

GUIDE DE BONNES PRATIQUES DES CENTRES DE SANTE DENTAIRES, OPHTALMOLOGIQUES, ORTHOPTIQUES

Loi n°2023-3/8 du 19 mai 2023 dite Loi KHATTABI
visant à améliorer l'encadrement
des centres de santé

NOVEMBRE 2023

SOMMAIRE

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE	Page 2
PROJET DE SANTE.....	Pages 3 et 5
REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT.....	Page 6 et 7
ANNEXE 1 : FICHE IDENTITE DU CENTRE DE SANTE.....	Page 8 et 9
ANNEXE 2 : LISTE DES PIECES A FOURNIR.....	Page 10
ANNEXE 3 : DECLARATIONS DES LIENS D'INTERETS.....	Pages 11 à 14

CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE

Vous êtes un centre de santé ayant une activité dentaire, ophtalmologique ou orthoptique. Vous devez déposer un dossier de demande d'agrément à l'ARS Normandie, tel que prévu par la loi n° 2023-378 du 19 mai 2023 qui vise à améliorer l'encadrement des centres de santé.

Elle a pour objectif de lutter contre les manquements constatés de certains centres de santé. En tant que centre de santé tel que mentionné ci-dessus, vous devez être en possession d'un agrément pour exercer. L'agrément délivré par l'ARS Normandie vaut autorisation de dispenser des soins.

Les éléments que vous devez obligatoirement retourner à l'ARS :

- Annexe 1 : Fiche d'identité du centre de santé ;
- Annexe 2 : Liste des pièces à fournir ;
- Annexe 3 : Liens d'intérêts avec les sociétés tierces.

Ces éléments seront instruits et feront l'objet d'un arrêté d'agrément ou d'une décision de refus d'agrément.

L'ensemble des documents demandés doivent être déposés sur la **plateforme « démarches-simplifiées.fr »** via le lien suivant : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/agrement-centres-de-sante>.

S'il s'agit d'une première connexion, vous devez obligatoirement créer un compte.

Dans le cas où l'accès au site internet mentionné ci-dessus ne fonctionnerait pas, il est possible en second recours de nous faire parvenir votre dossier à l'adresse mail suivante : ars-normandie-dos-soins-ville@ars.sante.fr

Par ailleurs, nous tenons à vous informer que l'ensemble des documents seront partagés avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département compétent.

Centre de santé existant avant le 21 mai 2023	Nouveau centre de santé ¹
Un agrément provisoire sera délivré au plus tard dans les 12 mois à compter de la date de réception du dossier d'agrément réputé complet.	Un agrément provisoire sera délivré au plus tard dans les deux mois à compter de la date de réception du dossier d'agrément réputé complet.

L'agrément provisoire prend la forme d'un arrêté signé du Directeur général de l'ARS Normandie et, est publié au recueil des actes administratifs. L'ARS Normandie attribue alors un numéro d'immatriculation au FINESS(nom complet).

Il conviendra d'échanger avec les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour définir le calendrier qui permettra d'aboutir au conventionnement du centre de santé.

L'agrément provisoire ne deviendra définitif qu'après une période d'un an. Dans l'intervalle, l'ARS pourra organiser une visite de conformité.

¹ Dossier de demande d'agrément déposé à l'ARS Normandie après le 21 mai 2023.

L'agrément définitif prend également la forme d'un arrêté signé du Directeur général de l'ARS Normandie et publié au recueil des actes administratifs.

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter l'ARS Normandie : ars-normandie-dos-soins-ville@ars.sante.fr

PROJET DE SANTE

Les conditions d'élaboration et le contenu de projet de santé sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé².

Le projet de santé permet aux professionnels de santé de prendre en compte les besoins de santé du territoire et de proposer un projet en cohérence avec le Projet Régional de Santé³. Il présente l'organisation et le fonctionnement des prises en charge des patients au sein du centre de santé.

Le projet de santé est élaboré par le représentant légal du centre de santé. Toutefois, les professionnels de santé sont directement concernés par ce projet. Les modalités d'association des professionnels de santé à l'élaboration du projet sont laissées à l'appréciation du gestionnaire et pourront être adaptées selon les circonstances. Les professionnels de santé devront en prendre connaissance pour toute nouvelle embauche au sein du centre de santé.

Il doit être daté et signé par le représentant légal de l'organisme gestionnaire.

