CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

CENTRE DE SANTE DENTAIRE

Rémunération forfaitaire spécifique
Accord national

signé le 8 juillet 2015 et publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 modifié par :

- ***l'avenant n°1 publié au journal officiel du 17 novembre 2017,***
- ***l'avenant n°3 publié au journal officiel du 3 septembre 2020,***
- ***l'avenant n°4 publié au journal officiel du 5 octobre 2022,***
- ***l'avenant n°5 publié au journal officiel du 15 mars 2024.***

Décembre 2024

1. Principe de la rémunération

Chaque centre de santé dentaire relevant de l'accord national des centres de santé entré en vigueur le 30/09/2015 (modifié par les avenants 1, 3 et 4) bénéficie de la rémunération forfaitaire spécifique.

Est désigné comme centre de santé dentaire le centre de santé qui à une activité dentaire **exclusive ou quasi exclusive** (80% des honoraires totaux du centre).

Cette rémunération valorise la qualité de la prise en charge des patients par le centre de santé. Elle est organisée en 2 blocs :

- un bloc commun principal
- un bloc commun complémentaire

Et est basée sur :

- L'atteinte de différents types d'indicateurs :
  - des socles et prérequis : le centre de santé doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération,
  - socles : le centre de santé doit s'engager sur ces indicateurs socles complémentaires qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée,
  - optionnels : le centre de santé a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs.

Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis.
Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus à l'année N-1.

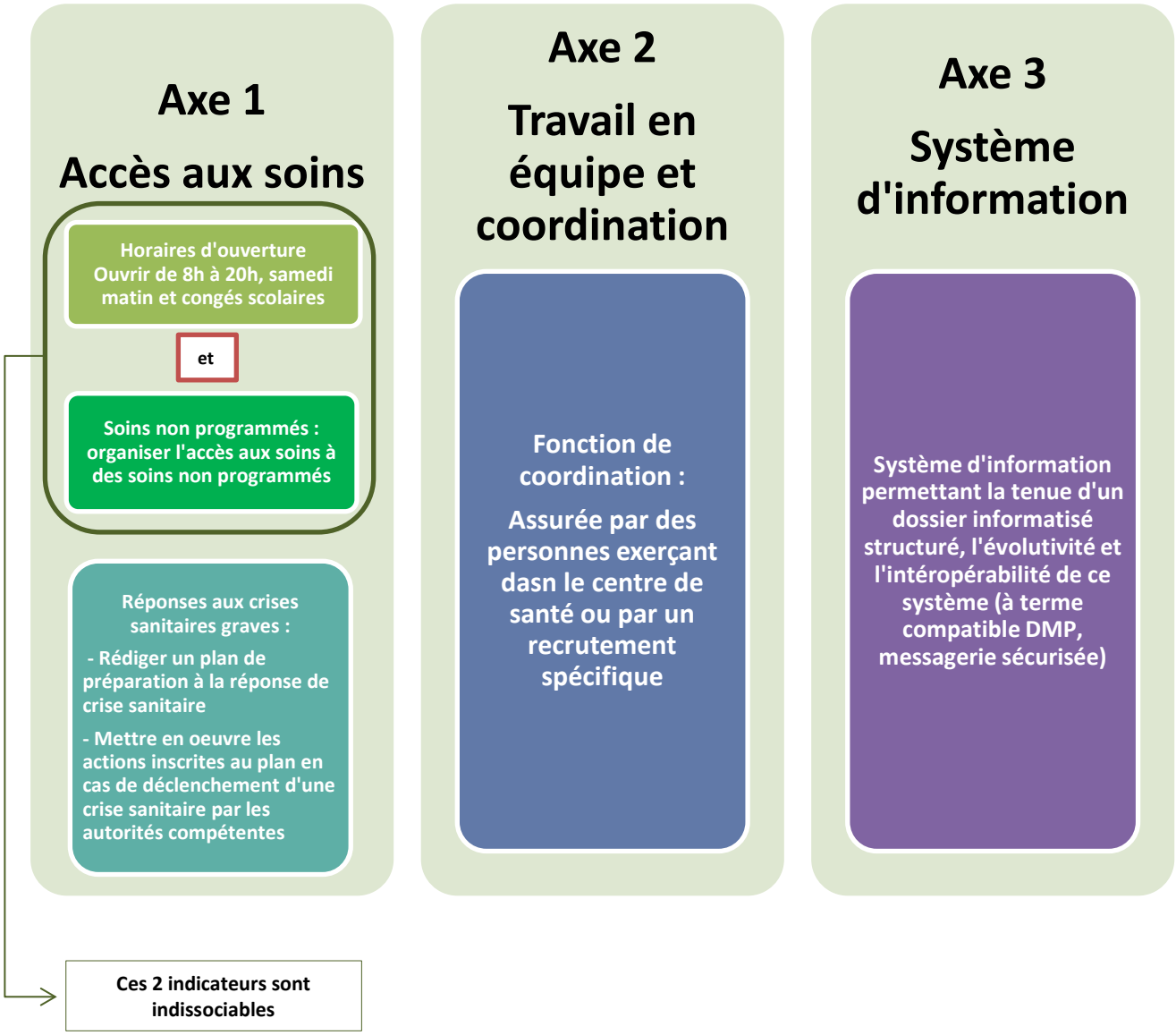
- L'attribution de points dès lors que l'indicateur est atteint
  - fixes,
  - ou variables en fonction de la patientèle du centre de santé,
  - ou dépendant du nombre d'ETP/nombre d'infirmiers salariés par le centre de santé.

