## Centres de santé infirmiers

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, 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 que les indicateurs « socle » définis comme des prérequis soient remplis.

A titre dérogatoire, jusqu’au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l’ensemble des deux critères « socle » de l’axe accès aux soins et au moins un des critères « socle » de l’axe travail en équipe ou de l’axe système d’information sont respectés.

Jusqu’au 1er juillet 2017, l’axe système d’information n’est pas considéré comme socle et est neutralisé.

Ainsi, entre le 1er janvier 2017 et le 1er 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.

Les pièces justificatives sont à transmettre à la CPAM au plus tard le 28 février de l’année civile de référence pour le suivi des engagements.

***SOMMAIRE :***

* Accès aux soins – bloc commun principal
  + Accessibilité du centre de santé
  + Missions de santé publique
* Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
  + Concertation professionnelle formalisée et régulière
  + Formation des jeunes professionnels de santé
  + Coordination externe
* Echange/système d’information – bloc commun principal
  + Système d’information pluriprofessionnel
* Travail en équipe/coordination – bloc commun complémentaire
  + 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

### Fiche Indicateur « Accès aux soins – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « ACCESSIBILITE DU CENTRE »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis – L’ensemble des critères de cet indicateur doivent toujours être rempli pour donner lieu à la rémunération forfaitaire spécifique commune.

**Rémunération :**

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

**Détail des critères et modulations possibles :**

**2 Critères :**

1. 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.

1. Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié

**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.*

Charte d’engagement sur le service au patient

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

**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.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Le respect de ces deux indicateurs et la transmission de la charte à la CPAM conditionne le déclenchement de la rémunération.

### Fiche Indicateur « Accès aux soins – bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**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[[1]](#footnote-1))*.
* **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 ou 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 ;
* éducation thérapeutique et éducation à la santé.

La ou les missions choisies (dans la limite de 2) doivent répondre à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé**.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Documents déclaratifs indiquant :

* le nombre de missions de santé publique
* les thèmes de ces missions ;

**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.

### Fiche Indicateur « Travail en équipe / Coordination – bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis (Dérogation prévue jusqu’au 31/ 12 /2016)

**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.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Le centre de santé transmet à l’organisme local d’assurance maladie :

* 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.

**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.

Le respect des engagements est vérifié par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Coordination- bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**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.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet à la caisse d’assurance maladie les copies des attestations de stages réalisés au sein du centre de santé dans l’année.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction de la réalisation d’un stage. La caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé procède à la vérification des engagements.

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Coordination – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « COORDINATION EXTERNE »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis (Dérogation prévue jusqu’au 31/ 12 /2016)

**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 detransmission des données de santé vers le 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.**

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet 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.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**Cet indicateur est déclaratif. La rémunération dépend des documents transmis qui sont vérifiés par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé et du nombre de contrat signé.

### Fiche Indicateur : « Echange / système d’information bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « SYSTEME D’INFORMATION »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis – Dérogation jusqu’au 1er juillet 2017

**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 1er 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 échant 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.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet à la caisse d’assurance maladie :

* 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.*

**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

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Organisation- Bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « DEMARCHE QUALITE ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**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.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet à la caisse d’assurance maladie 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.

**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 transmis pour lesquelles la caisse d’assurance maladie procède à une vérification.

### Fiche Indicateur : « Accès aux soins - bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**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

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé transmet à la caisse d’assurance maladie 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.

**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.

### Fiche Indicateur : « Accès aux soins – bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « INFORMATION DU PUBLIC»

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

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

**Détail des critères et modulations possibles**

**Informer 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:

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Jusqu’à la mise à disposition d’un téléservice, le centre transmet à la caisse d’assurance maladie tout document nécessaire à la mise en ligne de ces informations.

A terme, ces informations seront saisies par la structure via un téléservice mis à disposition par l’assurance maladie.

**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.

### Fiche Indicateur : « Echange / Système d’information - bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « TELETRANSMISSION ET TELESERVICES »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**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.

1. La patientèle du centre de santé infirmiers est définie dans l’accord national à l’article 13.3 [↑](#footnote-ref-1)