

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur le dossier.

c) Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du directeur de la CPAM

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

En cas de résiliation de l'option conventionnelle, la caisse récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'agence régionale de santé des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Fait à _____, le _____,

Le masseur-kinésithérapeute La caisse d'assurance maladie L'agence régionale de santé

Contrat-type régional d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones « très sous dotées »

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et reconduite le 10 mai 2017 ;

Vu l'arrêté du 21 août 2023 portant approbation de l'avenant n°7 à la convention nationale organisant les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes libéraux et l'assurance maladie signée le 3 avril 2007 ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 modifiant l'arrêté du 24 septembre 2018 relatif à la méthodologie applicable à la profession de masseur-kinésithérapeute pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-188 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée pour la profession de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-190 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux d'aide à la création de cabinet, d'aide à l'installation et au maintien des masseurs kinésithérapeutes dans les zones très sous dotées ;

Vu l'avis du 8 février 2018 relatif à l'avenant n°5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signée le 3 avril 2007 et tacitement renouvelée ;

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

Département :

Adresse :

représentée par : ;

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt

représentée par : ;

Et, d'autre part, le masseur-kinésithérapeute :

Nom :
Prénom :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins de kinésithérapie.

Article 1 Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1 Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins comme étant « très sous dotées », par le versement annuel d'une aide financière permettant de réaliser des investissements, de se former et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins de kinésithérapie.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés qui maintiennent un exercice libéral dans une zone prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins définies comme étant « très sous dotées ».

Ces bénéficiaires peuvent exercer dans le cadre suivant :

- L'exercice individuel d'un masseur-kinésithérapeute libéral conventionné, recourant à un masseur-kinésithérapeute remplaçant afin d'assurer la continuité des soins ;
- L'exercice en groupe, qui s'entend comme le regroupement d'au moins deux masseurs-kinésithérapeutes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :
 - un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
 - un contrat de collaborateur libéral ;
 - un contrat d'assistant libéral ;
 - par tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- l'exercice pluri-professionnel :
 - cabinet pluri-professionnel ;
 - maison de santé pluri-professionnelle ;
 - ou toute autre forme d'exercice pluri-professionnel reconnue réglementairement dès lors que l'ensemble des professionnels concernés exerce dans les mêmes locaux.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1 Engagements du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- maintenir son activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 3 ans ;
- réaliser 50% de son activité libérale conventionnée dans la zone « très sous dotée » ;
- remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides forfaitaires à la modernisation du cabinet professionnel, prévue à l'article 4.9 de la convention nationale.

A titre optionnel, le masseur-kinésithérapeute peut également s'engager à exercer les fonctions de maître de stage prévues à l'article L.4381-1 du code de la santé publique à accueillir en stage des étudiants en kinésithérapie.

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

En contrepartie des engagements du masseur-kinésithérapeute définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au masseur-kinésithérapeute chaque année du contrat une aide au maintien d'activité d'un montant de 4 000 euros.

Le masseur-kinésithérapeute adhérent au présent contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires, pendant la durée de son stage de 4^{ème} et 5^{ème} année d'études.

Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire. Le montant dû au masseur-kinésithérapeute est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du masseur-kinésithérapeute au contrat. Les versements suivants ont lieu au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

Article 3 Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, renouvelable tacitement.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du masseur-kinésithérapeute

Le masseur-kinésithérapeute peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède au versement partiel de l'aide dont le montant est calculé au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

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

a) *Ouverture de la procédure de résiliation l'option conventionnelle*

En cas de non-respect par le masseur-kinésithérapeute de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle. La caisse d'assurance maladie informera de manière concomitante l'agence régionale de santé et les membres de la CPD de cette décision.

Le masseur-kinésithérapeute dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations.

En l'absence d'observations du masseur-kinésithérapeute dans le délai imparti, la caisse notifie au masseur-kinésithérapeute sa décision de résilier le contrat et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

b) *Avis de la commission paritaire départementale*

Si le masseur-kinésithérapeute présente ses observations à la caisse, le directeur de la CPAM saisit la CPD pour avis et informe le masseur-kinésithérapeute de cette saisine. Il transmet à la CPD les éléments du dossier de la procédure.

La CPD rend alors un avis dans un délai de 30 jours. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute peut également être entendu à sa demande ou à celle de la CPD.

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

Au regard de cet avis, le directeur de la CPAM notifie au masseur-kinésithérapeute concerné sa décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

La CPD est tenue informée de la décision du directeur de la CPAM sur le dossier.

c) *Procédure en cas de contradiction entre l'avis de la CPD et du directeur de la CPAM*

Quand le projet de décision du directeur de la CPAM est différent de l'avis rendu par la CPD, la CPN est saisie de ce projet sous 15 jours par la CPAM. Le masseur-kinésithérapeute et la CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote aux deux tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la CPAM est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la CPAM, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la CPAM, le secrétariat de la CPN sollicite pour avis dans les 15 jours le directeur général de l'UNCAM. Le directeur général de l'UNCAM dispose alors de 30 jours pour rendre un avis. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite,

dans les 15 jours suivant cet avis, au directeur de la CPAM l'avis de la CPN et du directeur général de l'UNCAM.

Le directeur de la CPAM notifie alors au masseur-kinésithérapeute, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de maintien ou de résiliation de l'option conventionnelle dans un délai de 15 jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPD.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du masseur-kinésithérapeute adhérent d'une zone « très sous dotée », le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le masseur-kinésithérapeute ou la caisse d'assurance maladie.

Fait à _____, le _____,

Le masseur-kinésithérapeute La caisse d'assurance maladie L'agence régionale de santé

**ARRÊTÉ N°DOS-SDDFGRHS-2025-1 RELATIF AUX CONTRATS-TYPES RÉGIONAUX D'AIDE À L'INSTALLATION ET
AU MAINTIEN DES CHIRURGIENS-DENTISTES DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-14-4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDFGRH-2024-184 du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée concernant la profession de chirurgiens-dentistes en Hauts-de-France ;

Vu l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) en date du 12 novembre 2024 ;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser l'installation et le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux en zone « très sous dotée » par la mise en place d'une aide forfaitaire ;

Considérant que ces contrats tripartites seront signés entre le chirurgien-dentiste, la caisse primaire d'assurance maladie du département du lieu d'exercice et l'ARS Hauts-de-France ;

ARRETE

Article 1 – Les contrats-types régionaux d'aide à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous-dotées sont caractérisés par deux types de contrats :

- Le contrat type national d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées ;
- Le contrat type national d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées.