- La rémunération de l'atteinte des indicateurs :
  - chaque indicateur est valorisé avec un nombre de points,
  - le point étant valorisé à 7 euros

2. Les indicateurs

2.1 Les indicateurs « socles et prérequis » (bloc commun principal)

Le centre de santé doit respecter ces 3 indicateurs pour déclencher la rémunération.



Modifications issues de l'avenant 4 :

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et prérequis **« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Réponses aux crises sanitaires graves », « Fonction de coordination »** et **« Système d'information niveau standard »** soient respectés.

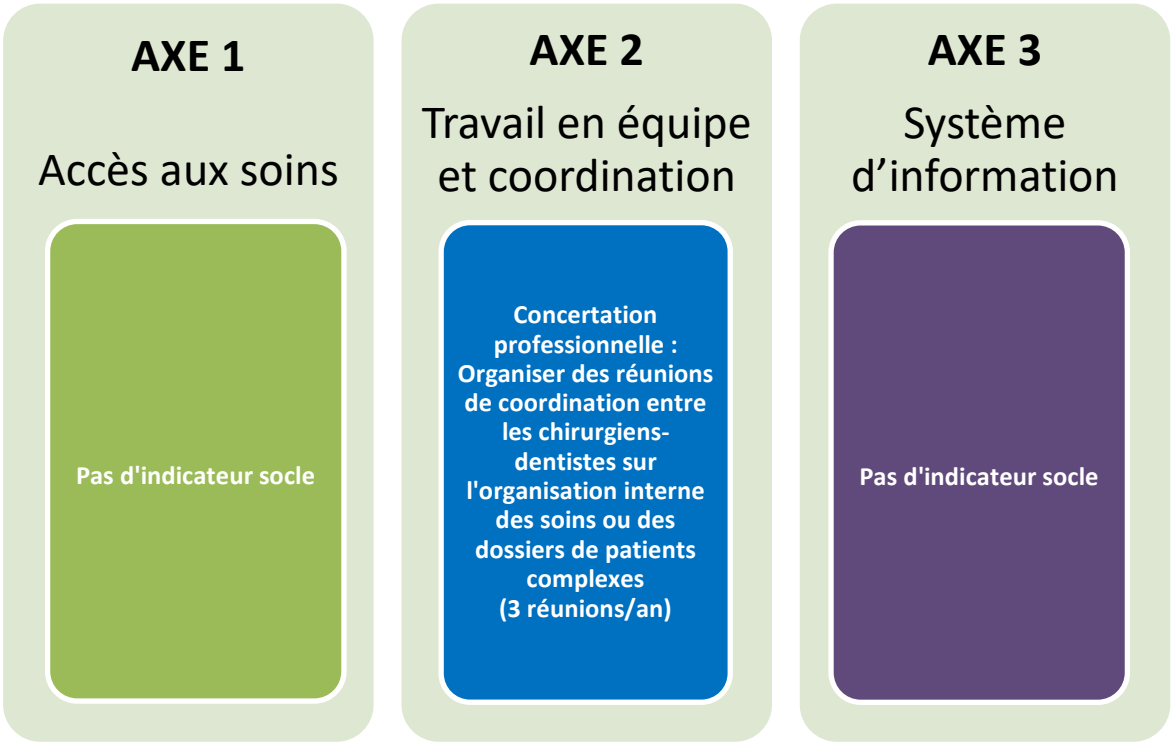
- **Axe « Accès aux soins »**

Création d'indicateurs

- L'indicateur **« Réponses aux crises sanitaires »** est un nouvel indicateur socles et prérequis de l'axe « Accès aux soins » dédié à la gestion des crises sanitaires.
- Cet indicateur vise à valoriser les structures qui s'organisent pour assurer une continuité des soins et pour contribuer à répondre à un nouveau besoin émergent en cas de survenue d'une crise sanitaire exceptionnelle. L'indicateur prévoit 2 niveaux d'atteinte :
  - Le centre de santé prépare un plan de réponse à une crise sanitaire : la structure perçoit 100 points fixes quelle que soit la situation sanitaire,
  - Le centre de santé met en œuvre les actions prévues par le plan en cas de survenue d'une situation de crise qualifiée par les autorités sanitaires de « crise exceptionnelle » : la structure perçoit 350 points variables.