INFORMATIONS GENERALES

Représentant légal :

- Nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone du représentant légal de l'organisme gestionnaire (Annexe 2.2) ;

Organisme gestionnaire :

- Justificatif de la reconnaissance légale du statut juridique de l'organisme gestionnaire (sauf si Collectivité Territoriale ou Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) (Annexe 2.1) ;
- N° SIREN ou SIRET ou copie de la demande en cours (Annexe 2.8) ;

Centre de santé :

- Nom du centre de santé (ou de l'antenne) ;
- Adresse postale et électronique ;
- Adresse du siège social de l'organisme gestionnaire ;

PERSONNELS

- Nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone du responsable du centre de santé désigné par le représentant légal.
- Effectifs en équivalent temps plein de chaque catégorie professionnelle :
 - Médicale ;
 - Paramédicale ;
 - Médico- sociale ;
 - Administrative.
- Liste des professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé (ou l'antenne).

² Arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

³ [Projet régional de santé 2023-2028 : 12 priorités d'action pour améliorer la santé des Normands | Agence régionale de santé Normandie \(sante.fr\)](#)

- Copie des diplômes des professionnels de santé. (Annexe 2.9)
- N° ADELI ou RPPS des professionnels de santé. (Annexe 2.4)

A NOTER :

- Les professionnels de santé doivent porter un badge nominatif indiquant leur fonction.
- Affichage de manière visible dans les locaux du centre, dans ses antennes, sur son site internet, et sur les plateformes de communication numériques de l'identité et des fonctions de l'ensemble des professionnels de santé.

DIAGNOSTIC DES BESOINS DU TERRITOIRE

- Caractéristiques de la population
- Problématiques du territoire
- Etat de l'offre sanitaire
- Etat de l'offre sociale
- Etat de l'offre médico-sociale

A NOTER : Précisions sur les moyens utilisés (les sources) pour établir le diagnostic.

MISSIONS ET ACTIVITES DU CENTRE DE SANTE

- Les jours et heures d'ouverture du centre de santé (ou de l'antenne).
- Activités :
 - Activités en santé publique et éducation pour la santé ;
 - Activités innovantes :
 - Télémédecine ;
 - Education Thérapeutique du Patient ;
 - Participation à un programme de recherche en soins primaires (précisions sur objet de la recherche).
 - Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoires.
- Description du plateau technique.
- Plan détaillé des salles interventionnelles.
- Présence éventuelle d'une structure de prévention (Centre de Planification et d'Education Familiale, Centre de Protection Maternelle et Infantile).
- Mesures prises pour :
 - Favoriser l'accueil des personnes en situation de handicap (consultations dédiées, formations spécifiques du personnel...);
 - Permettre l'accès aux soins de toute personne sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale ;
 - Favoriser la formation des étudiants (précisions sur les professions ou disciplines concernées en la présence ou non de maîtres de stage ;
 - Favoriser la formation continue des professionnels de santé ;

A NOTER : Le tarif des consultations doit être affiché au public.

COORDINATION INTERNE ET EXTERNE

- Dispositif mis en œuvre pour la coordination Interne :
 - Rythme des réunions de concertation ;
 - Protocole pluri professionnels ;
- Compte rendu des réunions par le comité médical ou dentaire.
- Partenariats noués (conventions) avec acteurs du territoire.
- Modalités de partage des informations de santé des patients :
 - Entre les professionnels de santé du centre de santé ;
 - Avec les professionnels de santé de l'antenne ;
 - Avec les partenaires.
- Nom du logiciel labellisé par l'Agence du Numérique en Santé ;

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Les conditions d'élaboration et le contenu du règlement de fonctionnement sont définis par l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé.

Le règlement de fonctionnement a pour objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins dans la prise en charge des patients au sein du centre de santé.

Il doit être daté et signé par le représentant légal de l'organisme gestionnaire.

