

## ***Centres de santé médicaux ou polyvalents : fiches par indicateur***

Ces fiches ont pour objectif de présenter les indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique visée à l'article 4 de l'accord national entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie (modifié par l'avenant 1), et notamment les conditions d'atteinte des engagements correspondants et les justificatifs à transmettre à l'assurance maladie.

Pour chaque indicateur, la rémunération est fonction de l'atteinte des objectifs.

Le déclenchement de la rémunération nécessite impérativement que les indicateurs « socles » définis comme des prérequis soient remplis.

Une plateforme (ATIH) est mise à disposition des centres de santé afin de faciliter le recueil des indicateurs déclaratifs liés à cette rémunération. Les centres de santé ont jusqu'au 28 février de chaque année pour procéder au remplissage de cette plateforme<sup>1</sup>.

### **SOMMAIRE :**

- Accès aux soins – bloc commun principal
  - o Accessibilité du centre de santé
  - o Missions de santé publique
  - o Diversification de l'offre de soins
  - o Accueil d'un centre de santé adhérent à un contrat de solidarité territoriale
  
- Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
  - o Concertation pluri-professionnelle formalisée et régulière
  - o Formation des jeunes professionnels de santé
  - o Coordination externe
  - o Protocoles pluri-professionnels
  - o Fonction de coordination
  
- Echange/système d'information – bloc commun principal
  - o Partage et structuration de l'information
  - o Système d'information pluri-professionnel
  
- Travail en équipe/coordination – bloc commun complémentaire
  - o Démarche qualité
  
- Accès aux soins – bloc commun complémentaire
  - o Accompagnement des publics vulnérables

---

<sup>1</sup> Par exception les 7 indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) médecin traitant de l'adulte et des enfants doivent être saisis dans la plateforme le 26 janvier de chaque année 2018 au plus tard. En effet, le calcul de la rémunération due au titre de ces deux ROSP est intégré au processus de calcul et de paiement de la ROSP des médecins libéraux.

- Information du public
- Echange/système d'information – bloc commun complémentaire
  - Télétransmission et téléservices
  - Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – SOCLE**  
**ACCESSIBILITE DU CENTRE DE SANTE**

### **Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 800 points** (critère 1 soumis le cas échéant à minoration et/ou dérogation de l'ARS)
- **Valeur du point : 7 euros**

### **Détail des critères et modulations possibles**

#### 1. Amplitude des horaires d'ouverture

Assurer des horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires :

En pratique, le centre de santé **s'engage à être ouvert de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires.**

Sur cette amplitude horaire, le centre de santé est ouvert mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire. Il n'est pas nécessaire non plus qu'un médecin soit présent sur toute l'amplitude horaire notamment sur la pause méridienne.

*Toutefois, une modulation de ces horaires peut être accordée par l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA.*

*En dehors de ces horaires, un message d'accueil téléphonique doit permettre d'orienter les patients vers un autre accès aux soins.*

#### 2. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Les professionnels de santé de la structure **s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients** ayant besoin de soins non programmés :

- Disponibilité des différents professionnels de santé du centre pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),
- Possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins du centre.

### Charte d'engagement sur le service au patient

L'ensemble des deux critères précédents fait l'objet d'une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients et *dont le modèle figure en annexe 2 de l'accord*

*national pour les centres de santé médicaux ou polyvalents. Cette charte est affichée dans le centre de santé* (dans les différents sites en cas de structures ayant plusieurs sites géographiques) et est disponible sur le site ameli.fr dès lors que le service d'information sur les centres de santé est opérationnel.

### **Minoration du nombre de points**

Ces minoration sont le cas échéant cumulables.

- une minoration de 60 points est appliquée pour une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ;
- une minoration de 150 points est appliquée pour une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ;
- une minoration de 120 points est appliquée lorsque le centre est fermé le samedi ;
- une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines (fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année) ;

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Ces indicateurs sont déclaratifs. Le respect de ces deux indicateurs et la transmission de la charte conditionne le déclenchement de la rémunération.

