

## Annexe 1

### Centres de santé dentaires : 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, 3 et 4<sup>1</sup>), 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.

**Dérogation** : Jusqu'au 31 décembre 2022, l'atteinte du nouvel indicateur socle et prérequis « Réponse aux crises sanitaires graves » de l'Axe accès aux soins est optionnelle. Son atteinte n'est pas indispensable pour déclencher la rémunération de l'exercice 2022.

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>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Les modifications liées à la publication de l'avenant 4 sont distinguées par la couleur de police rouge.

<sup>2</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 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.

## SOMMAIRE

Accès aux soins .....	3
Bloc commun principal – SOCLE .....	3
ACCESSIBILITE DU CENTRE .....	3
<b>REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES</b> .....	6
Bloc commun principal – OPTIONNEL.....	8
MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUES OU BILAN BUCCO-DENTAIRE AUPRÈS DE LA POPULATION CIBLÉE.....	8
Travail en équipe/Coordination.....	9
Bloc commun principal – SOCLE .....	9
FONCTION DE COORDINATION .....	9
CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE .....	10
Bloc commun principal – OPTIONNEL.....	11
<b>FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE</b> .....	11
COORDINATION EXTERNE.....	12
Échange/système d’information.....	13
Bloc commun principal – SOCLE .....	13
SYSTEME D’INFORMATION .....	13
Travail en équipe/Organisation .....	14
Bloc commun complémentaire - OPTIONNEL.....	14
DEMARCHE QUALITE .....	14
Accès aux soins .....	16
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL.....	16
<b>ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES</b> .....	16
<b>IMPLICATION DES PATIENTS (USAGERS)</b> .....	20
Echange/Système d’information .....	21
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL.....	21
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES.....	21

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

## Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 400 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 PDS précisées dans le cahier des charges régional de la PDS.*

*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.

### 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 au patient *et dont le modèle figure en annexe 4 de l'accord national pour les centres de santé dentaires.*

**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 30 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 70 points est appliquée pour une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ;
- une minoration de 50 points est appliquée lorsque le centre est fermé le samedi ;
- une minoration de 20 points est appliquée lorsque le centre est fermé au maximum 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 4 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 de santé dentaire N° 1** : Ouverture de 8h à 20h en continu en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires

• 400 points

**Centre de santé dentaire 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)

• 400 - 30 =  
370 points

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

• 400 - 50 =  
350 points

**Centre de santé dentaire 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

• 400-70-50-20  
= 260 points

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS**  
**REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES**

## Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points :**
  - Rédaction d'un plan de préparation : 100 points fixes
  - Mise en œuvre d'actions : 350 points variables réalisée par le centre de santé (*pour une patientèle de référence de 2 600 patients<sup>1</sup>*)
- **Valeur du point : 7 euros**

## Détail des critères et modulations possibles

Apporter une réponse aux crises sanitaires graves et organiser les modalités de mise en œuvre en cas de crise sanitaire avérée.

**Rédaction d'un plan de préparation** : Le centre de santé élabore un plan de préparation à la réponse en cas de crise sanitaire (exemple : protocole organisationnel, ...) qui s'articule, le cas échéant, avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.

**Mise en œuvre d'actions** : Le centre de santé met en œuvre toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients. Il s'agit pour le centre de santé de prendre en charge les patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et d'adapter l'organisation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.

## Conditions de déclenchement de la rémunération

Ces indicateurs sont déclaratifs.

**Rédaction d'un plan de préparation** : Le respect de cet indicateur et la transmission du plan de préparation conditionne le déclenchement de la rémunération.

**Mise en œuvre d'actions** : La rédaction d'un plan de préparation conditionne la valorisation de la mise en œuvre des actions en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS.

La rémunération est conditionnée au déclenchement de la crise sanitaire grave par les autorités sanitaires.

---

<sup>1</sup> La patientèle des centres de santé dentaires est définie dans l'accord national à l'article 13.2

## Précisions relative à l'exercice 2022

À titre dérogatoire, cet indicateur n'est pas considéré comme socle et prérequis pour l'exercice 2022. L'indicateur « Réponses aux crises sanitaires graves » est exceptionnellement considéré comme optionnel au titre de la rémunération forfaitaire spécifique de l'exercice 2022.

