

Annexe 1

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, 3 4 et 5¹), 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 plateforme².

¹ Les modifications liées à la publication de l'avenant 5 sont distinguées par la couleur de police rouge dans la suite du guide.

² 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	4
Bloc commun principal – SOCLE	4
ACCESSIBILITE DU CENTRE	4
REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES	5
Bloc commun principal – OPTIONNEL	7
MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE	7
Travail en équipe/Coordination	8
Bloc commun principal – SOCLE	8
FONCTION DE COORDINATION	8
CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE	9
COORDINATION EXTERNE	10
Bloc commun principal – OPTIONNEL	12
CONCERTATION PROFESSIONNELLE (CONVENTION ENTRE MSP ET CDS)	12
FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE	13
PARTICIPATION A L'ELABORATION DES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS (CONVENTION AVEC UNE MSP)	14
Échange/système d'information	15
Bloc commun principal – SOCLE	15
SYSTEME D'INFORMATION	15
Bloc commun principal – OPTIONNEL	16
ACQUISITION D'UN SYSTEME D'INFORMATION LABELLISE	16
Travail en équipe/Organisation	17
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL	17
DEMARCHE QUALITE	17
Accès aux soins	19
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL	19
ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES	19
IMPLICATION DES PATIENTS (USAGERS)	23

Echange/Système d'information	24
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL.....	24
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES	24
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT POUR VIDEOTRANSMISSION SECURISEE	25
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT EN EQUIPEMENTS MEDICAUX CONNECTES	26

Accès aux soins Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS 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 – 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 450 patients*¹)
- **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 qui doit s'articuler avec le plan de gestion de crise sanitaire mis en place par la CPTS du territoire (si une CPTS est présente sur le territoire. Il est rappelé que le plan d'action du centre de santé est destiné à organiser la gestion de la crise sanitaire au niveau de la structure et pour sa patientèle.

Il est demandé **a minima au centre de santé de constituer une cellule de crise et d'en tenir à jour la liste de contacts**, et dans le cadre de cette cellule, d'avoir abordé en équipe les quatre thématiques fondamentales dans la gestion d'une crise : **l'anticipation, l'adaptation à la crise, le pilotage de la crise et enfin l'évaluation de la réponse proposée.**

Des lignes directrices nationales sont en ligne sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr) pour aider les centres de santé à rédiger le plan de gestion de crise sanitaire.

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.

¹ La patientèle des centres de santé infirmiers est définie dans l'accord national à l'article 13.3

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.

Précisions relative à l'exercice 2024

Pour l'exercice 2022, à titre dérogatoire, cet indicateur n'était pas considéré comme socle et prérequis mais comme optionnel.

À compter de l'exercice 2023, cette disposition n'étant plus effective, l'indicateur « Réponses aux crises sanitaires » retrouve son caractère d'indicateur « Socle et prérequis ».

Par ailleurs, compte tenu l'absence de déclenchement d'une crise sanitaire exceptionnelle par les autorités sanitaires au cours de l'exercice 2024, 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 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 patients¹*).
- **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).

¹ 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 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 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 ...

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.

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 300 points (sur la base d'une patientèle de référence de 450 patients¹).
- **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.

¹ La patientèle du centre de santé infirmiers est définie dans l'accord national à l'article 13.3

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 – OPTIONNEL
CONCERTATION PROFESSIONNELLE (CONVENTION ENTRE MSP ET CDS)

Rémunération :

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

Détail des critères et modulations possibles

Est valorisé la participation des infirmiers salariés des centres de santé infirmiers aux réunions de concertations organisées par les professionnels de santé de la MSP avec laquelle le centre a signé une convention.

Pour bénéficier de ce financement, le centre doit s'assurer que la MSP a contractualisé avec l'Assurance Maladie et l'ARS dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel des structures pluri professionnelles.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la participation des infirmiers salariés du centre de santé à des réunions de concertation organisées par les professionnels de santé de la MSP autour de la définition de la stratégie de prise en charge des patients.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Indicateur déclaratif à saisir sur la plateforme ATIH.

En cas de demande, le centre de santé infirmier doit tenir à disposition de l'Assurance Maladie les documents suivants :

- La convention signée entre la MSP et le centre de santé infirmier
- Les comptes rendus de réunion auxquels ont participé les infirmiers salariés du centre.

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,

 - 225 points pour un stage supplémentaire,

- **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. Si la structure accueille un **2^{ème} stagiaire**, elle bénéficie de 225 points supplémentaires.

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 – OPTIONNEL
PARTICIPATION A L'ELABORATION DES PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS
(CONVENTION AVEC UNE MSP)

Rémunération

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

Détail des critères et modulations possibles

Est valorisé la participation des infirmiers salariés des centres de santé infirmiers à l'élaboration de protocoles pluri-professionnels en collaboration avec les professionnels de santé de la MSP avec laquelle le centre a signé une convention.

Pour bénéficier de ce financement, le centre doit s'assurer que la MSP a contractualisé avec l'Assurance Maladie et l'ARS dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel des structures de santé pluri-professionnelles.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la participation des infirmiers salariés du centre de santé à la rédaction de protocoles pluri-professionnels en collaboration avec les professionnels de santé de la MSP. Ces protocoles doivent porter sur la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé conformément aux dispositions de l'ACI relatif aux structures de santé pluri-professionnelles.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Indicateur déclaratif à saisir sur la plateforme ATIH.