### **Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Une copie de la « charte d'engagement vis-à-vis des patients », conforme au modèle figurant en annexe 2 de l'accord national des centres de santé, doit être *transmise à la caisse d'assurance maladie de rattachement du centre de santé et mise à disposition sur la plateforme ATIH.*

## Exemples :

*Sous réserve de l'atteinte du critère 2*

**Centre médical et polyvalent N° 1** : Ouverture de 8h à 20h en continu en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires

• 800 points

**Centre médical et polyvalent N° 2** : Ouverture de 8h à 13h et de 14h à 19h en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires (soit 10h d'amplitude horaire)

•  $800 - 60 = 740$  points

**Centre médical et polyvalent N° 3** : Ouverture de 8h à 20h en continu en semaine et pendant les congés scolaires et fermé le samedi

•  $800 - 120 = 680$  points

**Centre médical et polyvalent N° 4** : Ouverture de 8h à 12h et de 14h à 18h en semaine (soit 8h d'amplitude horaire) et fermé le samedi et fermé 2 semaines pendant les congés scolaires

•  $800 - 150 - 120 - (2 \times 30) = 470$  points

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE**

### Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points :**
  - 350 points par mission de santé publique réalisée par le centre de santé (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients<sup>†</sup>*), **dans la limite de 2 missions différentes par centre, soit 700 points au maximum** (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients*) ;
  - 200 points par mission de santé publique « infirmière » supplémentaire dans la limite d'une mission (*pour une patientèle de référence de 450 patients*) pour les centres ayant une forte activité infirmière ;
  - 200 points par mission de santé publique « dentaire » supplémentaire dans la limite d'une mission (*pour une patientèle de référence de 2600 patients*) pour les centres ayant une forte activité dentaire.
- **Valeur du point : 7 euros**

### Détail des critères et modulations possibles

Les missions sont à **choisir parmi la liste des thèmes figurant en annexe 5** de l'accord national des centres de santé :

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ;
- lutte contre la tuberculose ;
- surpoids et obésité chez l'enfant ;
- souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans ;
- prévention du suicide ;
- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA ;
- prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité ;
- éducation thérapeutique et éducation à la santé.

**Elles peuvent également s'inscrire en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS-donc thèmes possibles au-delà de la liste définie à l'annexe 5 de l'accord).** Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière peuvent compléter les 2 missions de santé publique initiale (précisées ci-dessus) par une autre mission de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé à choisir parmi les thèmes figurant en annexe 5 de l'accord national des centres de santé ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

---

<sup>†</sup> La patientèle des centres de santé médicaux/polyvalents est définie dans l'accord national à l'article 13.1

Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire peuvent également compléter les 2 missions de santé publique initiale par une mission de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), ou, à défaut, réaliser des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 de l'accord national.

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission(s) de santé publique ou de mission de santé publique dentaire (ou contrat de partenariat pour bilan bucco-dentaire) réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération (dans la limite de 2 missions rémunérées).

### **Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Documents déclaratifs indiquant :

- pour les fortes activités dentaires : 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 ...

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**DIVERSIFICATION DE L’OFFRE DE SOINS**

**Rémunération**

- **Fixe**
  
- **Nombre de points : 1 000** points au total dont :
  - 250 points pour le niveau 1,
  - 250 points pour le niveau 2,
  - 250 points pour le niveau 3,
  - 250 points pour le niveau 4.
  
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

**4 Niveaux :**

**Niveau 1** – Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d’accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé, sur des créneaux horaires définis et représentant une **présence équivalente à au moins deux jours par mois pour l’ensemble de ces disciplines.**

L’atteinte de ce critère permet à la structure de disposer de 250 points.

**Niveau 2** – Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d’accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes salariés du centre, sur des créneaux horaires définis et représentant **une présence équivalente à au moins 0,5 ETP pour l’ensemble de ces disciplines.**

**Si le niveau 2 est atteint, la structure pourra bénéficier de 250 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 2 (points qui peuvent s’ajouter aux points du niveau 1).**

**Niveau 3** – Présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), d’au moins 2 professions médicales différentes<sup>3</sup> en sus de la médecine générale OU d’au moins 3 professions paramédicales différentes<sup>4</sup>.

**Si le niveau 3 est atteint, la structure pourra bénéficier de 250 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 3 (points qui peuvent s’ajouter aux points du niveau 1 et 2).**

---

<sup>3</sup> Les professions médicales au sens du code de la santé publique comprennent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (4<sup>ème</sup> partie, livre 1<sup>er</sup>).

<sup>4</sup> Les professions paramédicales considérées sont les auxiliaires médicaux listés dans le code de santé publique (4<sup>ème</sup> partie, livre 3<sup>ème</sup>).



