

## ***Centres de santé infirmiers : 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.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'axe système d'information n'est pas considéré comme socle et est neutralisé.

Ainsi, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 1<sup>er</sup> juillet 2017, l'ensemble des critères « socle » de l'axe accès aux soins et travail en équipe doivent être remplis, le critère système d'information restant neutralisé.

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
- Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
  - o Concertation professionnelle formalisée et régulière
  - o Formation des jeunes professionnels de santé
  - o Coordination externe
  - o Fonction de coordination
- Echange/système d'information – bloc commun principal
  - o Système d'information pluriprofessionnel
- Travail en équipe/coordination – bloc commun complémentaire

---

<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.

- Démarche qualité
- Accès aux soins – bloc commun complémentaire
  - Accompagnement des publics vulnérables
  - Information du public
- Echange/système d'information – bloc commun complémentaire
  - Télétransmission et téléservices

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

**Rémunération :**

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

**Détail des critères et modulations possibles :**

Amplitude des horaires d'ouverture et soins non programmés

Le centre de santé s'engage à garantir l'accès à des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365.

Le centre de santé s'organise pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins prescrits non programmés dans la limite des horaires de fonctionnement du centre de santé. L'astreinte de nuit n'est pas prévue sauf pour les soins programmés déjà intégrés dans la prise en charge.

Charte d'engagement sur le service au patient

Ce critère fait l'objet d'une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients et dont le modèle figure en annexe 3 de l'accord national pour les centres de santé infirmiers. 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.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. Le respect de cet indicateur et la transmission de la charte conditionne le déclenchement de la rémunération.

**Pièces justificatives 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 3 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

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

**Rémunération :**

- **Variable**
- **Nombre de points :** 200 points par mission, dans la limite de 2 missions différentes, soit 400 points au maximum (*pour une patientèle de référence de 450 patients<sup>†</sup>*).
- **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

Les missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre de campagnes nationales ou régionales de prévention et de promotion de la santé 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 ; les centres de santé infirmiers qui ne sont pas intégrés aux expérimentations PAERPA peuvent mettre en œuvre une action de prévention sur ce thème, y compris dans les régions où des expérimentations PAERPA existent.
- 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).**

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission(s) de santé publique réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération (dans la limite de 2 missions rémunérées).

---

<sup>†</sup> La patientèle du centre de santé infirmiers est définie dans l'accord national à l'article 13.3

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

**Rémunération :**

- **Fixe**
- **Nombre de points : 400 points**
- **Valeur du point : 7 euros**

**Détail des critères et modulations possibles**

**Organiser régulièrement des réunions de concertation entre infirmiers** et en présence de l'infirmier en charge de la coordination. Ces réunions portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'élaboration et le suivi de protocoles de prise en charge.

**Objectif**

La rémunération est de 400 points si le centre organise au moins 6 réunions par an.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

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

- réalisation d'au moins six réunions/an en moyenne.

**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.

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** : 250 points pour 1 stage par an
- **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.

**Condition**

Pour que la structure bénéficie de 250 points, elle doit accueillir :

- au moins un stage infirmier par an.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction de la réalisation d'un stage.

**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 – SOCLE**  
**COORDINATION EXTERNE**

**Rémunération**

- **Variable**
- **Nombre de points :** 300 points (sur la base d'une patientèle de référence de 450 patients).
- **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles**

**Critère 1 : Etablir une procédure**, conforme à la réglementation en vigueur, pour définir les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires ou établissements et services médico-sociaux.

**Critère 2 : Améliorer la prise en charge du patient** et notamment les sorties d'hospitalisations par le partage d'information et de coordination entre le centre de santé et un établissement sanitaire ou établissements et services médico sociaux. Cela se caractérise par la **signature de conventions** avec au moins 2 établissements sanitaires ou établissements et services médico sociaux.

**Critère 3 : Etablir un répertoire de l'offre sanitaire et social** de proximité. Le centre de santé devra actualiser ce répertoire régulièrement.