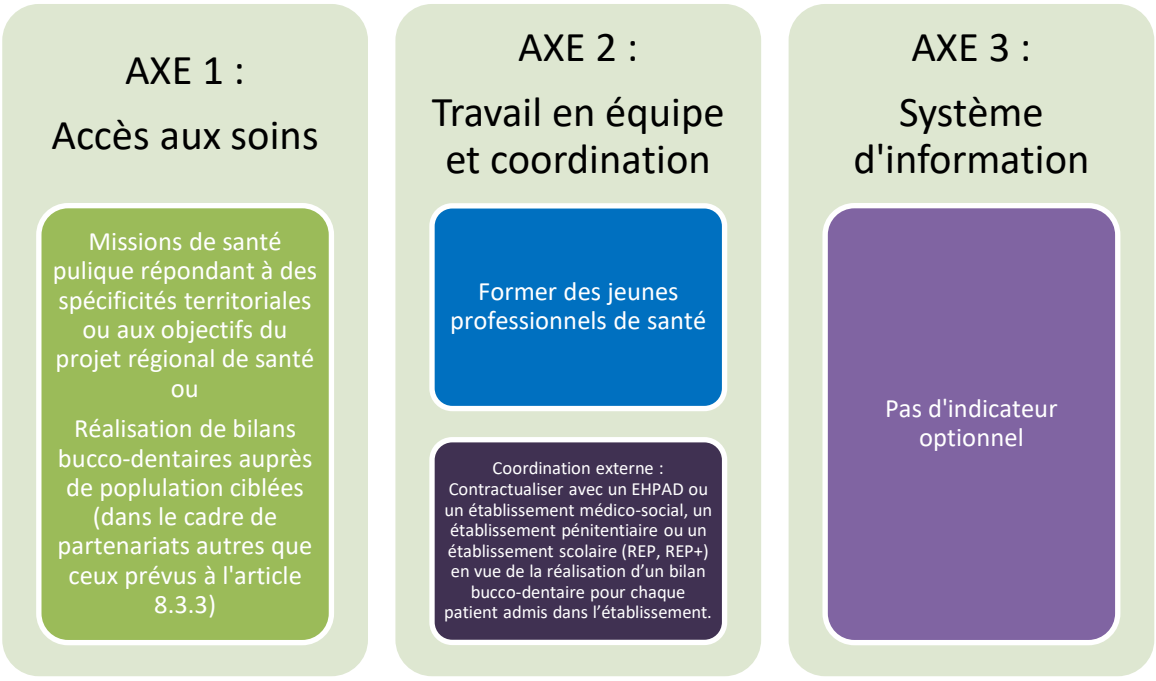
Par dérogation, cet indicateur était considéré comme optionnel au titre de l'exercice 2022. Cette dérogation prend fin à compter de l'exercice 2023. Aussi le volet variable de cet indicateur relatif à la mise en œuvre d'actions en cas de survenue d'une crise sanitaire ne saurait être versé au titre de l'exercice 2024 compte tenu l'absence de déclenchement d'une crise sanitaire par les autorités compétentes en 2024.

2.2 Les indicateurs « socles » (bloc commun principal)



Pour les centres de santé dentaires, seul l'indicateur « **Concertation professionnelle** » est un indicateur socle. Le centre de santé s'engage obligatoirement sur cet indicateur.

2.3 Les indicateurs optionnels (bloc commun principal)



Ces indicateurs sont optionnels, le centre de santé n'est pas obligé de réaliser ces indicateurs.
Ces indicateurs permettent aux centres de santé de bénéficier d'un complément de leur rémunération s'ils le souhaitent.

Modifications issues de l'avenant 4:

- **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

<u>Revalorisation d'indicateur</u>

- Formation des jeunes professionnels de santé : 225 points sont attribués pour la réalisation d'un 2ème stage.

Modifications issues de l'avenant 5:

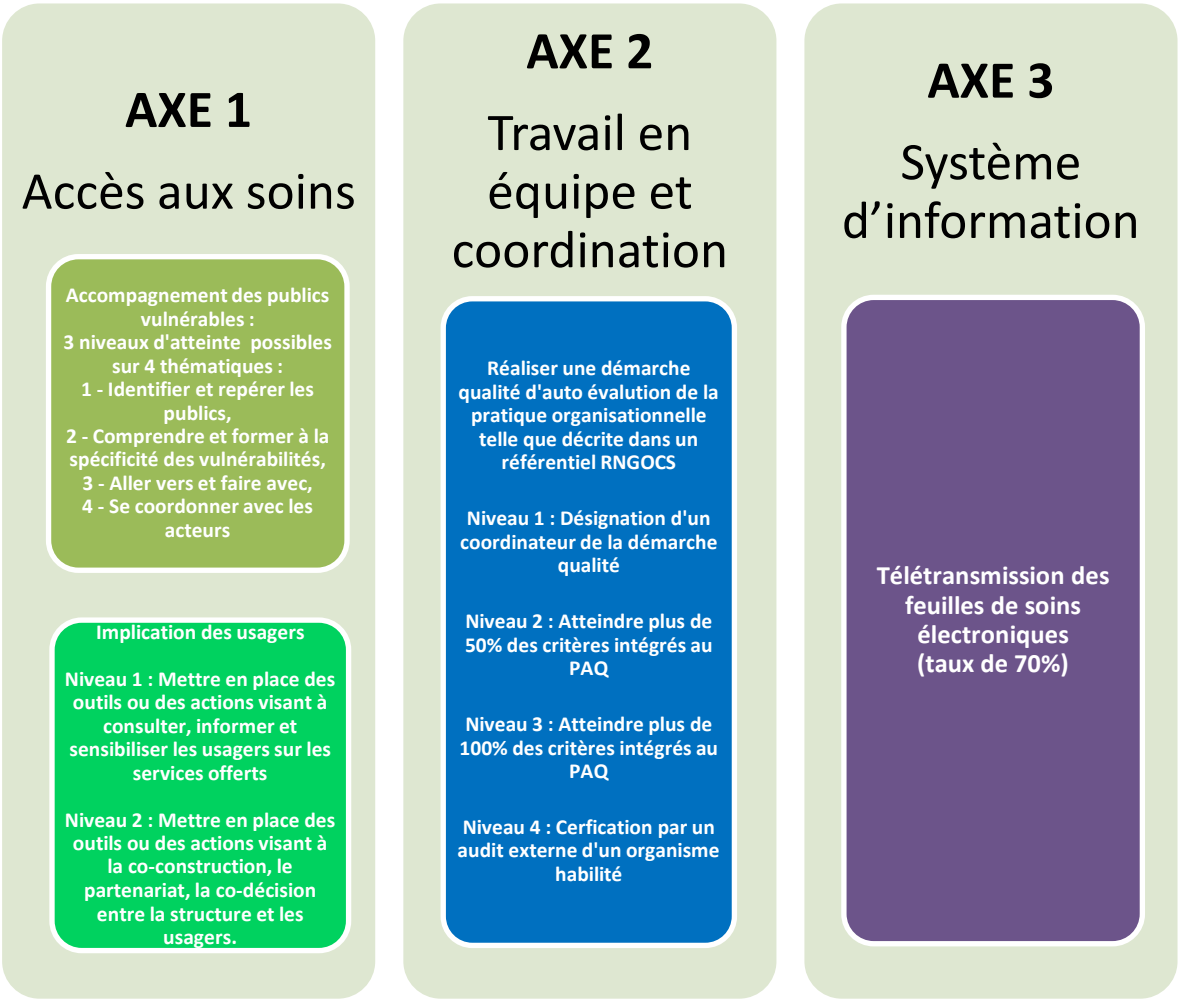
- **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

Coordination externe : Un minimum de 3 interventions de chirurgiens-dentistes salariés sont réalisées dans l'année en dehors de la structure et peuvent prendre la forme de :

- formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en charge de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées ; en établissement ou service médico-social (ESMS) ; en situation de handicap,
- dépistage dans des ESMS suivis d'une prise en charge par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins.

L'atteinte de ce critère permet aux centres de santé dentaires de bénéficier de 500 points en fixe pour au moins un contrat.

2.4 Les indicateurs optionnels du bloc commun complémentaire



Ces indicateurs sont optionnels et indépendants.

Précisions :

- Concernant l'indicateur « **Démarche qualité** » de l'Axe 2 - Travail en équipe : les points attribués à chaque niveau sont cumulables entre eux. Si le centre de santé atteint le niveau 3, il remplit de facto les niveaux 1 et 2.

Modifications issues de l'avenant 4 :

- **Axe 1 : « Accès aux soins »**

Création d'indicateurs

- L'indicateur **« Implication des usagers »** est valorisé selon le niveau d'implication de la structure :
  - **Niveau 1** : Le centre de santé met en place des outils ou des actions visant à **consulter, informer et sensibiliser les usagers** sur les services offerts. Il s'agit entre autres de permettre

d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc…), son atteinte permet l'obtention de 200 fixes,

- **Niveau 2** : Le centre de santé met en place des outils ou des actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers, son atteinte permet l'obtention de 300 points variables sur la base d'une patientèle de référence de 2 600 patients).

La valorisation des points des niveaux 1 et 2 est cumulable si le centre de santé atteint les 2 niveaux d'engagement de l'indicateur.

Revalorisation d'indicateur

- L'indicateur **« Accompagnement des publics vulnérables »** est modifié et revalorisé selon une approche sociale répondant à 4 thématiques et selon 3 niveaux d'implication de la structure (cf – guide des indicateurs). La réalisation de 2 thématiques permet l'atteinte du niveau. Chaque niveau est valorisé en points variables sur la base de la patientèle C2S et AME de la structure :

  - Niveau 1 : 200 points variables,
  - Niveau 2 : 400 points variables,
  - Niveau 3 : 800 points variables.

Précisions :
Les niveaux sont cumulables, la validation de chaque niveau est dépendante de l'atteinte du niveau inférieur. La présence d'un médiateur au sein du centre de santé est valorisée de 300 points fixes supplémentaires dès l'atteinte du niveau 1 (quel que soit le nombre de niveaux atteints).
Par exemple : si le centre de santé atteint les 3 niveaux et compte la présence d'un médiateur, il obtient le cumul des points pour chaque niveau atteint soit 1 400 points variables (200 + 400 + 800 points variables – base patientèle C2S et AME/taux national) et 300 points fixes pour la présence du médiateur.