**Niveau 4** – Présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), d'au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ET d'au moins 3 professions paramédicales différentes

**Si le niveau 4 est atteint, la structure pourra bénéficier de 250 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 4 (points qui peuvent s'ajoutent aux points du niveau 1, 2 et 3).**

**Au total, l'atteinte des 4 niveaux ouvrira à la structure le bénéfice de 1 000 points sur cet indicateur :**

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la réalisation des différents niveaux.

### **Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet sur la plateforme ATIH :

- la liste des professionnels de santé exerçant au sein de la structure précisant, pour chaque professionnel salarié de la structure :
  - o la profession,
  - o la spécialité médicale pour les médecins.

## Exemples :

**Centre de santé polyvalent N° 1** : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'une infirmière à plein temps et d'un gynécologue les mardi après-midi.

• Niveau 1 atteint = 250 points

**Centre de santé polyvalent N° 2** : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'un cardiologue le mardi matin, d'un rhumatologue le lundi après-midi et d'un chirurgien-dentiste le samedi matin.

• Niveau 1 et 3 atteints = 500 points

**Centre de santé polyvalent N° 3** : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, de chirurgiens-dentistes les lundis, mardis et vendredis toute la journée, d'un médecin ORL le mardi après-midi et d'une sage-femme le vendredi matin.

• Niveaux 1, 2 et 3 atteints = 750 points

**Centre de santé polyvalent N° 4** : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'un dermatologue le mercredi matin, d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, d'un masseur-kinésithérapeute les lundi et jeudi après midi et d'un orthophoniste les mardi et jeudi matin.

• Niveaux 1 et 3 atteints = 500 points

**Centre de santé polyvalent N° 5** : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'un gériatre toutes les après midi du lundi au vendredi, d'un ophtalmologue le vendredi matin, d'un chirurgien-dentiste les lundi matin, d'un gastro-entérologue le vendredi après-midi, d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, d'un masseur-kinésithérapeute les mardi et jeudi après-midi et d'une orthoptiste les mardi et jeudi matin.

• Niveaux 1, 2, 3 et 4 atteints = 1000 points

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**ACCUEIL D'UN CENTRE DE SANTE ADHERANT A UN CONTRAT DE**  
**SOLIDARITE TERRITORIALE**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 200 points**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

Cet indicateur a vocation à valoriser l'intervention au sein d'un centre de santé un médecin salarié d'un autre centre de santé signataire d'un contrat de solidarité territoriale.

Est concerné par cette valorisation, le centre de santé situé en zone « sous-dense » qui accueille au moins un médecin salarié d'un centre de santé signataire du contrat de solidarité territoriale.

Ce contrat est défini à l'article 19.3 de l'accord national des centres de santé.

*Particularité : le centre de santé infirmier ou dentaire qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens FINESS, du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP médecin généraliste salarié peut bénéficier de cet indicateur.*

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif.

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de cet indicateur, la structure met à disposition de la caisse :

- la copie du contrat de solidarité territoriale

**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – SOCLE**  
**CONCERTATION PLURI PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE**

**Rémunération**

- **Variable et fixe**
- **Nombre de points : 1 200 points dont**
  - 1000 (pour une patientèle de référence de 4000 patients) en variable pour 6 réunions au moins par an ET 5% des patients médecins traitants de la structure présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.
  - 200 en fixe pour des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes (au moins 3 réunions par an) pour les centres ayant une forte activité dentaire (optionnel)
  - Minoration pour les centres polyvalents sans activité paramédicale
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

<b><u>Concertation des centres de santé polyvalents</u></b>
---

**Organiser régulièrement des réunions de concertation pluri-professionnelles formalisées entre les médecins et les autres professionnels de santé du centre de santé autour des dossiers de certains patients et de privilégier ceux présentant les affections suivantes :**

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

- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

**Un compte rendu de la réunion est intégré, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique, dans le dossier informatisé de chaque patient concerné.**

### **Objectifs**

- La rémunération est de 1000 points si le centre de santé atteint les 2 objectifs suivants :
  - organisation d'au moins 6 réunions /an
  - le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5% de la patientèle médecins traitant du centre de santé (au sens de la patientèle définie à l'article 13.1 du présent accord) présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans, sous réserve de leur consentement au partage d'information. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.
- Le centre de santé ayant une forte activité dentaire bénéficiera de 200 points supplémentaires pour l'organisation de 3 réunions par an entre chirurgiens-dentistes

### **Modalités de vérification du respect de l'indicateur :**

Le taux de réalisation de cet objectif est calculé par rapport à la fréquence de ces réunions et au nombre de dossiers examinés (**précisions infra**).