Ces deux modèles de contrats-types régionaux sont arrêtés conformément aux contrats-types nationaux prévus aux articles 34.1 et 34.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie. Ils sont annexés au présent arrêté.

Ils entrent en vigueur à compter de leur date de publication au recueil des actes administratifs.

Article 2 – Le bénéfice du contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous-dotées s'applique aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés s'installant dans une zone très sous dotée ou installés dans la zone depuis moins d'un an à la date de parution de l'arrêté relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée pour la profession de chirurgien-dentiste.

Le contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotée peut bénéficier à un chirurgien-dentiste précédemment installé en libéral dans une zone non très sous dotée qui changerait par la suite son lieu d'exercice pour s'installer en zone très sous dotée.

En cas de modification par l'agence régionale de santé des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat d'aide à l'installation ou au maintien se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le chirurgien-dentiste.

Article 3 – À titre dérogatoire, en cas de déménagement dans une autre zone très sous dotée et sous réserve que le professionnel respecte les conditions d'éligibilité, le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

Modalités du déménagement :

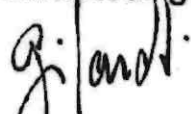
- Au sein du même territoire de vie-santé : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un territoire de vie-santé différent, mais dans le même département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un territoire de vie-santé différent, dans un autre département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal et de prendre contact avec la caisse d'assurance maladie de son futur département d'exercice.

Article 4 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs, par toute personne ayant intérêt à agir devant le tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr.

Article 5 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général


Hugo GILARDI

Annexes

Contrat-type régional d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées en offre de soins dentaires

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDFGRH-2024-184 du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée pour la profession de chirurgien-dentiste ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDDFGRHS-2025-1 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types d'aide à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées ;

Il est conclu entre, d'une part :

la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

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

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

Région : Hauts-de-France

Adresse :

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

Et, d'autre part, le chirurgien-dentiste :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des chirurgiens-dentistes dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1 Champ du contrat d'installation

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'installation du chirurgien-dentiste dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le professionnel dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés qui s'installent en exercice libéral dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotée ».

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes libéraux qui exercent à titre principal (cabinet principal) dans les zones susvisées :

- soit à titre individuel
- soit en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ou de société civile de moyens (SCM) ;
- ou tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des chirurgiens-dentistes ;

Les chirurgiens-dentistes libéraux titulaires et leurs collaborateurs libéraux exerçant dans les zones « très sous dotées » peuvent adhérer à ce contrat.

Le chirurgien-dentiste ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat. Celui-ci étant conclu intuitu personae, il est incessible.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier au-delà du présent contrat (CAICD) un contrat de maintien de l'activité (CAMCD) en zone « très sous-dotée »

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation

Article 2.1 Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 48.1 de la convention nationale des chirurgiens-dentistes ;
- à exercer à titre principal son activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans sauf cas de force majeure (décès, invalidité...);

- à informer la caisse du ressort de son cabinet principal sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

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

En contrepartie des engagements du chirurgien-dentiste signataire définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au chirurgien-dentiste une aide forfaitaire au titre de l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros.

Cette aide est versée en deux fois :

- 25 000 euros dans les trente jours suivants la signature du contrat (année N) ;
- 25 000 euros avant le 30 avril de l'année civile N+2 (3^{ème} année du contrat) à compter de la signature du contrat par l'ensemble des parties.

Article 3 Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4 Résiliation du contrat d'aide à l'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'Agence Régionale de Santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le chirurgien-dentiste (sauf cas de force majeure comme le décès ou une invalidité).

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

Dans le cas où le chirurgien-dentiste ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou chirurgien-dentiste ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du cabinet principal du professionnel l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

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

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

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

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

En cas de modification par l'agence régionale de santé des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le chirurgien-dentiste.

Fait à _____, le _____,

Le chirurgien-dentiste

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Contrat-type régional d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2024 relatif à la méthodologie applicable à la profession de chirurgien-dentiste pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDFGRH-2024-184 du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles l'offre est particulièrement élevée pour la profession de chirurgien-dentiste ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n°DOS-SDDFGRHS-2025-1 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types d'aide à l'installation et au maintien des chirurgiens-dentistes dans les zones très sous dotées ;

Il est conclu entre, d'une part :

la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

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

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

Région : Hauts-de-France

Adresse :

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

Et, d'autre part, le chirurgien-dentiste :

Nom, Prénom

inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :

numéro RPPS :

numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien d'activité des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés (CAMCD) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1 Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

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

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

En cas de modification par l'agence régionale de santé des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice du chirurgien-dentiste adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le chirurgien-dentiste.

Fait à _____, le _____,

Le chirurgien-dentiste

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Article 1.1 Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien des chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les chirurgiens-dentistes et de leur permettre de réaliser des investissements, de se former et de contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » par l'agence régionale de santé.

Sont concernés par ce contrat, les chirurgiens-dentistes qui exercent à titre principal :

- soit à titre individuel
- soit en groupe

L'exercice en groupe s'entend comme le regroupement d'au moins deux chirurgiens-dentistes libéraux conventionnés dans les mêmes locaux, installés dans une zone « très sous dotée » et liés entre eux par :

- un contrat de société civile professionnelle (SCP) ou de société d'exercice libéral (SEL) ;
- un contrat de société civile de moyens (SCM) ;
- ou tout autre contrat de société dès lors que ce contrat a été validé par l'Ordre des chirurgiens-dentistes ;

Les chirurgiens-dentistes libéraux titulaires et leurs collaborateurs libéraux exerçant dans les zones « très sous dotées » peuvent adhérer à ce contrat.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICD2023) mais peut être conclu à l'échéance de ce dernier.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1 Engagements du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 48.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ;
- à exercer son activité libérale conventionnée dans les zones « très sous dotées » consécutivement pour toute la durée du contrat, soit trois ans ;
- à informer la caisse du ressort de son cabinet principal sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