Suppression d'indicateur

L'indicateur **« Information du public** est supprimé par l'avenant 4.

3. La rémunération

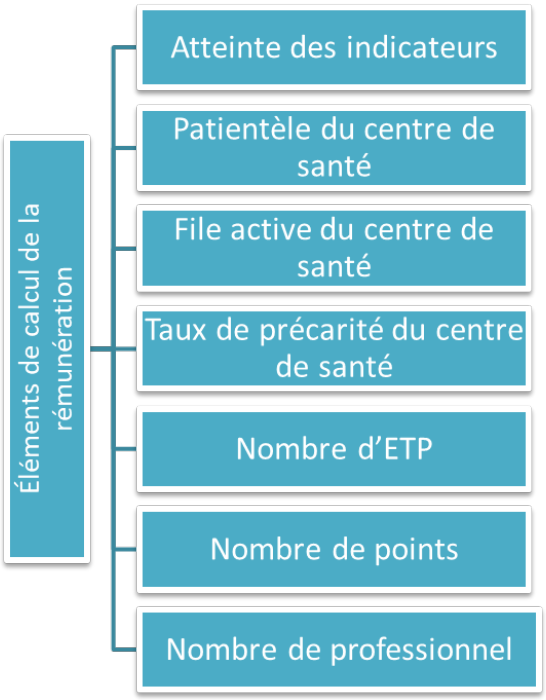
3.1 Principes

Pour bénéficier de la rémunération, le centre de santé doit :

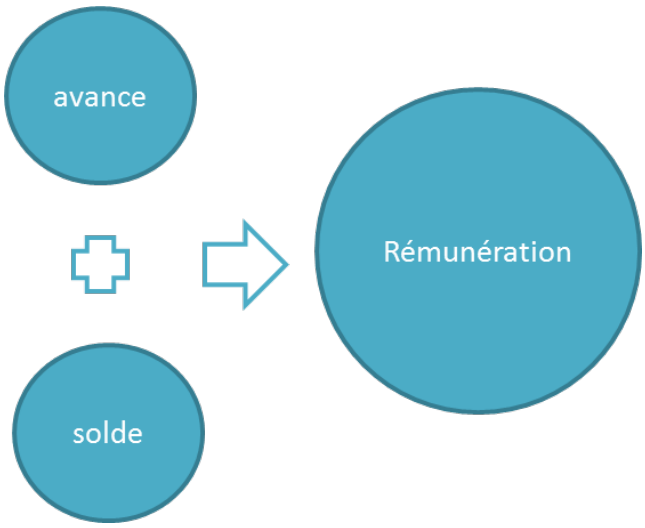
- être régi par les dispositions de l'accord national,
- avoir atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis »,
- avoir saisi les données concernant la rémunération sur la plateforme ATIH avant le 28/02 de l'année N+1.

La rémunération est versée au centre de santé. Il est libre ensuite d'utiliser la somme versée comme il le souhaite.

La rémunération se calcule en tenant compte des éléments suivants :



La rémunération est composée de 2 parts et est versée pour une année civile :



Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis.
Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus au titre de l'année N-1.

3.2 Atteinte des indicateurs

Le détail de chaque indicateur est précisé sous forme de fiche disponible sur le site « ameli.fr ».
L'appréciation de l'atteinte des indicateurs est réalisée par année civile.

Des dérogations ont été prévues :

- **Pour les centres de santé nouvellement créés** :
  durant l'année civile au cours de laquelle le centre de santé a commencé à être régi par l'accord national et l'année civile suivante, un centre de santé nouvellement créé n'est pas obligé d'atteindre les 4 indicateurs « socles et prérequis ». L'atteinte de 2 des 4 indicateurs permet de déclencher la rémunération.

  Sont considérés comme centres de santé nouvellement créés, les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date à laquelle ils sont régis par l'accord national.

3.3 Les éléments de calcul

Pour déterminer la rémunération, plusieurs éléments sont pris en compte :

➢ Les points :

L'atteinte des indicateurs entraîne l'attribution :
- o de points fixes
- o de points variables en fonction de la patientèle ou en fonction du nombre d'ETP/nombre de chirurgiens-dentistes.

➢ La patientèle du centre de santé/File active :

Elle correspond au nombre de patients ayant eu au moins un soin remboursable facturé par un des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé au cours de l'année. Lorsque la spécialité du professionnel ayant effectué le soin est inconnue dans la facturation (0 ou 99), seuls les actes dentaires sont pris en compte.

➢ Le taux de précarité du centre de santé

Le taux de précarité du centre de santé est défini en fonction :
- du **taux de patients complémentaire santé solidaire CSS**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active du centre de santé

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé avec l'application d'une « majoration de précarité » (taux de sur précarité du centre de santé par rapport à la moyenne nationale).