### **Minorations**

Une minoration de 250 points est appliquée pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou entre professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes).

Une minoration de 150 points est appliquée pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre de santé et les auxiliaires médicaux extérieurs à la structure, en charge des patients dont les dossiers sont examinés pendant la réunion de concertation, et qui ont signé avec le centre de santé une convention prévoyant le principe et les conditions de cette concertation.

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération est fonction :

- réalisation d'au moins 6 réunions/ an entre les professionnels médicaux et paramédicaux du centre de santé ;
- concertation portant sur au moins 5% des dossiers de la patientèle de la structure ;

- présence de professionnels paramédicaux dans la liste des salariés du centre de santé (pour rémunération sans minoration) ;
- si pas de paramédicaux dans le centre de santé, existence de convention entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre qui participent aux réunions de concertation.

Exemple : calcul du taux de nombre de dossiers étudiés

Nombre de dossiers étudiés par les professionnels du centre lors des réunions de concertation: 25

Patientèle ALD (quel que soit l'âge) : 200

+

Patientèle de plus de 75 ans (hors ALD) : 100 ;  
soit 300 patients.

Calcul de l'indicateur :  $25/300 = 8\%$  de dossiers étudiés

### **Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- le planning des réunions de concertation intervenues dans l'année, précisant les dates des réunions et le nombre de dossiers étudiés lors de chacune d'entre elles ;
- le cas échéant, le centre de santé transmet les conventions conclus entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre prévoyant le principe et les conditions de la concertation.

Le service médical de l'assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d'une copie des comptes rendus anonymisés de réunion.

### **Concertation des centres polyvalents ayant une forte activité dentaire (critère optionnel) :**

En sus de la concertation pluri-professionnelle présentée ci-dessus, le centre de santé ayant une forte activité dentaire, peut bénéficier d'une rémunération supplémentaire, s'il organise des réunions de coordination entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé, portant sur l'organisation interne des soins ou sur l'examen de dossier de patient complexe.

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la fréquence des réunions :

- réalisation d'au moins trois réunions/an entre les chirurgiens-dentistes du centre.

### **Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

- le planning des réunions de coordination intervenues dans l'année entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé.

Le service médical de l'assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d'une copie des comptes rendus anonymisés de réunion.

**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE**

**Rémunération**

- **Fixe**
  
- **Nombre de points :**
  - 450 points pour 2 stages par an de professionnels de santé ;
  - 225 pour un stage infirmier supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière) ;
  - 225 pour un stage dentaire supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire)
  
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

Cet indicateur a vocation à rémunérer les centres de santé en tant que **terrain de stages de formation** pour les professionnels de santé.

Pour que la structure bénéficie de 450 points, elle doit accueillir :

- au moins deux stages par an
- quelle que soit la profession des stagiaires accueillis.

*Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli un stagiaire médecin généraliste et un stagiaire infirmier.*

Pour que la structure bénéficie de 225 points supplémentaires :

- avoir une forte activité infirmier ou dentaire
- au moins un stage infirmier ou dentaire supplémentaire

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction du nombre de stages réalisés.

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères, la structure met à disposition sur la plateforme ATIH les copies des attestations de stages réalisés au sein du centre de santé dans l'année.



**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**COORDINATION EXTERNE**

**Rémunération**

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points :**
  - 200 points en variable (sur la base d'une patientèle de référence de 4 000 patients)
  - 200 points en fixe si forte activité dentaire pour un contrat passé avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

**Critère 1 : Pour la coordination externe des centres de santé polyvalents et médicaux :** Transmettre les données médicales nécessaires aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation et vers les structures et services médico sociaux

Informations médicales visées :

- volet de synthèse médicale (VSM),
- informations recueillies par les autres professionnels de santé du centre nécessaires à la continuité de la prise en charge des patients, ... .