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



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARRÊTÉ N° DOS-SDDFGRHS-2025-11 RELATIF AUX CONTRATS-TYPE RÉGIONAUX INCITATIFS DESTINÉS AUX CENTRES DE SANTÉ INFIRMIERS S'INSTALLANT OU IMPLANTÉS DANS LES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS MENTIONNÉES AU 1° DE L'ARTICLE L.1434-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1-1, L.162-14-4, L.162-32-1 et L.162-32-2 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé (ARS) et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales des professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, et notamment son article 4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 portant approbation de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2021-902 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 relatif au contrat type régional d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous dotées ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2021-904 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 relatif au contrat

type régional d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées;

Vu l'arrêté N°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) du 12 novembre 2024 ;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié définit des contrats-types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé s'installant, intervenant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser, notamment l'installation ou le maintien des centres de santé en zone déficitaire en offre de soins au moyen d'une aide financière ;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié prévoit que les contrats types régionaux sont arrêtés par le directeur général d'ARS de la région concernée ;

Considérant que ces contrats-types régionaux sont arrêtés sur la base des contrats-types nationaux prévus aux articles 19.7, 19.8 ainsi qu'aux annexes 13 bis et 13 ter de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié ;

A R R E T E

Article 1 – Les contrats-types incitatifs prévus dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié, et destinés aux centres de santé infirmiers sont arrêtés tels qu'ils figurent en annexe du présent arrêté :

- Annexe 1 : contrat-type régional d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées ;
- Annexe 2 : contrat-type régional d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées ;

Article 2 – Les contrats-types incitatifs mentionnés à l'article 1^{er} du présent arrêté entrent en vigueur le lendemain de leur date de publication au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France, pour tous les contrats signés à compter de cette date.

Les arrêtés n°DOS-SDA-2021-902 et n°DOS-SDA-2021-904 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 susvisés sont abrogés à compter de cette même date.

Les contrats incitatifs en cours lors de la publication du présent arrêté s'appliqueront jusqu'à leur arrivée à échéance.

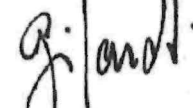
Article 3 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Article 4 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera

publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Gilardi', written over the printed name below.

Hugo GILARDI

Annexe 1

Contrat type régional d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

<h3>Contrat régional d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous dotées</h3>

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté N°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDDFGRHS-2025-11 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé infirmiers s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

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

L'agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt 59 777 Lille

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des centres de santé infirmiers s'implantant pour la première fois en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture d'un centre de santé dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc...).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers qui se créent et s'implantent dans une zone « très sous-dotée » en infirmiers et en zone très sous dotée ou sous dotée en sage-femmes telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat d'aide à l'installation n'est pas cumulable avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 19.8 de l'accord national relatif aux centres de santé précité.

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

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

Article 2.1 Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;

- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat.

En outre, il s'engage à informer la caisse de sa circonscription de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

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

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 30 000 € par équivalent temps plein (ETP) infirmier salarié pour le premier ETP, puis 15 000 € pour les deuxième et troisième ETP infirmiers salariés rémunérés (plafond fixé à 3 ETP).

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat ; celle-ci est réévaluée tous les ans à date du premier anniversaire puis au cours du 2ème trimestre les années suivantes. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas, au moment de la signature, le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP infirmiers à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 37 500€ (30 000 € pour 1 ETP + 0,5x15 000 €). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 15 000 € supplémentaire : soit 45 000 € (pour 2,5 ETP au total) – 37 500 € (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000 €/ETP infirmier ou sage-femme supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2ème trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation des centres de santé infirmiers

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

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

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

En cas d'absence de respect par le centre de santé 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.

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé ou la caisse d'assurance maladie.

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 2

Contrat-type régional d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées

Contrat régional d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous dotées
--

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté N°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDDFGRHS-2025-11 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé infirmiers s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

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

L'agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt 59 777 Lille

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

un contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1. Champ du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Article 1.1. Objet du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des centres de santé infirmiers en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Il vise à inciter les centres de santé infirmiers à maintenir leur exercice en zone « très sous dotée ».

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de maintien des centres de santé infirmiers

Ce contrat est proposé aux centres de santé infirmiers déjà installés dans une zone « très sous dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Pour un même centre de santé infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à la première installation en centre de santé infirmier défini à l'article 19.7 de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1 Engagement du centre de santé

Le centre de santé infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;

En outre, il s'engage à informer la caisse de sa circonscription de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par le centre de santé, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 euros au maximum par an et par ETP infirmier.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2ème trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 3. Durée du contrat de maintien

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

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien des centres de santé infirmiers

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

Le centre de santé infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du centre de santé procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le centre de santé.

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

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Article 5. Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434- 4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'implantation du centre de santé adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le centre de santé, ou par l'assurance maladie dans le cadre de l'article 4.2.

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

ARRÊTÉ N° DOS-SDDFGRHS-2025-12 RELATIF AUX CONTRATS-TYPE RÉGIONAUX INCITATIFS DESTINÉS AUX CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX OU POLYVALENTS S'INSTALLANT OU IMPLANTÉS DANS LES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS MENTIONNÉES AU 1^{er} DE L'ARTICLE L.1434-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1-1, L.162-14-4, L.162-32-1 et L.162-32-2 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé (ARS) et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales des professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, et notamment son article 4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 portant approbation de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2018-241 de la directrice générale de l'ARS du 15 octobre 2018 relatif au contrat type régional d'aide à l'installation (CAI) des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2018-242 de la directrice générale de l'ARS du 15 octobre 2018 relatif au contrat type régional de stabilisation et de coordination (COSCO) pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones sous dotées ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2018-243 de la directrice générale de l'ARS du 15 octobre 2018 relatif au

contrat type régional de solidarité territoriale (CST) en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous-dotées;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2022-227 du directeur général de l'ARS du 25 avril 2022 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Hauts-de-France;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2023-860 du directeur général de l'ARS du 9 février 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'orthophoniste en Hauts-de-France;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-188 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et de zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute libéral en Hauts-de-France;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en région Hauts-de-France;