L'épidémie de Covid19 n'est pas considérée pour l'année 2022 comme une crise sanitaire exceptionnelle, le caractère soudain de la crise ayant disparu. Le volet variable correspondant à la mise en œuvre d'actions en cas de survenue d'une crise sanitaire ne pourra pas être versé au titre de cet exercice.

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

**Rédaction d'un plan de préparation** : Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH la copie du plan de préparation.

**Mise en œuvre d'actions** : Pour permettre la vérification de ce critère (en cas de déclenchement d'une crise sanitaire grave par les autorités sanitaires), le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation.

**Accès aux soins**  
**Bloc commun principal – OPTIONNEL**  
**MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUES OU BILAN BUCCO-DENTAIRE**  
**AUPRÈS DE LA POPULATION CIBLÉE**

### Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 200 points pour une mission de santé publique inscrite dans le contrat (*pour une patientèle de référence de 2 600 patients<sup>1</sup>*), dans la limite d'une mission par contrat.
- **Valeur du point** : 7 euros

### Détail des critères et modulations possibles

La mission de santé publique doit répondre à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé (PRS)** ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 de l'accord (contrats passés entre un centre de santé dentaire et un EHPAD ou un établissement médico-social).

### Conditions de déclenchement de la rémunération

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

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

Documents déclaratifs indiquant :

- le nombre de missions de santé publique
- et précisant les thèmes de ces missions ;
- ou le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco- dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé, à des personnes âgées, diabétiques ou handicapées conclus avec les établissements, structures ou associations ...

---

<sup>1</sup> La patientèle des centres de santé dentaires est définie dans l'accord national à l'article 13.2



**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS**  
**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** 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 ...

**Travail en équipe/Coordination**  
**Bloc commun principal – SOCLE**

**CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE**

### Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 200 points pour 3 réunions par an
- **Valeur du point** : 7 euros

### Détail des critères et modulations possibles

**Organiser régulièrement des réunions de concertation** entre les chirurgiens-dentistes en présence du coordonnateur. Ces réunions portent sur l'organisation interne des soins ou sur des dossiers de patients complexes :

### Objectif

La rémunération est de 200 points en cas d'organisation d'au moins 3 réunions/an

### Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif. 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 centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- le planning des réunions de coordination intervenues dans l'année, précisant les dates des réunions et le nombre de dossiers étudiés lors de chacune d'entre elles

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 le 1<sup>er</sup> stage par an de professionnels de santé,,
  - 225 points supplémentaires pour le 2<sup>ème</sup> stage par an de professionnels de santé.
  
- **Valeur du point : 7 euros**

### Détail des critères et modulations possibles

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

### Objectifs :

Pour que la structure bénéficie de 250 points, elle doit accueillir au moins un stagiaire en chirurgie dentaire par an. **La structure bénéficie de 225 points supplémentaires pour l'accueil d'un 2<sup>ème</sup> stagiaire en chirurgie dentaire.**

### Conditions de déclenchement de la rémunération

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

### 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 les copies des attestations de stages réalisés au sein de la structure dans l'année.

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

### Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points : 250 points par contrat passé** avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social dans la limite de 2 contrats, soit 500 points au maximum
- **Valeur du point : 7 euros**

### Détail des critères et modulations possibles

Favoriser la réalisation d'un bilan bucco-dentaire par **la signature d'un contrat** entre le centre de santé dentaire et un EHPAD ou un établissement médico-social.

### Conditions du contrat

Le bilan bucco-dentaire doit être proposé à chaque patient lors de son admission. Le contrat doit prévoir qu'au moins 80% des patients de l'établissement doivent faire l'objet d'un bilan bucco-dentaire dans l'année par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste.

**L'atteinte de ce critère permet au centre de santé de bénéficier de 500 points en fixe au maximum pour deux contrats (250 points pour un contrat). Pour donner lieu à rémunération, le nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé doit être au moins égal à 10 par an par contrat.**

### Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction du nombre de contrat signé et du nombre de bilan réalisé par les chirurgiens-dentistes du centre de santé.