En cas de demande, le centre de santé infirmier doit tenir à disposition de l'Assurance Maladie les documents suivants :

- La convention signée entre la MSP et le centre de santé infirmier
- Les protocoles rédigés par les infirmiers salariés du centre et les professionnels de santé de la MSP

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

Rémunération

- **Fixe et variable**

- **Nombre de points :**
 - 400 points (part fixe)
 - 100 points (part variable) par infirmier salarié du centre jusqu'à 10 infirmiers, puis 50 points (part variable) par infirmier au-delà de 10 infirmiers.

- **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.

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.

Échange/Système d'information
Bloc commun principal – OPTIONNEL
ACQUISITION D'UN SYSTEME D'INFORMATION LABELLISE

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 150 points
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

Est valorisé l'acquisition d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé, en sus d'un logiciel métier infirmier. Ce système d'information a pour objet d'être utilisé dans le cadre d'une convention signée entre une MSP et le centre de santé infirmier.

Pour bénéficier de ce financement, le centre doit s'assurer que la MSP a contractualisé avec l'Assurance Maladie et l'ARS dans le cadre de l'accord conventionnel interprofessionnel des structures de santé pluri-professionnelles.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction de l'acquisition d'un système d'information pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Indicateur à saisir sur la plateforme ATIH en téléchargeant la facture prouvant l'acquisition du logiciel pluriprofessionnel.

A la demande de l'Assurance Maladie, le centre de santé infirmier transmet une copie de la convention passée avec la MSP.

Travail en équipe/Organisation

Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL

DEMARCHE QUALITE

Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points** : 550 points au maximum en 4 niveaux dont :
 - 100 points pour le niveau 1
 - 150 points (part fixe) supplémentaires pour le niveau 2, ainsi que 25 points (part variable) en fonction du nombre d'ETP d'infirmiers présents au sein du centre (25 points pour 6 ETP d'infirmiers)
 - 150 points (part fixe) supplémentaires pour le niveau 3, ainsi que 25 points (part variable) en fonction du nombre d'ETP d'infirmiers présents au sein du centre (25 points pour 6 ETP d'infirmiers)
 - 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 ainsi que 25 points variables en fonction du nombre d'ETP d'infirmiers présents au sein du centre (25 points pour 6 ETP d'infirmiers) (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 ainsi que 25 points variables en fonction du nombre d'ETP d'infirmiers présents au sein du centre (25 points pour 6 ETP d'infirmiers) (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 points fixes pour cet indicateur, ainsi que 50 points variables sur la base de la présence de 6 ETP d'infirmiers au sein du centre.

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.

➔ 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,*
- *L'atteinte du niveau 4 dépend de l'atteinte des niveaux 1, 2 et 3.*

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),
 - 50 points variables pour le niveau 2 par ETP Sages-Femmes (*sous condition –cf. précisions pages suivantes*)
 - 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
Niveau 1 : 200 points variables	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
Niveau 2 : 400 points variables	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 + **50 points fixes supplémentaires par ETP de Sages-femmes ayant choisi de participer à une action parmi la thématique «Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités» et assurant des interventions en dehors de la structure**

	Thématique	Action spécifique
Niveau 3 : 800 points variables	Identifier et repérer les publics	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).
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> - disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle, - 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.
	Aller vers et faire avec	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> - proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage, prévention), - mettre en œuvre une Permanence d'Accès aux Soins de ville (PASS).
	Se coordonner avec les acteurs	- 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 spécificité 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.

Le déclenchement des 50 points variables à partir du Niveau 2 est conditionné au nombre d'ETP de Sages-Femmes qui participent à une action de la thématique « Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilité » et met en place des interventions en dehors de la structure (en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire, en centre d'hébergement, en centre de formation professionnel, en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et en EHPAD).

Exemple :

La structure atteint les niveaux 1 et 2 et compte la présence d'1 ETP Sage-Femme qui participe à une action parmi la thématique « comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités » et met en place des interventions en dehors de la structure (par exemple interventions réalisées en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire, en centre d'hébergement, en centre de formation professionnel, en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et EHPAD), elle obtient :

- 200 points variables (niveau 1) + 400 points variables (niveau 2) + 50 points variables (si cumul des conditions d'atteinte : thématique + intervention de Sages-femmes hors de la structure) soit 650 points.

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. Pour faciliter la rédaction de ces plans d'action, des modèles types de pièces justificatives pour chaque niveau sont disponibles sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr) et sur la plateforme ATIH. **Le centre de santé met également à disposition sur la plateforme ATIH, le contrat entre le centre de santé et la structure extérieure en tant que pièce justificative.**

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 450 patients¹).

- **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^{er} 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^{ème} 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.

Pour faciliter la rédaction de ce document justificatif, des pièces types justificatives pour chaque niveau sont disponibles sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr).

¹ La patientèle des centres de santé infirmiers est définie dans l'accord national à l'article 13.3

Échange/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.

**Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT POUR
VIDEOTRANSMISSION SECURISEE**

Rémunération

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

Critères et modulations possibles

Afin de favoriser le recours à la télémédecine par les centres de santé, est valorisée l'acquisition d'un équipement par le centre de santé permettant la vidéotransmission sécurisée pour la réalisation d'actes de téléconsultation.

Cela couvre également les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine notamment.

Pièces justificatives à transmettre

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

- une copie des factures d'abonnement ou de recours à une solution technique permettant la téléconsultation

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT EN EQUIPEMENTS
MEDICAUX CONNECTES

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 25 points par ETP infirmiers dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Est valorisé l'acquisition par le centre de santé d'équipements médicaux connectés utilisés pour la réalisation d'actes de télé médecine.

La liste des équipements sera définie en CPN des Centres de santé sur la base de celle définie pour les infirmiers libéraux. Cette liste sera actualisée tous les ans et mise à disposition sur « ameli.fr ».

Pièces justificatives à transmettre

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

- une copie des factures des équipements médicaux connectés