Vu l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) en date du 12 novembre 2024;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié définit des contrats-types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé s'installant, intervenant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser notamment l'installation, le maintien ou l'intervention ponctuelle des centres de santé en zone déficitaire en offre de soins au moyen d'une aide financière;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié prévoit que les contrats types régionaux sont arrêtés par le directeur général d'ARS de la région concernée;

Considérant que ces contrats-types régionaux sont arrêtés sur la base des contrats-types nationaux prévus aux articles 19.1, 19.2 et 19.3 ainsi qu'aux annexes 10 bis, 10 ter et 10 quater de l'accord

national l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié ;

ARRETE

Article 1 – Les contrats-types incitatifs prévus dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié, et destinés aux centres de santé médicaux et polyvalents, sont arrêtés tels qu'ils figurent en annexe du présent arrêté :

- Annexe 1 : Contrat-type régional d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées ;
- Annexe 2 : Contrat-type régional de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans les zones sous dotées ;
- Annexe 3 : Contrat-type régional de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous dotées.

Article 2 – Les contrats-types incitatifs mentionnés à l'article 1^{er} du présent arrêté entrent en vigueur le lendemain de leur date de publication au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France, pour tous les contrats signés à compter de cette date.

Les arrêtés n°DOS-SDA-2018-241, n°DOS-SDA-2018-242 et n°DOS-SDA-2018-243 de la directrice générale de l'ARS du 15 octobre 2018 susvisés sont abrogés à compter de cette même date.

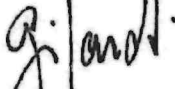
Les contrats incitatifs en cours lors de la publication du présent arrêté s'appliqueront jusqu'à leur arrivée à échéance.

Article 3 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Article 4 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général



HUGO GILARDI

Annexe 1

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

Contrat régional d'aide à l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2022-227 du directeur général de l'ARS du 25 avril 2022 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2023-860 du directeur général de l'ARS du 9 février 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'orthophoniste en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-188 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et de zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute libéral en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDDFGRHS-2025-12 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

Représentée par :

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt 59 777 Lille

Représentée par :

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat d'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation des centres de santé médicaux ou polyvalents dans les zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du centre de santé dans les zones précitées pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par l'ouverture du centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents qui se créent et s'implantent dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique définie par l'agence régionale de santé.

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

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

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

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

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

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

Le montant de l'aide s'élève à 30 000 euros par ETP médecin généraliste salarié pour le premier ETP, puis 20 000 euros pour le deuxième ETP médecin généraliste salarié et 20 000 euros pour le troisième ETP médecin généraliste salarié rémunéré quelle que soit la date de recrutement de ces ETP pendant la durée du contrat.

Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

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

dans l'hypothèse où les 3 ETP sont présents à la date de signature du contrat.

Pour les ETP médecins (dans la limite de 3 ETP) arrivant dans le centre en cours de contrat, l'appréciation du nombre d'ETP est effectuée tous les ans à date anniversaire du contrat. En fonction du nombre d'ETP présent dans le centre, au moment de cette appréciation, le montant de l'aide pour les nouveaux ETP recrutés (dans la limite de 3 ETP) est proratisé au regard du nombre d'années restantes dans le contrat.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 40 000€. Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 16 000€ supplémentaire : soit 20 000 euros pour l'ETP supplémentaire proratisé à 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans.

Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2ème trimestre l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

L'ETP supplémentaire est ouvert à tous les nouveaux postes de salariés professionnels de santé pour lesquels un zonage est applicable (exemple : sage-femme, infirmier, masseur-kinésithérapeute, ...) dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP.

Article 3. Durée du contrat d'installation

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

Article 4. Résiliation du contrat d'installation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 2

Contrat type régional de stabilisation, et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (COSCO) dans les zones sous dotées

Contrat régional de stabilisation, et de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (COSCO) dans les zones sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2022-227 du directeur général de l'ARS du 25 avril 2022 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2023-860 du directeur général de l'ARS du 9 février 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'orthophoniste en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-188 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et de zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute libéral en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDDFGRHS-2025-12 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 2025 relatif aux contrats types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

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

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt 59 777 Lille

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1. Objet du contrat

L'objet du contrat est de valoriser la pratique des centres de santé médicaux ou polyvalents exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux centres de santé médicaux ou polyvalents installés dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique définies par l'agence régionale de santé.

Le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 19.1 de l'accord national des centres de santé, ni avec le contrat incitatif défini à l'annexe 8 du même accord.

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique au sein de la zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

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

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 du présent contrat, le centre de santé adhérant au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de :

- 5 000 euros par an et par ETP de médecin salarié ;
- 6 000 euros par an et par ETP pour la création d'un nouveau poste d'un nouvel ETP quelle que soit la catégorie de professionnel de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP) ;
- 3 000 euros par an et par ETP de masseur-kinésithérapeute, de sage-femme ou d'orthophoniste recruté par le centre de santé en remplacement d'un masseur-kinésithérapeute, d'une sage-femme ou d'un orthophoniste présent précédemment dans le centre de santé (dès lors que le centre de santé est implanté dans une zone sous dense pour la profession de santé exercée par ledit ETP).

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Article 3. Durée du contrat de stabilisation et de coordination

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

Article 4. Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

Annexe 3

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

<p>Contrat régional de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous dotées</p>
--

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2020-645 du directeur général de l'ARS du 26 octobre 2020 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'infirmier en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2022-227 du directeur général de l'ARS du 25 avril 2022 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDA-2023-860 du directeur général de l'ARS du 9 février 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession d'orthophoniste en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-188 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et de zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de masseur-kinésithérapeute libéral en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-189 du directeur général de l'ARS du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté DOS-SDDFGRHS-2025-12 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé médicaux ou polyvalents s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

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

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt 59 777 Lille

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

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

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

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

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

Article 1. Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1. Objet du contrat de solidarité territoriale

Ce contrat vise à inciter les centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à d'autres centres de santé exerçant dans les zones précitées.