### Pièces justificatives 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 contrats établis entre le centre de santé et l'EHPAD ou l'établissement médico-social.

## Échange/système d'information Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS SYSTEME D'INFORMATION

### Rémunération

- **Fixe et variable**
  
- **Nombre de points :**
  - 250 points (part fixe)
  - 200 points (part variable) par chirurgien-dentiste salarié du centre jusqu'à 6 dentistes, puis 150 points au-delà de 6 chirurgiens-dentistes
  
- **Valeur du point : 7 euros**

### Critères et modulations possibles

Pour remplir cet indicateur, le centre de santé doit disposer d'un système d'information permettant :

- la tenue d'un **dossier dentaire informatisé structuré**,
- **l'évolutivité et l'interopérabilité** du système d'information qui est, à terme, DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

### 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.
- A 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, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messagerie sécurisée,
- les copies des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location.

*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 (part fixe) pour le niveau 1
  - 150 points supplémentaires (part fixe) pour le niveau 2 ainsi que 25 points (part variable) en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes présents au sein du centre (25 points pour 4 ETP de chirurgiens-dentistes)
  - 150 points supplémentaires (part fixe) pour le niveau 3, ainsi que 25 points (part variable) en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes présents au sein du centre (25 points pour 4 ETP de chirurgiens-dentistes)
  - 150 points (part fixe) 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 ainsi que 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes présents au sein du centre (25 points pour 4 ETP de chirurgiens-dentistes). Ces points 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 ainsi que 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de chirurgiens-dentistes présents au sein du centre (25 points pour 4 ETP de chirurgiens-dentistes). Ces points 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 ainsi que 50 points variables sur la base de la présence de 4 ETP de chirurgiens-dentistes au sein du centre.

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

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction de l'atteinte des niveaux de réalisation de la démarche qualité et des documents mis à disposition 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 et variable**
  
- **Nombre de points** : rémunération sur 3 niveaux cumulables d'accompagnement :
  - 200 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) pour le niveau 1, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
  - 400 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) supplémentaires pour le niveau 2, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
  - 800 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) supplémentaires pour le niveau 3, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
  - 300 points fixes supplémentaires si le centre de santé compte la présence d'un médiateur.
  
- **Valeur du point** : 7 euros

## Critères et modulations possibles

Cet indicateur valorise l'approche sociale des centres de santé, par la pratique du tiers payant et le respect des tarifs opposables, envers les patients en situation de précarité et des publics vulnérables.

Cette démarche concerne la prise en charge des 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, 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.

Chaque niveau d'implication est décliné en 4 thématiques avec des actions spécifiques :



	Thématique	Action spécifique
<b>Niveau 1 : 200 points variables</b>	Identifier et repérer les publics	La structure s'engage à : - réaliser un diagnostic des freins principaux de l'accès aux soins de la patientèle du centre et/ou - organiser le repérage, au sein de la patientèle, de public vulnérable permettant une prise en charge complémentaire à la prise en charge des soins.
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilités.
	Aller vers et faire avec	La structure aide à la prise de rendez-vous des soins de second recours.
	Se coordonner avec les acteurs	La structure oriente de manière structurée (fiche de liaison) cette patientèle vers des partenaires sociaux et médico-sociaux.

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 1 permet de bénéficier de 200 points variables.

	Thématique	Action spécifique
<b>Niveau 2 : 400 points variables</b>	Identifier et repérer les publics	La structure s'engage à organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité.
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à construire des outils de communication ciblés pour faciliter le parcours de santé et/ou à organiser des solutions d'interprétariat communautaire en amont des consultations.
	Aller vers et faire avec	La structure s'engage à, soit : - aider à l'instruction des droits santé, - pratiquer le tiers payant intégral, - accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droits / soins).
	Se coordonner avec les acteurs	La structure s'engage à, soit : - construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes, - contribuer à des réunions portant sur des cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes / santé mentale / pathologie chronique).

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 2 permet de bénéficier de 200 points variables du niveau 1 + 400 points variables supplémentaires.

