

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

NOR : [...]

DECRET

fixant les conditions et les modalités de mise en œuvre des contrats santé solidarité définis à l'article L. 1434-8 du code de la santé publique

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports, du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-8,

Vu le code de la sécurité sociale,

Vu l'avis de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie en date du XXX ;

Vu l'avis de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés en date du XXX ;

Vu l'avis de la commission Accidents du Travail - Maladies Professionnelles en date du XXX ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du XXX ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu

DECRETE

Art. 1^{er}

Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique, partie réglementaire, est complété par un chapitre ainsi rédigé :

« Chapitre six : contrats santé solidarité

« **Art. R.1431-1** - Le directeur général de l'agence régionale de santé, en fonction des besoins identifiés, propose le contrat santé solidarité mentionné au troisième alinéa de l'article L.1434-8 du code de la santé aux médecins conventionnés, participant à l'exercice des soins de premier recours visés à l'article L.1411-11, et établis dans une zone dans laquelle le niveau de l'offre de soins médicaux est considérée comme élevé selon les modalités définies par l'arrêté interministériel prévu à l'article L.1434-7 du même code.

« **Art. R.1431-2** - Le contrat santé solidarité fixe une ou plusieurs missions déterminées par le directeur général de l'agence régionale de santé et considérées comme nécessaires à la satisfaction des besoins de santé de la population par les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale.

« Ces missions sont exercées dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins médicaux est considéré comme particulièrement faible, selon les modalités définies par l'arrêté interministériel prévu à l'article L.1434-7 du code de la santé et sur demande des médecins de cette zone.

« **Art R.1431-3** - Le contrat santé solidarité est d'une durée minimale de trois ans d'un an, renouvelable après évaluation du dispositif. Il comporte des mentions relatives au lieu d'exercice, au type de prestation attendue, à la durée hebdomadaire ou mensuelle de la mission proposée ainsi qu'aux modalités de versement de la rémunération.

« Le temps consacré par chaque médecin signataire d'un contrat santé solidarité à l'exercice de ces missions est, par mois, de quatre demi-journées d'au moins vacations de quatre heures.

Pour l'exercice de sa mission de soins de premier recours ambulatoires, dans le cadre du contrat santé solidarité, en dehors des horaires de permanence des soins, le médecin devra disposer du dossier médical de l'ensemble des patients qu'il verra en consultation. Dans tous les cas, l'ARS mettra à sa disposition les locaux, le matériel adapté à sa pratique et un secrétariat.

Commentaire [ReAGJIR1]: Il est indispensable que les médecins des zones sous-dotées soient à l'initiative des contrats pour des raisons déontologiques, pour éviter que ces contrats puissent être assimilés à de la concurrence, et pour qu'ils répondent aux difficultés rencontrées, s'il y en a, par les médecins de ces zones.

Commentaire [ReAGJIR2]: Le délai de 3 ans paraît trop long et une évaluation de l'intérêt de chaque contrat est indispensable à court terme afin de mesurer l'impact réel de chaque mission.

Commentaire [ReAGJIR3]: La notion de demi-journée est beaucoup trop floue et doit être précisée. La notion de vacation est plus adaptée. La durée de cette vacation doit être fixée. Tout ceci pour que les médecins connaissent précisément les « règles du jeu » et que le dispositif ait ainsi des chances de fonctionner.

Commentaire [ReAGJIR4]: Le dispositif ne fonctionnera pas si les médecins « solidaires » doivent assumer à la fois les charges de leur cabinet principal et celle de leur lieu d'exercice habituel. Cela conduirait à une perte financière automatique et donc à une non application du dispositif.

« Le médecin en mission au titre du contrat santé solidarité peut se faire remplacer à son lieu d'exercice habituel ou pour ses activités relatives au contrat santé solidarité. Dans tous les cas, le contrat santé solidarité ne peut être imposé au médecin s'il compromet la continuité des soins sur son lieu d'exercice habituel.

« Une rémunération minimale du médecin en contrepartie de ces missions est fixée à hauteur de l'équivalent de douze consultations par vacation demi-journée travaillée. Si l'activité du médecin au cours de l'exercice des missions déterminées dans le contrat santé solidarité donne lieu à un versement d'honoraires par l'assurance maladie des patients inférieur à ce montant, l'agence régionale de santé avec laquelle il a conclu le contrat complète sa rémunération. Cette contrepartie est financée sur la dotation régionale déléguée à l'agence régionale de santé au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale.

« En sus de cette rémunération, les frais de transport entre le cabinet habituel et le lieu de la mission sont pris en charge par l'agence régionale de santé l'assurance maladie.

« Le remboursement des frais de transport est fixé par référence au régime en vigueur pour les agents de l'Etat défini par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat.