Mise en place d'une procédure :

1) **Elaboration d'un document** précisant la ou les procédures mise(s) en place pour organiser la transmission des informations médicales nécessaires à la prise en charge des patients du centre de santé par des professionnels de santé extérieurs ou, en cas d'hospitalisation par des services et établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Cette procédure doit notamment **prévoir les modalités de transmission du volet de synthèse médical du patient**, établi par le médecin traitant conformément aux recommandations de la HAS, complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé du centre et nécessaires à la continuité de la prise en charge.

2) Pour chaque patient hospitalisé, **ouverture d'un dossier médical électronique**, alimenté au moins par le volet de synthèse médicale.

**L'atteinte de ce critère permet de bénéficier de 200 points en variable.**

**Critère 2 : Pour les centres de santé polyvalents à forte activité dentaire :** Contractualisation avec un EHPAD ou un établissement médico-social en vue de la réalisation d'un bilan bucco-dentaire pour chaque patient admis dans l'établissement.

### Conditions du contrat :

Le bilan bucco-dentaire doit être proposé par les chirurgiens-dentistes du centre de santé à chaque patient lors de son admission dans l'établissement. Le contrat doit prévoir que 80% des patients de l'établissement doivent faire l'objet d'un bilan dans l'année par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste (respect du libre choix du patient).

**L'atteinte de ce critère permet aux centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire de bénéficier de 200 points en fixe pour au moins un contrat.**

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

#### Pour le critère 1 :

Cet indicateur est déclaratif.

#### Pour le critère 2 :

- au moins un contrat signé avec un EHPAD ou un établissement médico-social
- nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé au moins égal à 10 par an.

### **Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

#### Pour le critère 1 :

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tout document attestant de la mise en place de ces procédures :

- description de la procédure mise en place pour la transmission des informations vers les services ou structures extérieurs amenés à prendre en charge les patients de la structure,

#### Pour le critère 2 :

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH:

- une copie du contrat établie entre le centre de santé et l'EHPAD ou l'établissement médico-social précisant les engagements ci-dessus ;

**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – SOCLE**  
**PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 800 points (pour au moins 8 protocoles élaborés), rémunération progressive (100 points par protocole élaboré)
- **Valeur du point** : 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles**

**Elaboration par le centre de santé**, en référence aux recommandations de la HAS, de **protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par certaines pathologies** :

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

Les protocoles hors thèmes feront l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation : les protocoles doivent répondre à une amélioration de la prise en charge pluri-professionnelle de certains patients complexes.

Ces protocoles doivent :

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

Ces protocoles associent nécessairement au moins deux professions de santé telles que définies dans le code de la santé publique.

Les protocoles n'ont pas à être transmis à la HAS pour validation.

Les protocoles ne doivent pas se limiter à formaliser :

- une simple dérogation de tâches entre professionnels impliqués dans la prise en charge du patient,
- un rappel sur les conduites à tenir dans certaines situations (fièvre, vomissements, etc),
- un adressage vers un médecin correspondant.

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction des documents transmis qui sont vérifiés par la caisse d'assurance maladie de rattachement du centre de santé.

### **Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères le centre de santé met à disposition sur la plateforme :

- tout document attestant de l'élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge des catégories de patients listées.

Le service médical de l'assurance maladie a la possibilité de demander au centre de santé la transmission d'une copie de l'ensemble des protocoles élaborés pour procéder à la vérification du respect de la réalisation de ce critère.

**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – SOCLE**  
**FONCTION DE COORDINATION**

**Rémunération**

- **Fixe et variable**
  
- **Nombre de points :**
  - 700 points (part fixe)
  - 1350 points (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients, puis 1 000 points (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients
  
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

**Identification d'un responsable de la coordination** exerçant au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) sur un temps identifié et dédié à cette fonction. Du personnel recruté spécifiquement peut également assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif.

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Tout document attestant de la mise en place de la fonction de coordination au sein du centre de santé : copie d'un contrat de travail, fiche de poste, etc ...

**Echange/système d'information  
Bloc commun principal – SOCLE  
PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION**

**Rémunération**

- **Fixe et variable**
  
- **Nombre de points :**
  - 500 points (part fixe)
  - 200 points (part variable au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé jusqu'à 16 professionnels) et 150 points (part variable au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé au-delà de 16 professionnels)
  - 450 points supplémentaires pour les centres de santé avec une forte activité dentaire (part variable sur une base de patientèle de référence de 2 600 patients)
  
- **Valeur du point : 7 euros**

**Critères et modulations possibles**

**Pour que le centre de santé bénéficie des 500 points (part fixe) et des points pour la part variable, il doit :**

- avoir mis en place dans la structure un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé de niveau « standard ». Il intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé.  
La liste des logiciels labellisés est accessible sur le site de l'ASIP santé (<http://esante.gouv.fr/services/labellisation>).
- les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

Ces deux conditions sont cumulatives.