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

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

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

- centres de santé médicaux ou polyvalents n'exerçant pas dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé,
- centres de santé médicaux ou polyvalents s'engageant à ce qu'au moins un de ses médecins salariés réalise une partie de son activité représentant au minimum 10 jours par an au sein d'un autre centre de santé situés dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé,

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

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

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à mettre à disposition au moins un de ses médecins salariés pour exercer au minimum 10 jours par an dans un centre de santé situé au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

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

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

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au centre de santé une aide à l'activité correspondant à 25 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée médicale clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) du ou des médecins salariés mis à disposition par ledit centre et réalisée dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique dans la limite d'un plafond de 50 000 euros par an et par ETP médical.

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

Le centre de santé adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés par le ou les médecins salariés mis à disposition pour se rendre dans les zones précitées dans

le cadre du présent contrat. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au centre de santé est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata temporis de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivant celle de référence.

Article 3. Durée du contrat de solidarité territoriale

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

Article 4. Résiliation du contrat de solidarité territoriale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARRÊTÉ N° DOS-SDDFGRHS-2025-13 RELATIF AUX CONTRATS-TYPE RÉGIONAUX INCITATIFS DESTINÉS AUX CENTRES DE SANTÉ DENTAIRES S'INSTALLANT OU IMPLANTÉS DANS LES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS MENTIONNÉES AU 1° DE L'ARTICLE L.1434-4 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-14-1-1, L.162-14-4, L.162-32-1 et L.162-32-2 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé (ARS) et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales des professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé, et notamment son article 4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 portant approbation de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2021-903 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 relatif au contrat type régional d'aide à l'installation des centres de santé dentaires dans les zones très sous dotées ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDA-2021-905 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 relatif au contrat type régional d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones très sous dotées ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'avis de commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) du 12 novembre 2024 ;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié définit des contrats-types régionaux incitatifs destinés aux centres de santé s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser, notamment l'installation ou le maintien des centres de santé en zone déficitaire en offre de soins au moyen d'une aide financière ;

Considérant que l'accord national organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié prévoit que les contrats types régionaux sont arrêtés par le directeur général d'ARS de la région concernée ;

Considérant que ces contrats-types régionaux sont arrêtés sur la base des contrats-types nationaux prévus aux articles 19.5 et 19.6 ainsi qu'aux annexes 17 quater et 17 quinquies de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié ;

A R R E T E

Article 1 – Les contrats-types incitatifs prévus dans le cadre de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie modifié, et destinés aux centres de santé dentaires, sont arrêtés tels qu'ils figurent en annexe du présent arrêté :

- Annexe 1 : contrat-type régional d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD2023)
- Annexe 2 : contrat-type régional d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023)

Article 2 – Les contrats-types incitatifs mentionnés à l'article 1^{er} du présent arrêté entrent en vigueur le lendemain de leur date de publication au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France, pour tous les contrats signés à compter de cette date.

Les arrêtés n°DOS-SDA-2021-903 et n°DOS-SDA-2021-905 du directeur général de l'ARS du 27 octobre 2021 susvisés sont abrogés à compter de cette même date.

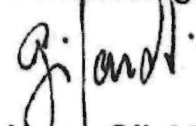
Les contrats incitatifs en cours lors de la publication du présent arrêté s'appliqueront jusqu'à leur arrivée à échéance.

Article 3 – Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Article 4 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général


Hugo GILARDI

Annexe 1

Contrat-type régional d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD2023)

Contrat régional d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD2023)
--

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDDFGRHS-2025-13 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs destinés aux centres de santé dentaires s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

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

Département :

Adresse :

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

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 Avenue Willy Brandt, 59 777 Lille

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

d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique)

un contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires (CAICDSD 2023) dans les zones

identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide à l'installation

Article 1.1. Objet du contrat d'aide à l'installation

Ce contrat vise à favoriser l'implantation des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par le biais d'une aide forfaitaire, versée à l'occasion de l'ouverture du centre de santé dans les zones précitées. Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans cette période de fort investissement généré par le début d'ouverture d'un centre de santé (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires qui s'implantent dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme étant « très sous dotées ».

Le centre de santé dentaire ne peut être signataire et bénéficiaire qu'une seule fois de ce contrat.

Il peut néanmoins conclure et bénéficier à l'issue du présent contrat, d'un contrat de maintien de l'activité (CAMCDS2023) en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat n'est pas cumulable avec les contrats d'aide à l'installation et au maintien prévue à l'annexe 17 bis et 17 ter de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide à l'installation des centres de santé dentaires

Article 2.1. Engagements du centre de santé signataire

Le centre de santé dentaire s'engage à :

- remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire) ;

- exercer et poursuivre son activité dans les zones « très sous dotées » pour toute la durée du contrat, soit 5 ans ;

- informer la caisse du ressort du centre de santé sans délai de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'issue du contrat.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de santé

En contrepartie des engagements du centre de santé signataire définis à l'article 2.1, l'assurance

maladie s'engage à verser au centre de santé une aide forfaitaire au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels d'un montant de 50 000 euros par ETP chirurgien-dentiste salarié dans la limite de 3 ETP chirurgiens-dentistes salariés rémunérés.

Cette aide est versée en deux fois : 50% la première année du contrat (dans le mois suivant la signature du contrat) et le solde de 50% la troisième année (au cours du 2ème trimestre).

L'appréciation du nombre d'ETP est réalisée au moment de la signature du contrat, celle-ci est réévaluée tous les ans au cours du 2ème trimestre. Le montant est alors proratisé en fonction des années restantes dans la limite de 3 ETP dans l'hypothèse où le centre n'atteindrait pas au moment de la signature le plafond.

A titre d'exemple, le centre de santé justifie de l'embauche de 1,5 ETP à la signature du contrat, le montant de l'aide s'élève donc à 75 000€ (50 000€ pour 1 ETP + 0,5x50 000€). Si celui-ci recrute l'année suivante 1 ETP supplémentaire (soit 2,5 ETP au total), il bénéficiera donc de 65 000€ supplémentaire : soit 125 000€ (pour 2,5 ETP au total) – 75 000€ (versée pour 1,5 ETP) x 4/5 (4 années restantes au contrat).