HYGIENE ET SECURITE DES SOINS

- Règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, notamment au regard des tenues des professionnels de santé et de l'hygiène des mains.
- Procédures détaillées de désinfection des dispositifs médicaux réutilisables.
- Stockage et mise à disposition, avec plan détaillé des locaux dédiés à ces opérations. (Annexe 2.13)
- Modalités de stérilisation :
 - Généralités ;
 - Pré-désinfection et rinçage ;
 - Nettoyage ;
 - Conditionnement ;
 - Circuit/ procédure de stérilisation ;
 - Stockage.
- Modalités de conservation et de gestion :
 - Des locaux ;
 - De la qualité de l'air ;
 - Des médicaments ;
 - Des dispositifs médicaux.
- Modalités de gestion :
 - Des déchets d'activité de soins à risques infectieux, et le cas, échéant, des déchets spécifiques (Annexe 2.12) ;
 - Du risque d'accident d'exposition du sang, comprenant en annexe la fiche de procédure spécifique au centre de santé précisant les coordonnées de l'hôpital de référence ;
- Modalités de gestion, de déclaration, d'analyse et de prévention des événements désirables graves et des infections associées aux soins.
- Nom et coordonnées professionnelles :
 - De la personne compétente en radioprotection ;
 - Du correspondant d'hémovigilance.
- Modalités de prise en charge des urgences vitales.

- Fiches de procédures consultables dans les locaux concernés.

INFORMATIONS RELATIVES AUX DROITS DES PATIENTS

- Dispositif mis en œuvre :
 - Pour favoriser l'accès des patients à leur dossier médical ;
 - Pour garantir la conservation des dossiers médicaux ;
- Modalités de constitution et le contenu du dossier médical garantissant la traçabilité des informations.
- Dispositif d'information du patient sur les tarifs pratiqués par le centre de santé ou par le tiers en cas d'orientation du patient.
- Dispositif d'information du patient sur l'organisation du centre de santé et de ses antennes pour répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des heures de permanence des soins.
- Dispositif d'évaluation de la satisfaction des patients.
- En cas de fermeture, informer sans délai le conseil départemental de l'ordre compétent, des dispositions prises en vue d'assurer la conservation des dossiers médicaux des patients et de l'accès à ceux-ci.

ANNEXE 1 : FICHE D'IDENTITE DU CENTRE DE SANTE

REPRESENTANT LEGAL :

- Nom, prénom, adresse électronique et numéro de téléphone du représentant légal de l'organisme gestionnaire : (Annexe 2.2)

ORGANISME GESTIONNAIRE :

- Justificatif de la reconnaissance légale du statut juridique de l'organisme gestionnaire (sauf si Collectivité Territoriale ou Etablissements Publics de Coopération Intercommunale) (Annexe 2.1)
- N° SIREN ou SIRET ou copie de la demande en cours :(Annexe2.8)

CENTRE DE SANTE :

- Nom du centre de santé :
 - Facultatif (Nom de(s) l'antenne(s)) :
- Adresses postales et électroniques :
- Adresse du Siège Social de l'organisme gestionnaire :

LOCALISATION :

- | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calvados | <input type="checkbox"/> Manche | <input type="checkbox"/> Orne |
| <input type="checkbox"/> Seine-Maritime | <input type="checkbox"/> Eure | |

ORGANISATION :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Site principal | <input type="checkbox"/> Antenne ⁴ |
|---|---|

ACTIVITE(S) :

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Ophtalmologique |
| <input type="checkbox"/> Orthoptique | |

ORGANISME GESTIONNAIRE :

- Association loi 1901
- Collectivité territoriale
- Etablissement public de santé

⁴ Elle est située à moins de trente minutes de trajet du centre de santé principal

- Etablissement privé de santé à but non lucratif
- SCIC (Société Coopérative d'Intérêt Collectif)

ANNEXE 2 : LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

1. Si association Loi 1901 :
 - Une copie des statuts ;
 - La composition du bureau ;
 - Une copie du récépissé de déclaration à la Préfecture ;
2. Les statuts de l'organisme gestionnaire ;
3. Le projet de santé daté et signé par le gestionnaire ;
4. Le règlement de fonctionnement annexé au projet de santé daté et signé par le gestionnaire ;
5. La fiche INSEE avec n° SIREN ou SIRET ou copie de la demande si immatriculation en cours ;
6. L'attestation d'inscription aux ordres (N° RPPS) ou au répertoire ADELI
7. Les copies des diplômes des professionnels (chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, assistants dentaires...) recrutés ;
8. Les copies des contrats de travail des professionnels (chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, assistants dentaires...) ;
9. Les copies des avenants des professionnels de santé et des ruptures de contrats (chirurgiens-dentistes, médecins, infirmiers, assistants dentaires...) ;
10. Le contrat DASRI (déchets d'activités de soins à risque infectieux) ;
11. Le plan détaillé des locaux faisant apparaître notamment, pour les centres de santé dentaires, la salle de stérilisation, le local ménage, le local DASRI, les cabinets dentaires, les vestiaires, l'emplacement des réfrigérateurs, les salles de stockage et d'archivage, la salle de radiologie le cas échéant ;
12. Plan spécifique sur la salle de stérilisation faisant apparaître les équipements utilisés et le respect du circuit de marche en avant ;
13. Les déclarations des liens d'intérêts de l'ensemble des membres de l'instance dirigeante ;
14. Les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces, selon des critères définis par voie réglementaire ;