➢ **Le nombre d'équivalent temps plein (ETP)**

Le nombre d'ETP (salarié du centre de santé) est utilisé pour le calcul de l'indicateur « Télétransmission » et « démarche qualité ».

Les règles de calcul détaillées de ces différents éléments, accompagnées de cas pratique sont présentées en annexe.

3.4 Le calcul de l'avance

Une avance de 60 % (sous le code prestation ADS) est accordée chaque année n et est égale à :

- 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus au titre de l'année n-1

➢ **Dispositions spécifiques pour les centres de santé nouvellement créés**

- Un dispositif d'avance spécifique est mise en place pour les centres de santé nouvellement créés,
- Elle est calculée par la Cnam au regard des montants moyens versés aux centres de santé en année N-1 au titre de la rémunération forfaitaire spécifique et selon la spécialité des centres de santé (polyvalent, médical, infirmier, dentaire),
- le montant est proratisé en fonction du trimestre de l'année civile au cours de laquelle le centre a été créé, comme suit :
  - **1er trimestre de l'année civile** = *100% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **2ème trimestre de l'année civile** = *75% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **3ème trimestre de l'année civile** = *50% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **4ème trimestre de l'année civile** = *25% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

La Cnam actualise, tous les ans, ces montants dans le courant du dernier trimestre de chaque année. Le nouveau barème d'avances est adressé par voie d'instruction DCGDR aux Cpam. Il revient aux Cpam de verser aux centres de santé l'avance dû, selon le nouveau barème et en regard au trimestre d'installation.

3.5 Le calcul de la rémunération

La rémunération totale annuelle est versée en 2 temps :

- une avance (voir paragraphe ci-dessus)

Et

- un solde

  Le solde de la rémunération est la différence entre le montant de la rémunération totale annuelle calculée et le montant de l'avance versée au centre de santé :

  Solde à verser = Rémunération totale année N calculée – Avance versée au titre de l'année N

  Le solde est versé en principe au plus tard au 30 avril de l'année N+1.

➢ Les indicateurs à points fixes

Rémunération = Nombre de points fixes x 7 euros

➢ Les indicateurs à points variables

Pour les indicateurs attribuant un nombre de points variables, le nombre de points a été défini :

- Soit pour une « **patientèle de référence** » du centre de santé de 2 600 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle du centre de santé

Rémunération = [(Nombre de points variables x (Patientèle déclarante)) x 7 euros]
2 600
(Patientèle de référence)

Exemple : *Pour l'indicateur « **Mission de santé publique** »*

Atteinte à 100% par un centre de santé ayant une patientèle de 6 000 patients :

➥ *Rémunération 3 230,77 euros = [200 points x (6 000 (patientèle))] x 7 euros*
2 600

- Soit en fonction du **nombre d'ETP avec un nombre d'ETP de référence**

Rémunération = [((Nombre de points variables) x nombre d'ETP déclaré) x 7 euros]
6 ETP

Exemple : *Pour l'indicateur «**Télétransmission**» le nombre d'ETP de référence est égal à 3 ETP*

Atteinte à 100% par un centre de santé ayant 16 ETP :

➥ *Rémunération 4 480 euros = [((120 points) x 16) x 7 euros]*
3 ETP

➢ Les indicateurs à points mixtes (variables et fixes)

Certains indicateurs ont une rémunération mixte comportant :

- Une partie fixe et une partie **variable** selon **patientèle**,
- Une partie fixe et une partie **variable** selon **le nombre d'ETP ou de chirurgiens-dentistes salariés.**

Plusieurs indicateurs sont concernés :

- **Axe 1 – Accès aux soins :**
  - « **Réponse aux crises sanitaires graves** » - Bloc commun principal- Socle et prérequis :
    - Rédaction du plan : 100 points fixes,
    - Mise en œuvre d'actions : Les 350 points variables sont annexés sur une **patientèle de référence de 2 600 patients**.

Exemple de calcul de la rémunération selon la patientèle de la structure :

Pour une structure ayant 3 900 patients et une atteinte de 100% de l'indicateur *(+ conditions de survenue de crise sanitaire remplies)*
Nombre de points **= 100 points fixes + 350 points variables x ($\frac{3\,900}{2\,600}$)** **= 100 + 525** **= 625** **Rémunération** **= 625 points x 7 euros = 4 375 euros**

- **Axe 2 – Travail en équipe et coordination :**
  - « **Démarche qualité** » - Bloc commun complémentaire – Optionnel :
    - 100 points fixes pour le niveau 1,
    - 150 points fixes supplémentaires, et **25 points variables en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes salariés par le centre** (25 points pour 4 ETP de PS), pour le niveau 2
    - 150 points fixes supplémentaires, et **25 points variables en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes salariés par le centre** (25 points pour 4 ETP de PS), pour le niveau 3
    - 150 points fixes supplémentaires pour le niveau 4.