Au-delà de 3 ETP une valorisation de 6 000€/ETP supplémentaire est versée tous les ans. Au-delà de la date du premier anniversaire, le versement intervient au cours du 2ème trimestre de l'année suivant le recrutement de l'ETP supplémentaire.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 3. Durée du contrat d'aide à l'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature par l'ensemble des parties, sans possibilité de renouvellement.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide à l'installation

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

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

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

Article 4.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

Dans le cas où le centre de santé ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou non-respect des critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse du ressort du centre de santé l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après. La caisse d'assurance maladie informera en parallèle l'Agence Régionale de Santé de cette décision.

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

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

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

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

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

Le centre de santé

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Nom Prénom du
représentant légal

Nom Prénom

Nom Prénom

Annexe 2 :
Contrat-type régional d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023)

Contrat régional d'aide au maintien des centres de santé dentaires dans les zones déficitaires en offre de soins dentaires (CAMCDS 2023)

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-32-1 et L. 162-14-4 ;

Vu l'avis publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie ;

Vu les avis publiés au Journal officiel des 17 novembre 2017, 5 juillet 2019, 3 septembre 2020, 5 octobre 2022 et 15 mars 2024 relatifs respectivement aux avenants n° 1, 2, 3, 4 et 5 à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie signé le 8 juillet 2015 ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDFGRH-2024-184 du directeur général de l'ARS du 20 décembre 2024 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de chirurgien-dentiste en région Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté n°DOS-SDDFGRHS-2025-13 du directeur général de l'ARS du 14 mars 2025 relatif aux contrats-type régionaux incitatifs destinés aux centres de santé dentaires s'installant ou implantés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique ;

Il est conclu entre,

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

Département :

Adresse :

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

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

Région :

Adresse :

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

d'autre part, le centre de santé :

Nom, Prénom du représentant légal du centre :

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

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique)

un contrat d'aide au maintien d'activité des centres de santé dentaires (CAMCDSD2023) installés dans les zones identifiées en zone « très sous dotée ».

Article 1. Champ du contrat d'aide au maintien d'activité

Article 1.1. Objet du contrat d'aide au maintien d'activité

Ce contrat vise à favoriser le maintien des centres de santé dentaires dans les zones définies comme étant « très sous dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire, afin de limiter les contraintes financières pesant sur les centres de santé et de leur permettre de réaliser des investissements et contribuer ainsi à améliorer la qualité des soins dentaires.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est proposé aux centres de santé dentaires déjà installés dans une zone définie comme étant « très sous dotée » définie par l'agence régionale de santé.

Ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation (CAICDSD2023) défini à l'article 17 quater de l'accord national. Il en va de même pour les contrats d'aide à l'installation et au maintien défini aux annexes 17 bis et 17 ter de l'accord national.

Article 2. Engagements des parties dans le contrat d'aide au maintien d'activité

Article 2.1. Engagements du centre de santé dentaire

En adhérant au contrat d'aide au maintien, le centre de santé dentaire s'engage à exercer et poursuivre son activité dans la zone « très sous-dotées » pendant une durée de trois ans consécutifs à compter de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Il s'engage par ailleurs à remplir les conditions lui permettant d'atteindre l'indicateur « Système d'information » (bloc commun de la rémunération forfaitaire) et l'indicateur « Télétransmission et téléservices » (bloc complémentaire de la rémunération forfaitaire).

Enfin, il s'engage à informer préalablement la caisse de sa circonscription de toute intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie et de l'Agence Régionale de Santé

En contrepartie des engagements du centre de santé définis à l'article 2.1, il bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an et par ETP chirurgien-dentiste au titre de l'équipement ou autres investissements professionnels.

Elle est versée au titre de chaque année au cours du 2ème trimestre de l'année civile suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

Article 3. Durée du contrat d'aide au maintien d'activité

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans consécutifs, renouvelable, à compter de sa signature par l'ensemble des parties.

Article 4. Résiliation du contrat d'aide au maintien d'activité

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

Le centre de santé peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation volontaire prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du centre de santé, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle il résilie le contrat.

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

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

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

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception et récupère les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Dans ce cas, le centre de santé ne pourra pas bénéficier de l'aide prévue pour l'année au cours de laquelle son contrat est résilié.

Date

Le centre de santé
Nom Prénom
du représentant légal

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

L'agence régionale de santé
Nom Prénom

ARRÊTÉ N° DOS-SDDFGRHS-2025-14 PORTANT MODIFICATION DE L'ARRÊTÉ N°DOS-SDA-2021-430-DU 21 MAI 2021 PORTANT NOMINATION DES MEMBRES DE L'UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SAGE-FEMMES HAUTS-DE-FRANCE

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles R.4031-1 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 162-33 ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 25 mars 2021 relatif à la répartition des sièges entre les organisations syndicales aux unions régionales des professionnels de santé dont les membres sont désignés ;

Vu l'arrêté modifié du directeur général de l'ARS Hauts-de-France n°dos-sda-2021-430 du 21 mai 2021 portant nomination des membres de l'union régionale des professionnels de santé sage-femmes Hauts-de-France ;

Vu la décision du directeur général de l'ARS Hauts-de-France du 30 décembre 2024 portant délégations de signature du directeur général de l'agence régionale de santé Hauts-de-France ;

Sur désignation des organisations syndicales de la profession de sage-femme, reconnues représentatives au niveau national ;

ARRETE

Article 1 – A l'article 1 de l'arrêté n°DOS-SDA-2021-430 du 21 mai 2021, il est procédé au remplacement de Madame Célia Mennesson et de Madame Elodie Gustave par Madame Florie Dupont et Madame Thaïs Minier.

La liste consolidée des membres de l'union régionale des professionnels de santé sage-femmes Hauts-de-France figure en annexe du présent arrêté.

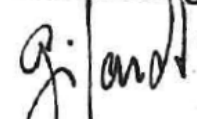
Article 2 – Les nominations susmentionnées sont valables à compter de la publication du présent arrêté et pour la durée du mandat restant à courir pour l'union régionale des professionnels de santé sage-femmes Hauts-de-France.