**Critère 4 : Informer le médecin traitant** du patient lorsque l'infirmière du centre de santé réalise elle-même l'injection du vaccin antigrippal dans les conditions de l'article R.4311-5-1 du code de la santé publique.

**L'atteinte de ces 4 critères permet aux centres de santé infirmiers de bénéficier de 300 points en variable.**

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération dépend des documents transmis et du nombre de contrat signé.

**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 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,

- copie des conventions signées avec les établissements sanitaires ou établissements et services médicaux sociaux,
- copie de la version actualisée du répertoire réalisé par le centre de santé de l'offre sanitaire et social de proximité, document indiquant le nombre de patients ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale par recours direct à l'infirmière avec information du médecin traitant.



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

**Rémunération**

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

**Détail des critères et modulations possibles**

**Identification d'un responsable de la coordination** au sein du centre de santé, en charge de l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients, de la gestion des plannings, de l'organisation des interventions, de l'information des patients sur leurs droits, etc.

Cette fonction de coordination au sein de la structure doit être occupée spécifiquement par un infirmier du centre de santé. L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :

- l'accueil des patients ;
- l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ;
- leur orientation auprès des différents professionnels de santé exerçant au sein de la structure ou à l'extérieur ;
- la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ;
- le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ;
- la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, et l'organisation des interventions.

**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**  
**SYSTEME D'INFORMATION**

### Rémunération

- **Fixe et variable**
  
- **Nombre de points :**
  - 400 points (part fixe)
  - 600 points (part variable sur la base de 6 ETP en moyenne)*(Critère soumis à minoration)*
  
- **Valeur du point :** 7 euros

### Critères et modulations possibles

Pour remplir cet indicateur, la structure doit disposer d'un système d'information permettant:

- la tenue d'un **dossier infirmier informatisé, structuré et partagé** entre les professionnels de santé du centre,
- l'utilisation de **solutions mobiles** d'accès au dossier depuis le domicile du patient,
- **l'évolutivité et l'interopérabilité** du système d'information qui est, à terme, DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

### Minoration

Jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le centre peut bénéficier de la rémunération de ce critère, avec une minoration de 200 points appliquée en part fixe et 300 points en part variable (part variable sur la base de 6 ETP en moyenne), s'il dispose seulement d'un système d'information :

- permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé avec standardisation du contenu, qui comprend un volet de synthèse, les prescriptions, les informations administratives du patient, et le cas échéant la démarche de soins infirmiers.

Ce dossier comprend les données administratives et cliniques recueillies par un infirmier du centre et permettant de communiquer à l'ensemble des infirmiers du centre tous les éléments utiles à la continuité des soins,

Dans le cas où le centre de santé infirmier ne peut atteindre ce premier niveau de dossier infirmier informatisé, l'indicateur est neutralisé.

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

- au regard des documents transmis permettant d’attester du niveau de partage et de structuration de l’information au sein de la structure, la vérification de l’atteinte de ces critères est effectuée.
- à noter : la rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d’acquisition du système d’information

### **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 compatible, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d’abonnement ou de location;
- le niveau de partage et de structuration de l’information et la compatibilité avec le DMP et l’usage de messagerie sécurisée, les solutions mobiles d’accès au dossier depuis le domicile du patient, ainsi que la date d’acquisition de l’équipement doivent être précisés sur la facture ou sur un document joint,

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition 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'autoévaluation 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
- qu'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.

### **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, 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**

**Informers 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 ;
- 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 : 323 points décomposés comme suit :**
  - 240 pour la télétransmission (sur la base de 6 ETP paramédicaux en moyenne)
  - 83 pour SCOR (sur la base de 6 ETP paramédicaux en moyenne)
- **Valeur du point : 7 euros**

### **Critères et modulations possibles**

#### **Critère 1 : dispositif de Scannerisation des Ordonnances (SCOR)**

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%.

#### **Pièce justificative à transmettre**

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