Exemple de calcul de la rémunération selon le nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes de la structure :

Pour une structure composée de 12 ETP de Chirurgiens-dentistes et ayant atteint les 4 niveaux
Nombre de points **= [(100 points fixes (niv 1) + 150 points fixes (niv 2) + 150 points fixes (niv 3) + 150 points fixes (niv 4)) + (50 points variables (niv 2 et 3) × ($\frac{12\ \text{ETP}}{4}$))]** **= 550 + 150** **= 700 points** **Rémunération** **= 700 points × 7 euros = 4 900 euros**

- **Axe 3 – Systèmes d'information**

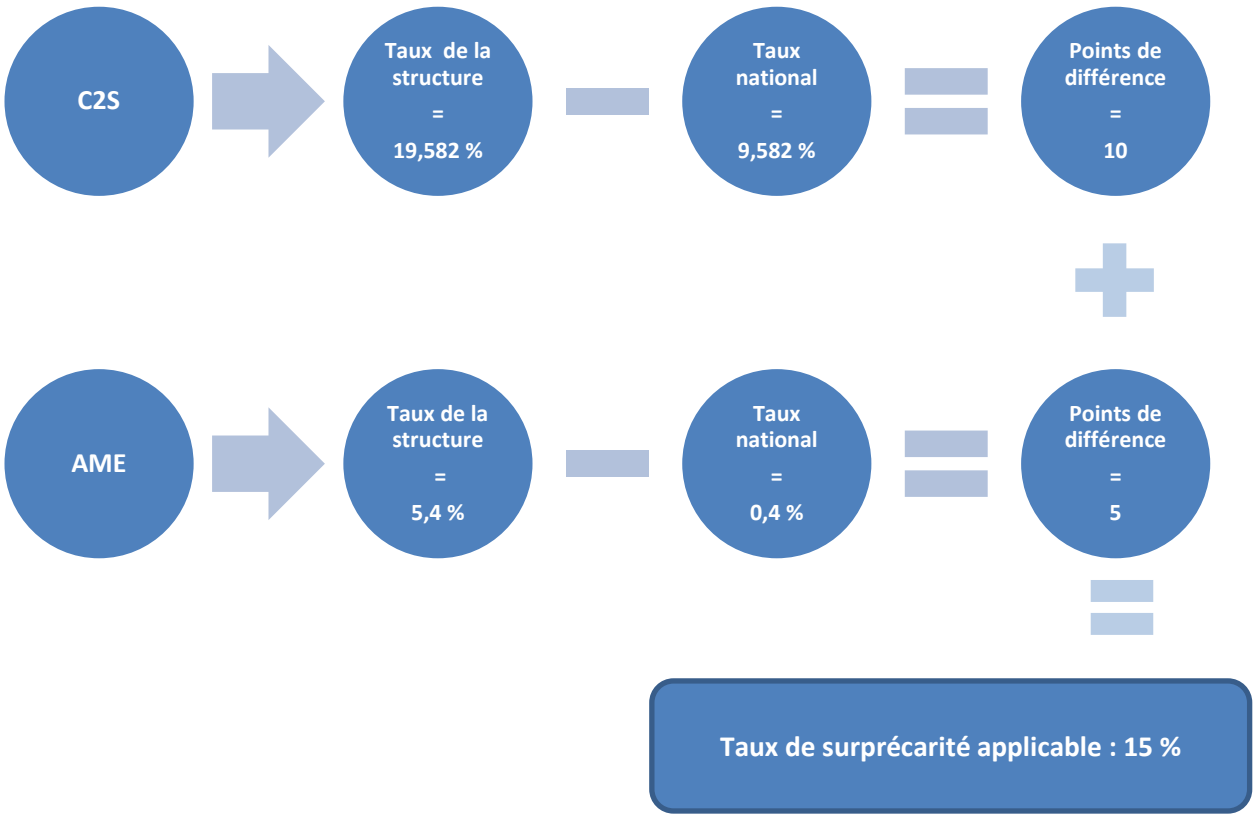
  - « **Système d'information** » - Bloc commun principal – Socle et prérequis :
    - 250 points (part fixe)
    - 200 points variables (au regard des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé jusqu'à 6 chirurgiens-dentistes) et 150 points variables au regard des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé au-delà de 6 chirurgiens-dentistes).

Exemple de calcul de la rémunération selon le nombre de chirurgiens-dentistes de la structure :

Pour une structure ayant atteint l'indicateur à 100%, composée de 8 chirurgiens-dentistes salariés
Nombre de points **= 250 points fixes + (200 points variables x 6) + (150 points variables x 2)** **= 250 + 1 200 + 300** **= 1 750 points** **Rémunération** **= 1 750 points × 7 euros = 12 250 euros**

➢ **Les majorations :**

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé (définition et calcul précisés en annexe). Cette majoration est plafonnée à 25%



➢ **La proratisation en fonction de la date d'ouverture et de fermeture du centre de santé**

Une proratisation est appliquée à la rémunération calculée en fonction de la date d'ouverture et de fermeture du centre de santé.

3.6 Les justificatifs conditionnant la rémunération

Les centres de santé doivent mettre à disposition sur la plateforme ATIH :
- les justificatifs relatifs à l'atteinte des différents indicateurs sur l'année écoulée (année N)
- au plus tard au 28 février de l'année N+1.