ARTICLE 3 – Le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

ARTICLE 4 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France et notifié aux personnes mentionnées à l'article 1^{er} du présent arrêté.

Fait à Lille, le

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Annexe

Liste consolidée des membres de l'union régionale des professionnels de santé sage-femmes Hauts-

de-France :

- Mme Valérie Boye Mendes
- Mme Caroline Mazal
- Mme Thaïs Minier
- Mme Florie Dupont
- Mme Sophie Lecourt
- Mme Karine Decreton
- Mme Audrey Lecocq
- Mme Estelle Poignet
- Mme Laurence Dewavrin

**ARRÊTÉ N° DOS-SDFGRH-2024-191 RELATIF AUX CONTRATS-TYPES RÉGIONAUX INCITATIFS À
L'IMPLANTATION ET AU MAINTIEN DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES DANS LES ZONES TRÈS SOUS-DOTÉES ET
SOUS-DOTÉES**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9, L. 162-14-1 et L. 162-14-4 ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'arrêté du 26 mars 2024 modifiant l'arrêté du 17 octobre 2019 relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-189 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'avis du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) en date du 12 novembre 2024 ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007 ;

Considérant que l'avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie prévoit que les contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sages-femmes libérales dans les zones sous denses doivent être arrêtés par les directeurs généraux d'ARS ;

Considérant que ces contrats ont pour objet de favoriser l'installation et le maintien des sages-femmes libérales en zone très sous dotée et sous dotée par la mise en place d'une aide forfaitaire ;

Considérant que ces contrats tripartites seront signés entre la sage-femme, la caisse primaire d'assurance maladie du département du lieu d'exercice et l'ARS Hauts-de-France ;

ARRÊTE

ARTICLE 1

Les contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sages-femmes libérales dans les zones très sous dotées ou sous dotées caractérisés par trois types de contrats :

- Le contrat type régional d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones très sous dotées ou sous dotées ;
- Le contrat type régional d'aide à la première installation des sages-femmes dans les zones très sous dotées ou sous dotées ;
- Le contrat type régional d'aide au maintien des sages-femmes dans les zones très sous dotées ou sous dotées.

Ces trois modèles de contrats-types régionaux sont arrêtés conformément aux contrats-types nationaux prévus à l'article 3.2.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie à jour de l'avenant n°7. Ils sont annexés au présent arrêté.

Ils entrent en vigueur à compter de leur date de publication au recueil des actes administratifs.

ARTICLE 2

Le bénéfice des contrats d'aide à l'installation et à la première installation des sages-femmes dans les zones très sous dotées ou sous dotées s'applique aux sages-femmes libérales s'installant dans une zone très sous dotée ou sous dotée ou installées dans la zone depuis moins d'un an à la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Le contrat d'aide à l'installation des sages-femmes dans les zones très sous dotées ou sous dotées peut bénéficier à une sage-femme précédemment installée en libéral dans une zone non catégorisée en zone très sous dotée ou sous dotée et qui changerait par la suite son lieu d'exercice pour s'installer en zone très sous dotée ou sous dotée.

ARTICLE 3

À titre dérogatoire, en cas de déménagement dans une autre zone très sous dotée ou sous dotée, et sous réserve que le professionnel respecte les conditions d'éligibilité, le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

Modalités du déménagement :

- Au sein du même bassin de vie – canton-ou-ville : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un bassin de vie – canton-ou-ville différent, mais dans le même département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal.
- Dans un bassin de vie – canton-ou-ville différent, dans un autre département : Il appartient au professionnel d'informer la caisse d'assurance maladie du ressort de son cabinet principal et de prendre contact avec la caisse d'assurance maladie de son futur département d'exercice.

ARTICLE 4

À compter de la date d'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats incitatifs sages-femmes conclus dans le cadre de l'avenant n°1 à la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie.

Les contrats incitatifs sages-femmes en cours, conclus dans le cadre de l'avenant n°1 de la convention nationale perdurent jusqu'à leur arrivée à échéance.

Afin d'assurer une neutralité financière aux sages-femmes dans le cadre des réformes en cours sur les cotisations sociales et également pour garantir aux professionnels une meilleure lisibilité des aides versées, l'aide versée au titre de la participation aux cotisations sociales est convertie en un montant forfaitaire. Un avenant aux contrats incitatifs sages-femmes en cours est conclu pour acter cette modification applicable à compter du 1^{er} janvier 2018.

ARTICLE 5

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa date de publication au recueil des actes administratifs, par toute personne ayant intérêt à agir devant le tribunal administratif territorialement compétent. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyens accessible par le site internet www.telerecours.fr.

ARTICLE 6

Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat en région Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 14/03/2025

Le Directeur général



Hugo GILARDI

ANNEXES

Contrat-type régional d'aide à l'installation des sage-femmes dans les zones très sous dotées et sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-189 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-191 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sage-femmes libérales dans les zones très sous dotées et sous dotées ;

Vu l'avis du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sage-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007 ;

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

Département :

Adresse :

représentée par :

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 Avenue Willy Brandt, 59777 Lille

représentée par :

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom :

Prénom :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des sage-femmes dans les zones très sous dotées et sous dotées.

Article 1 Champ du contrat d'installation

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sage-femmes libérales, en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Cette option vise à inciter les sage-femmes libérales à s'installer en zone « très sous-dotée » et « sous-dotée » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le contrat d'installation est réservé aux sage-femmes libérales conventionnées s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à l'installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la même convention. Au terme du contrat d'aide à l'installation, la sage-femme pourra toutefois demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation.

À titre dérogatoire, en cas de déménagement de la sage-femme dans une autre zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée », le contrat est maintenu dans la nouvelle zone pour la durée restant à courir.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1 Engagements de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 22 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sage-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

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

En contrepartie des engagements de la sage-femme définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au titre de l'installation d'un montant de 34 000 euros maximum sur 5 ans.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- Pour la sage-femme exerçant au moins deux jours par semaine à titre libéral :
 - Au titre de la première année, 12 500 euros versés à la date de signature du contrat ;
 - Au titre de la deuxième année, 12 500 euros à la date anniversaire du contrat ;
 - Les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.
- Pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine à titre libéral :
 - Au titre de la première année, le montant est proratisé sur la base de 100% versé pour une activité libérale de deux jours par semaine ; soit 6 250€ pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
 - Au titre de la deuxième année, le montant est proratisé sur la base de 100% versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 6 250€ pour 1,5 jour d'activité libérale par semaine ou 8 333€ pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
 - Les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation pour les sage-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées et sous-dotées telle que prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones très sous dotées ou sous-dotées.
Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les sage-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé à l'article 2.3 du présent contrat.