**Pour que le centre bénéficie des 450 points supplémentaires, le centre de santé doit :**

- avoir une forte activité dentaire,
- être dotée d'un système d'information permettant :
  - o la tenue d'un dossier dentaire informatisé et structuré
  - o évolutivité et interopérabilité du système d'information et qui à terme doit être compatible avec le DMP et permet l'usage de messagerie sécurisée
- les dossiers dentaires informatisés et structurés doivent être intégrés dans le système d'information partagé du centre de santé polyvalent.

**Conditions de déclenchement et niveau de la rémunération**

Au regard des documents transmis permettant d'attester du niveau de labellisation, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

*A noter : la rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information*

Pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire : le déclenchement de la rémunération dépend également de la présence des pièces justificatives.

### **Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant de la labellisation ASIP santé et du niveau « standard » du logiciel ;
- pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire : une copie des factures du logiciel, compatible avec le DMP et l'usage des messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location, avec la date d'acquisition de l'équipement.

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.*

**Echange/Système d'information  
Bloc commun principal – OPTIONNEL  
SYSTEME D'INFORMATION PLURIPROFESSIONNEL**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 100 points**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Critère et modulations possibles**

Disposer d'un système d'information labellisé par **l'ASIP santé labellisé de niveau « avancé »**.

La liste des logiciels labellisés est accessible sur le site de l'ASIP santé (<http://esante.gouv.fr/services/labellisation>).

Ce système d'information est administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de la structure.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Au regard des documents transmis permettant d'attester du niveau de labellisation, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

*A noter : la rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.*

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est labellisé par l'ASIP santé de niveau « avancé ».

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition ou mise en service de l'équipement.*



**Travail en équipe/Organisation**  
**Bloc commun complémentaire - OPTIONNEL**  
**DEMARCHE QUALITE**

**Rémunération**

➤ **Fixe**

➤ **Nombre de points : 550 points au maximum en 4 niveaux dont :**

- 100 points pour le niveau 1
- 150 points supplémentaires pour le niveau 2
- 150 points supplémentaires pour le niveau 3
- 150 points supplémentaires pour le niveau 4

➤ **Valeur du point : 7 euros**

**Critères et modulations possibles**

Engagement des centres de santé dans une démarche qualité fondée sur l'évaluation de leur pratique organisationnelle telle que décrite dans un référentiel élaboré par le RNOGCS. Ce référentiel ainsi que des conseils de mise en œuvre permettant l'auto-évaluation des centres de santé ont été établis avec l'appui méthodologique de la HAS.

**Quatre niveaux** de réalisation sont distingués dans la démarche d'auto-évaluation avec production d'un **Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ)** sur la base du référentiel HAS - RNOGCS :

- **1er niveau : désignation d'un coordinateur** de la démarche qualité et identification d'un professionnel de santé de l'équipe de soins en charge d'élaborer et d'actualiser le projet de santé du centre et d'animer médicalement la structure pour renforcer la qualité de la prise en charge;

L'atteinte de ce critère permet de bénéficier de 100 points.

- **2ème niveau** : atteinte au-delà de **50% des critères** intégrés au PAQ.

Si le niveau 2 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2 (points qui s'ajoutent aux points du niveau 1).

- **3ème niveau** : atteinte de **100% des critères** intégrés au PAQ;

Si le niveau 3 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 3 (points qui s'ajoutent aux points du niveau 1 et 2).

- **4ème niveau** : **certification du centre de santé** par un audit externe d'un organisme habilité.

Si le niveau 4 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 4 (points qui s'ajoutent aux points du niveau 1, 2 et 3).

Au total, l'atteinte des 4 niveaux permettra à la structure de bénéficier de 550 point sur cet indicateur.

### **Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du niveau d'atteinte de la démarche qualité et des documents mis à dispositions sur la plateforme ATIH.

### **Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition sur la plateforme ATIH tout 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.

**Accès aux soins**  
**Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL**  
**ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 200 points au maximum**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Critères et modulations possibles**

Encourager un **engagement renforcé des centres de santé** dans la prise en charge des publics vulnérables.