« **Art R.1431-4-I.** - Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse aux médecins mentionnés à l'article R.1431-1 un exemplaire vierge du contrat santé solidarité, accompagné de la liste des missions à pourvoir dans la région ainsi que les critères d'attribution des missions.

« Le médecin sollicité dispose d'un délai de deux d'un de deux mois à compter de la réception de cette lettre pour transmettre une réponse écrite précisant par ordre de priorité la ou les missions choisies ou faisant état, le cas échéant, de son refus d'adhérer à un contrat santé solidarité.

«À l'issue de ce délai et si nécessaire après consultation des représentants des gestionnaires de structures et établissements de santé ou des structures et établissements médico-sociaux concernés par les missions et dans un délai d'un mois, le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur les choix d'exercice du médecin, en tenant compte des compétences de chaque médecin, ou constate son refus d'adhérer à un contrat ou l'absence de réponse de sa part.

Commentaire [ReAGJIR5]: Dans l'état actuel de la législation, l'article 65 du code de déontologie empêche un médecin d'exercer une activité libérale pendant qu'il est remplacé. Il ne semble pas possible de prévoir une disposition non conforme à la législation en vigueur.

Commentaire [ReAGJIR6]: Si le code de déontologie était modifié, il serait alors intéressant de prévoir la possibilité de remplacement dans le cadre des activités du CSS, afin d'augmenter le pool de médecins potentiellement concernés par le CSS, les remplaçants ne pouvant être impliqués directement dans le CSS puisque non conventionnés.

Commentaire [ReAGJIR7]: Mesure de bon sens. Il n'est pas envisageable de pénaliser les patients des zones dites « sur-dotées » pour répondre aux difficultés de ceux des zones « sous-dotées »

Commentaire [ReAGJIR8]: La rémunération doit être précisément fixée. Cette proposition permet d'être en conformité avec la proposition relative précédente (commentaire 3). Si le décret laisse la notion de « demi-journées d'au moins 4 heures » à « 12 C par demi-journée », il sera trop flou et donc inappliqué. Si la notion de demi-journée était conservée, et que le nombre d'heures n'était pas défini précisément dans le décret, il faudrait alors introduire ici la notion d'une rémunération minimale horaire de 3 C par heure.

Commentaire [ReAGJIR9]: Erreur de rédaction confirmée lors de la réunion du 19/10/2009.

Commentaire [ReAGJIR10]: Le financeur des compléments d'honoraires et du transport doit être identique.

Commentaire [ReAGJIR11]: Le délai d'1 mois est trop court. Si un médecin est en congés au moment de la réception de la lettre, il ne pourra y répondre dans les délais et risquera les sanctions alors qu'il ne s'opposait pas forcément à la signature d'un CSS.

Commentaire [ReAGJIR12]: Il semble important de définir dans ce décret des dérogations au CSS, temporaires (arrêt de travail, congé de maternité, cas de force majeure comme décès familial ou maladie ...) ou définitives (état de santé du médecin l'empêchant de réaliser de nombreux kilomètres ...)

Commentaire [ReAGJIR13]: Il est indispensable que cette notion apparaisse afin qu'on ne puisse pas imposer à un médecin un CSS nécessitant des compétences qu'il n'aurait pas (régulation, coordination d'EPHAD ...). Il ne faudrait pas non plus imposer à un spécialiste d'organe d'aller exercer dans une structure de médecine générale par exemple.

« Dans le premier cas, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse au médecin un contrat santé-solidarité pré-rempli. Le médecin dispose de ~~quatre~~ ~~deux~~ semaines à compter de la réception de ce contrat pour le retourner signé au directeur général de l'agence régionale de santé.

Commentaire [ReAGJIR14]: Augmentation du délai afin d'éviter le non-retournement de contrat pour des raisons telles que des congés.

« En cas de refus ou en l'absence de réponse du médecin, le directeur général de l'agence régionale de santé notifie au médecin le montant de la contribution forfaitaire annuelle mentionnée au quatrième alinéa de l'article L.1434-8 ainsi que le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

« Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de santé informe la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 1434-8 qui assure le recouvrement de cette contribution dans les conditions prévues par au b du IV de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Après recouvrement, la caisse primaire d'assurance maladie reverse cette contribution au fonds national d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

« **Art R.1431-5** - Le montant de cette contribution est égal au plafond mensuel de la sécurité sociale lorsque le médecin concerné est installé dans une zone dans laquelle le niveau de l'offre de soins est le plus élevé selon les modalités définies par l'arrêté interministériel prévu à l'article L.1434-7 du code de la santé publique. Ce montant est minoré de 25% lorsque le médecin concerné est installé dans une zone dont le niveau de dotation, estimé selon les mêmes modalités, est immédiatement inférieur. »

Art. 2 :

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le []

Par le Premier ministre :

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État

La ministre de la santé et des sports