Article 3 Durée du contrat d'installation

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

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

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

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au *prorata* de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérent de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

Fait à _____, le _____,

La sage-femme

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Contrat-type régional d'aide à la première installation des sage-femmes dans les zones très sous dotées et sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-189 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-191 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sage-femmes libérales dans les zones très sous dotées et sous dotées ;

Vu l'avis du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sage-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007 ;

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

Département :

Adresse :

représentée par : ;

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt, 59 777 Lille

représentée par :

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom :

Prénom :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la première installation des sage-femmes dans les zones très sous dotées et sous dotées.

Article 1 Champ du contrat d'aide à la première installation

Article 1.1 Objet du contrat d'aide à la première installation

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des sage-femmes libérales débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées » ou « sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Cette option vise à inciter les sage-femmes libérales à s'installer en zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation

Ce contrat est proposé aux sage-femmes libérales s'installant dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat d'aide à la première installation n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.2.1.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie, ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la même convention. Au terme du contrat d'aide à l'installation, la sage-femme pourra toutefois demander à bénéficier du contrat d'aide au maintien.

Une sage-femme ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation

Article 2.1 Engagements de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévue à l'article 22 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à réaliser un minimum de deux jours d'activité libérale par semaine la première année et trois jours par semaine les années suivantes ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sage-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

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

En contrepartie des engagements de la sage-femme définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au titre de l'installation d'un montant de 38 000 euros au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- Pour la sage-femme exerçant au moins deux jours par semaine à titre libéral :
 - Au titre de la première année, 14 500 euros versés à la date de signature du contrat ;

- Au titre de la deuxième année, 14 500 euros à la date anniversaire du contrat ;
- Les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.
- Pour la sage-femme exerçant entre un à deux jours par semaine en libéral :
 - Au titre de la première année, le montant est proratisé sur la base de 100% versé pour une activité libérale de deux jours par semaine, soit 7 250 € pour une activité libérale d'un jour par semaine ;
 - Au titre de la deuxième année, le montant est proratisé sur la base de 100% versé pour une activité libérale de trois jours par semaine, soit 7 250€ pour 1,5 jours d'activité libérale par semaine ou 9 666€ pour une activité libérale de 2 jours par semaine ;
 - Les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, sans proratisation en fonction de l'activité.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation pour les sage-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones très sous-dotées ou sous-dotées. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les sage-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé à l'article 2.3 du présent contrat.

Article 3 Durée du contrat d'installation

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

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme

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

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérent de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

Fait à _____, le _____

La sage-femme

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

Contrat-type régional d'aide au maintien des sage-femmes dans les zones très sous dotées et sous dotées

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-189 du 12 janvier 2025 relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins et des zones dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé concernant la profession de sage-femme en Hauts-de-France ;

Vu l'arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé n° DOS-SDFGRH-2024-191 du 14 mars 2025 relatif aux contrats-types régionaux incitatifs à l'implantation et au maintien des sage-femmes libérales dans les zones très sous dotées et sous dotées ;

Vu l'avis du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sage-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'arrêté du 23 août 2023 portant approbation de l'avenant n° 7 à la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie signée le 11 octobre 2007 ;

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

Département :

Adresse :

représentée par : ;

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

Région : Hauts-de-France

Adresse : 556 avenue Willy Brandt, 59 777 Lille

représentée par : ;

Et, d'autre part, la sage-femme :

Nom :

Prénom :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des sage-femmes dans les zones très sous-dotées et sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat de maintien

Article 1.1 Objet du contrat de maintien

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des sage-femmes libérales en zones « très sous-dotées » et « sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les sage-femmes libérales à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » individuellement ou dans le cadre d'un exercice regroupé (cabinet de groupe ou en maison de santé pluri-professionnelle).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de maintien

Ce contrat est proposé aux sage-femmes libérales conventionnées installées dans une zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle. Par conséquent, chaque sage-femme d'un cabinet de groupe devra accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, elle joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour une même sage-femme, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation défini à l'article 3.2.1.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie, ni avec le contrat d'aide à la première installation défini à l'article 3.2.1.2 de la même convention.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de maintien

Article 2.1 Engagement de la sage-femme

La sage-femme s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à l'équipement informatique du cabinet professionnel prévues à l'article 22 de la convention nationale organisant les rapports entre les sage-femmes libérales et l'assurance maladie ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » ou « sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à percevoir des honoraires minimum équivalent à 5% des honoraires moyens de la profession en France ;
- en cas d'exercice individuel, à recourir, autant que possible, à des sage-femmes remplaçantes, assurant la continuité des soins en son absence.

Article 2.2 Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

La sage-femme bénéficie d'une aide forfaitaire de 4 000 euros par an au titre du maintien.

Le versement de l'aide est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien pour les sage-femmes adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'Agence Régionale de Santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en sage-femme parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20% des zones très sous dotées ou sous-dotées. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire au maintien.

Pour les sage-femmes faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé à l'article 2.3 du présent contrat.

Article 3 Durée du contrat de maintien

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

Article 4 Résiliation du contrat de maintien

Article 4.1 - Rupture d'adhésion à l'initiative de la sage-femme

La sage-femme peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par la sage-femme.

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

En cas d'absence de respect par la sage-femme de tout ou partie de ses engagements (sage-femme ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier l'option conventionnelle.

La sage-femme dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à la sage-femme la fin de son adhésion et récupère les sommes indûment versées au titre de l'option conventionnelle au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées et sous-dotées

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées et sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'exercice de la sage-femme adhérent de la liste des zones très sous-dotées et sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par la sage-femme.

Fait à _____, le _____,

La sage-femme

La caisse d'assurance maladie

L'agence régionale de santé