4. Le calendrier de paiement

4.1 Avance

➢ **1ère année d'ouverture du centre de santé**

Pour bénéficier de cette avance, le centre de santé « nouvellement créé » a trois mois au plus, à compter de sa création (date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS) pour se faire connaître auprès de sa CPAM de rattachement et compléter le formulaire de renseignement.

Le versement intervient dans les 2 mois suivant la date à laquelle le centre est régi par l'accord national.

➢ **Les années suivantes**

Le versement intervient en même temps que le paiement du solde de la rémunération de l'année N.

4.2 Solde de la rémunération

Le solde de la rémunération totale annuelle est versé en principe au plus tard le 30 avril de l'année N+1.

5. ANNEXE 1 = FORMULE DE CALCUL DES ELEMENTS DE REMEUNERATION

5.1 La file active

La file active du centre de santé correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un soin facturé par un chirurgien-dentiste au cours de l'année, quand la spécialité chirurgien-dentiste est identifiée dans la facturation. Lorsque la spécialité du professionnel ayant effectué le soin est inconnue dans la facturation, seuls les actes dentaires ont été pris en compte.

5.2 Le taux de précarité

Est défini en fonction :

- du **taux de patients CSS**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active du centre de santé.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé avec l'application d'une « majoration de précarité ». La majoration de précarité appliquée au centre de santé est plafonnée à 25%.

Le taux de patients **CSS** et le taux de patients AME du centre de santé sont comparés aux taux nationaux de patients **CSS** (9,582%) et AME (0,4%) afin de calculer la majoration de précarité du centre de santé selon les modalités suivantes :

Si le centre de santé a une part de patients CSS supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :
Majoration de précarité **=** **(Taux de patients CSS du centre de santé – Taux national CSS)** **+** **(Taux de patients AME du centre de santé – Taux national AME)**

➢ **Si le centre de santé a une part de patients CSS supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :**
Majoration de précarité **=** **Taux de patients CSS du centre de santé – Taux national CSS**

➢ **Si le centre de santé a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients CSS égale ou inférieure à la moyenne nationale :**
Majoration de précarité **=** **Taux de patients AME du centre de santé – Taux national AME**

6. ANNEXE 2 = LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION

6.1 BLOC COMMUN PRINCIPAL

Les éléments mis en évidence par la couleur de police rouge dans le tableau ci-après sont les indicateurs ayant évolué avec la mise en œuvre de l'avenant 4.

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 1 : Accès aux soins	• Horaires d'ouverture, • Soins non programmés.	SOCLE-PREREQUIS	• Charte d'engagement	Voir modèle-type en annexe 4 de l'Accord national La charte doit être également affichée dans le centre de santé
	• **Réponse aux crises sanitaires graves :** - **Rédaction d'un plan de préparation,** - **Mise en œuvre d'actions**	**SOCLE-PREREQUIS**	• Plan de préparation, • Plan d'actions pouvant répondre aux besoins en patients.	Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan de préparation et le plan d'actions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• Fonction de coordination au sein de la structure	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : • Copie du contrat de travail • Fiche de poste, etc…	
AXE 3 : Système d'information	• Mettre en place un système d'information permettant la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : • Factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location…	La date d'acquisition du logiciel doit apparaitre sur le document

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• Organiser des réunions de concertation professionnelle entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes	SOCLE	• Calendrier des réunions sur l'année civile N	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse

AXE 1 : Accès aux soins	• Mettre en place des missions de santé publique ou bilans bucco-dentaires	OPTIONNEL	• Le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé conclus avec les établissements, structures ou associations	
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• **Former des professionnels de santé**	OPTIONNEL	• Copie de l'attestation ou convention de stage	Identifier le nom du/des stagiaire(s), la profession et les dates de stage(s)
	• Coordination externe formalisée par une contractualisation avec un EHPAD ou un établissement de santé ou médico-social	OPTIONNEL	• Copie des contrats conclus	

6.2 BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : Accès aux soins	• **Accompagnement des publics vulnérables** **Si présence d'un médiateur**	OPTIONNEL	• Plan d'actions de niveau 1, • Plan d'actions de niveau 2, • Plan d'actions de niveau 3. • Document attestant de la présence du médiateur.	Modèle disponible sur la plateforme ATIH. Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan d'actions pour chaque niveau Copie du contrat de travail, Fiche de poste
	• **Implication des patients (usagers)**	OPTIONNEL	• Plan d'actions de niveau 1, • Plan d'actions de niveau 2. Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan d'actions pour chaque niveau. Ce plan précise les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge pour chaque action spécifique réalisée.	Modèle disponible sur la plateforme ATIH.
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• Démarche qualité	OPTIONNEL	• Document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité (désignation d'un coordinateur de la démarche qualité, le PAQ, attestation de la certification qualité du centre de santé par un organisme extérieur habilité).	Modèle disponible sur la plateforme ATIH
AXE 3 : Système d'information	• Télétransmission	OPTIONNEL	• Sans	