	Thématique	Action spécifique
<b>Niveau 3 : 800 points variables</b>	<b>Identifier et repérer les publics</b>	La structure s'engage à mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants, hôtels sociaux).
	<b>Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités</b>	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle,</li> <li>- mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour faciliter la distanciation et encourager l'empowerment des patients.</li> </ul>
	<b>Aller vers et faire avec</b>	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>- proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage, prévention),</li> <li>- mettre en œuvre une Permanence d'Accès aux Soins de ville (PASS).</li> </ul>
	<b>Se coordonner avec les acteurs</b>	- La structure s'engage à structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données.

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 3 permet de bénéficier de 200 points variables du niveau 1 + 400 points variables relatifs au niveau 2 + 800 points variables supplémentaires.

## Précision

La fonction de médiateur en santé est assurée par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction ou ayant un temps de travail identifié à cette fonction.

Il s'agit notamment au travers de ce poste d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

La présence d'un médiateur parmi les salariés du centre de santé permet l'obtention de 300 points fixes supplémentaires dès l'atteinte du niveau 1. La valorisation de 300 points liée à la présence d'un médiateur est attribuée quel que soit le nombre de niveaux atteints.

### **Exemple :**

*La structure atteint les niveaux 1 et 2 et compte la présence d'un médiateur, elle obtient : 200 points variables (niveau 1) + 400 points variables (niveau 2) + 300 fixes (présence d'un médiateur) soit 900 points.*

## Conditions de déclenchement de la rémunération

- ↳ Pour valider chaque niveau, 2 des 4 thématiques doivent être remplies.

*Exemple :*

*Pour atteindre le niveau 1, le centre de santé doit répondre à 2 des thématiques suivantes :*

- *Identifier et repérer les publics,*
- *Comprendre et former à la spécialité des vulnérabilités,*
- *Aller vers et faire avec,*
- *Se coordonner avec les acteurs.*

- ↳ Outre la condition d'atteinte de 2 des 4 thématiques citées supra, pour être réputé atteint, chaque niveau dépend de l'atteinte du niveau inférieur.

*Exemple :*

- *L'atteinte du niveau 2 dépend de l'atteinte du niveau 1,*
- *L'atteinte du niveau 3 dépend de l'atteinte du niveau 2 et du niveau 1.*

- ↳ La valorisation des niveaux est cumulable.

*Exemple :*

*Le centre de santé compte la présence d'un médiateur et atteint le niveau 3, il perçoit :*

- *200 points variables pour l'atteinte du niveau 1 + 400 points variables pour l'atteinte du niveau 2 + 800 points variables pour l'atteinte du niveau 3 + 300 points fixes pour la présence d'un médiateur soit :*  
*1 400 points variables + 300 points fixes*

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

Les points variables sont calculés sur la base de la patientèle C2S et AME 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 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.

**Accès aux soins**  
**Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL**  
**IMPLICATION DES PATIENTS (USAGERS)**

### Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points** : rémunération sur 2 niveaux d'implication cumulables :
  - Niveau 1 : 200 points fixes,
  - Niveau 2 : 300 points variables (pour une patientèle de référence de 2 600 patients<sup>1</sup>).
- **Valeur du point** : 7 euros

### Détail des critères et modulations possibles

Mettre en place des outils et/ou des actions permettant d'impliquer les usagers dans leur parcours de santé mais aussi dans les projets portés par le centre de santé. Cet indicateur se décline en 2 niveaux :

**1<sup>er</sup> niveau** : 200 points fixes

- Le centre de santé met en place d'outils ou 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...),

**2<sup>ème</sup> niveau** : 300 points variables

- 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.

### 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

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou d'actions.

---

<sup>1</sup> La patientèle des centres de santé dentaires est définie dans l'accord national à l'article 13.2

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

### **Rémunération**

- **Variable**
- **Nombre de points** : 120 points (sur la base de 3 ETP chirurgiens-dentistes en moyenne)
- **Valeur du point** : 7 euros

### **Critères et modulations possibles**

#### **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, calculé par la caisse nationale d'assurance maladie, doit être d'au moins 70%.