ANNEXE 3 : DECLARATION DES LIENS D'INTERETS

En application de la loi n°2023-378 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé du 19 mai 2023

M. / Mme (<i>rayez la mention inutile</i>)	Nom d'usage :
Nom de naissance :	Prénom :
Fonctions au titre desquelles est produite la déclaration :	
Nom et adresse de l'organisme gestionnaire du centre de santé :	
Pour les membres de l'instance dirigeante :	
Déclaration :	<input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Modificative
Seulement pour les cas de transmission d'une déclaration modificative :	
Date de nomination ou d'entrée en fonctions : / /
Date de renouvellement : / /

<u>Renseignements personnels :</u>
Date de naissance :
Adresse postale :
Adresse de messagerie électronique :
Coordonnées téléphoniques :

Indications générales

1) La mention « néant » doit être portée dans les rubriques non remplies.

2) La déclaration doit être signée personnellement et chaque page doit être paraphée.

3) Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à l'agence régionale de santé compétente.

1° Activités professionnelles donnant lieu à rémunération ou gratification exercées à la date de la nomination :

Identification de l'employeur	Période d'exercice de l'activité professionnelle
Description de l'activité professionnelle	Rémunération ou gratification perçue annuellement

2° Activités professionnelles ayant donné lieu à rémunération ou gratification exercées au cours des cinq dernières années précédant la nomination :

Identification de l'employeur	Période d'exercice de l'activité professionnelle	Description de l'activité professionnelle	Rémunération ou gratification perçue annuellement

3° Participations aux organes dirigeants d'un organisme public ou privé ou d'une société à la date de la nomination et au cours des cinq dernières années :

Dénomination de l'organisme ou de la société	Période pendant laquelle vous avez participé à l'organe dirigeant	Description de l'activité exercée au sein de l'organe dirigeant	Rémunération ou gratification perçue annuellement

--	--	--	--

4° Participations financières directes dans le capital d'une société à la date de la nomination :

Dénomination de la société	Nombre de parts détenues (le cas échéant, pourcentage du capital social détenu)	Évaluation de la participation financière	Rémunération ou gratification perçue l'année précédant la nomination

5° Activités professionnelles exercées à la date de la nomination par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, les ascendants, les descendants, les frères ou les sœurs (*rajouter une ligne pour chaque nouvelle personne*)

Identification de l'employeur	Description de l'activité professionnelle par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, le frère ou la sœur

6° Activités professionnelles ayant donné lieu à rémunération ou gratification exercées au cours des cinq dernières années précédant la nomination par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, les ascendants, les descendants, les frères ou les sœurs (*rajouter une ligne pour chaque nouvelle personne*)

Identification de l'employeur	Période d'exercice de l'activité professionnelle	Description de l'activité professionnelle par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, le frère ou la sœur	Rémunération ou gratification perçue annuellement

7° Participations aux organes dirigeants d'un organisme public ou privé ou d'une société à la date de la nomination et au cours des cinq dernières années par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, les ascendants, les descendants, les frères ou les sœurs (*rajouter une ligne pour chaque nouvelle personne*)

Dénomination de l'organisme ou de la société	Période pendant laquelle le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité,	Description de l'activité exercée au sein de l'organe dirigeant	Rémunération ou gratification perçue annuellement

	le concubin, le frère ou la sœur participé à l'organe dirigeant		

8° Participations financières directes dans le capital d'une société à la date de la nomination par le conjoint, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité, le concubin, les ascendants, les descendants, les frères ou les sœurs (*rajouter une ligne pour chaque nouvelle personne*)

Dénomination de la société	Nombre de parts détenues (le cas échéant, pourcentage du capital social détenu)	Évaluation de la participation financière	Rémunération ou gratification perçue l'année précédant la nomination

9° Observations

Je soussigné
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration.

Fait le à
Signature :



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ARS Normandie

Esplanade Claude Monet
2 place Jean Nouzille
CS 55035

14050 Caen Cedex 4

www.normandie.ars.sante.fr