Ce dernier concerne les personnes pour lesquelles l'impossibilité d'accéder à certains droits ou services fait courir le risque d'une dégradation de leur situation sanitaire ou sociale et qui sont victimes de maltraitance ou de violence, porteuses d'un handicap lourd, présentant des troubles sévères du comportement ou souffrant d'addiction à l'alcool ou aux drogues illicites, nécessitant une orientation particulière pour une prise en charge adaptée.

Il peut s'agir également d'une patientèle démunie, en rupture d'accès aux soins et de protection sociale, requérant un accompagnement pour l'ouverture des droits.

Condition de prise en charge de ces populations :

- une coordination médico-administrative pour favoriser la prise en charge et l'aide à l'attribution de droits sociaux
- une orientation vers les acteurs et structures sanitaires médico-sociales ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux
- prise en compte des difficultés linguistiques

Condition de déclenchement de la rémunération :

- 100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé
- 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération est fonction du pourcentage que représente le public vulnérable dans la file active du centre de santé.

**Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH, une synthèse annuelle des modalités de cet accompagnement (modèle en

annexe 6 de l'accord national des centre de santé). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

**Accès aux soins**  
**Bloc commun complémentaire - OPTIONNEL**  
**INFORMATION DU PUBLIC**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 50 points**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

**Informez les patients sur l'organisation et le fonctionnement du centre de santé afin de faciliter leur accès aux soins par la mise en ligne sur le site ameli.fr :**

- Des horaires d'ouverture ;
- Des plages de consultation avec et sans rendez-vous ;
- Toute autre information utile aux patients notamment sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap ;

La liste des informations à fournir, au-delà de celles citées ci-dessus est arrêtée par les partenaires conventionnels en Commission Paritaire Nationale.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

La rémunération est fonction de la transmission des documents après vérification des éléments par la caisse d'assurance maladie.

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Le centre de santé saisi sur la plateforme ATIH les éléments concernant ses horaires d'ouverture.

**Echange/Système d'information  
Bloc commun complémentaire - OPTIONNEL  
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES**

**Rémunération**

- **Variable**
- **Nombre de points : 486 points au maximum dont :**
  - 440 pour la télétransmission (sur la base de 11 ETP médicaux et paramédicaux en moyenne)
  - 46 points pour SCOR (sur la base de 3,3 ETP paramédicaux)
- **Valeur du point : 7 euros**

**Critères et modulations possibles**

**Critère 1 : dispositif de Scannerisation des ORdonnances (SCOR) (pour les centres de santé ayant une activité paramédicale)**

Mise en place d'un dispositif de scannerisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisée selon les modalités définies par l'article 34 de l'accord national

Dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, l'envoi de la copie de l'ordonnance papier est remplacée par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes.

Cependant, les modalités de transmissions alternatives et ponctuelles de la copie de l'ordonnance sur support papier sont conservées.

**Critère 2 : Télétransmission**

Poursuivre la généralisation des feuilles de soins électroniques conformes à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale, qui facilite les échanges avec l'assurance maladie et simplifie la prise en charge des assurés sociaux.

L'indicateur permettant de juger du respect de ce critère est le taux de télétransmission, il est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis en mode sécurisé et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national d'information de l'assurance maladie.

Ce taux doit être d'au moins 70%.

**Pièces justificatives à transmettre**

Dans le cas où les pièces justificatives ne peuvent être télétransmises, le centre de santé transmettra les pièces sur support papier.

**Echange/Système d'information**  
**Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL**  
**MISE A DISPOSITION D'UN JUSTIFICATIF INFORMATIQUE ATTESTANT DE**  
**L'UTILISATION DES TELESERVICES**

**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 75 points**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Critères et modulations possibles**

Le centre de santé établit un justificatif informatique (ex : copie de la facture de logiciel) attestant de l'intégration des téléservices (SCOR, télétransmission,...) dans son logiciel. Le centre de santé doit également utiliser ces téléservices dès lors qu'ils sont accessibles pour ces structures via Espace Pro ou en mode intégré dans les logiciels métiers.

**Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur**

Pour permettre la vérification de ces critères le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH ce justificatif. Elle pourra vérifier l'utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des différents centres de santé.

Ainsi, pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, deux conditions cumulatives doivent être respectées par le centre de santé :

- télétransmettre
- utiliser les téléservices.