

Libellé court	Contenu indicateur	Validation CPAM	
/	Professionnels de la structure au titre de la rémunération ACI.	<p>Les statuts mis à jour devront être envoyés. Seuls les PS associés figurant sur les statuts sont comptabilisés + exceptions suivantes (à bien renseigner dans la liste PS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médecins collaborateurs d'un médecin associé (sur justificatif) - Pour l'indicateur la diversité de l'offre : IDE ASALEE intervenant dans le cadre d'un protocole ASALEE (sur justificatif) -> Pour les ide double statuts bien indiquer le statut correspondant à l'activité dans la structure (ou statut mixte le cas échéant) - Pour les indicateurs avec bonus IPA : IPA salarié ou libéral pris en compte (sur justificatif « protocole d'organisation »). Le statut IPA doit figurer dans la liste des PS. Pour les IDE double statuts bien indiquer le statut correspondant à l'activité dans la structure (ou mixte le cas échéant) 	
Horaires d'ouverture et soins non programmés	<p>Amplitude horaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> → horaires d'ouverture → ouvert samedi matin → structure ouverte toute l'année → structure fermée entre 1 et 3 semaines pdt congés scolaires → structure fermée au moins 4 semaines pdt congés scolaires → structure fermée entre 1j et 1semaines hors congés scolaires → structure fermée au moins 1 semaine hors période scolaire → dérogation ARS <p>Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré</p>	<p>La charte d'engagement à jour (<u>pour rappel elle doit également être affichée dans la structure</u>)</p> <p>Dans le <u>cadre de la plage d'ouverture déclarée par la MSP une organisation doit être mise en place au sein de la structure pour qu'un médecin puisse intervenir si besoin</u>. La mise en place d'une astreinte téléphonique à elle seule n'est pas suffisante.</p>	
Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS)	<p>La structure s'organise pour que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit l'ensemble, soit au moins 50% des médecins participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale. - Soit elle puisse prendre en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS. 	indicateur actif si SAS01 opérationnel	
Réponse aux crises sanitaires graves	<p>Les autorités sanitaires ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire »</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Rédaction d'un plan de préparation</u> 2. <u>Mise en œuvre d'actions (non pour 2022)</u> 	<p>Selon les attentes communiquées (trame et consignes ARS) et soumis à validation de la DT ARS. La plan actualisé doit être déposé chaque année</p>	
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la	<p>Présence parmi les associés de la structure d'au moins une profession médicale hors MG (médecins spécialisés, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, MEP, biologistes, ou pharmacien(s) d'officine) ou de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et</p>	Liste des PS adhérents selon la trame fournie par votre caisse (attention cf. liste ps)	

structure (niveau 1)	reconnues comme professionnels de santé.		
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés de la structure (niveau 2)	<p>Présence parmi les associés de la structure d'au moins une profession médicale hors MG (médecins spécialisés, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, MEP, biologistes, pharmacien(s) d'officine) et de 3 professions paramédicales différentes.</p> <p>Les professions prises en compte dans cet indicateur sont celles visées dans la 4ème partie du code de la santé publique et reconnues comme professionnels de santé.</p> <p>Les IDE Asalée et médecin coordonnateur peuvent être comptabilisés sur fourniture d'un justificatif.</p>	Liste des PS adhérents selon la trame fournie par votre caisse (attention cf. liste ps)	
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 1)	Second recours niveau 1 Professionnel médical non associé exerçant hors de la MSP et y effectuant des plages de vacation de consultation, indépendamment de son cabinet médical sur des jours et des créneaux définis au moins 2 jours par mois tous PS vacataires confondus	Liste des PS concernés identifiés sur la liste des PS et temps de présence au sein de la structure selon la trame fournie	
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure (niveau 2)	Second recours niveau 2 Professionnel médical non associé exerçant hors de la MSP et y effectuant des plages de vacation de consultation, indépendamment de son cabinet médical, sur des jours et des créneaux définis au moins 2.5 jours par semaine tous PS vacataires confondus	Liste des PS concernés identifiés sur la liste des PS et temps de présence au sein de la structure selon la trame fournie	
Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM	Valorisation de l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)	Contrat	
Missions de santé publique	Réalisation de missions de santé publique à choisir dans la liste des thèmes listés en annexe 2 ou s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).	Rédigée selon les fiches mission élaborées par la MSP. La mission est soumise à validation de l'ARS sur une période définie, et impose le suivi annuel des résultats des indicateurs. 2 missions maximum peuvent être déposées.	
Implication des usagers	<p>2 niveaux (cumulables) de réalisation sont distingués pour cet indicateur.</p> <p>→ Le niveau 1 : mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser</p> <p>→ Niveau 2 : mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la</p>	<p>Nous attirons votre attention sur les éléments attendus à partir de 2023 pour valider les différents niveaux :</p> <p>Niveau 1 Les différents outils justifiant d'une information/sensibilisation et de la consultation de l'avis des usagers sur les services et le parcours de soin de la MSP (recueillir l'avis des patients)</p> <p>Niveau 2 Tout document permettant d'attester de la co-construction ou co-décision (CR de réunion, justificatifs</p>	

	co-décision entre la structure et les usagers.	d'invitation des usagers, association d'utilisateur, Document donnant à voir les décisions auxquelles le travail collectif a abouti ...)	
Fonction de coordination	Fonction de coordination	Fiches de poste ou contrat de travail mentionnant le temps consacré à la coordination	
Protocoles pluri-professionnels	Elaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé. Protocoles transmis en amont et validés par le service médical	Les protocoles sont à faire valider par le service médical. Ils doivent être communiqués <u>en amont de la campagne de justificatifs</u> . Les validations sont effectuées au fil de l'eau dans l'année. Lors de la campagne seuls les protocoles <u>validés et « actifs »</u> peuvent être déposés sur démarche simplifiée(8max) Sur chaque protocole devra figurer la/les notions suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • Première validation le // • Version modifiée le // (le cas échéant) 	
Concertation pluri-professionnelle	Stratégie de prise en charge des patients pathologies complexes nécessitant une coordination entre les différents professionnels → nb de réunions au moins 6/an → nb de dossiers (5% parmi les patients MT en ALD ou > 75 ans)	Transmission du calendrier des réunions, des participants et du nb de dossiers étudiés. <u>Le caractère pluri professionnel et la participation des différents professionnels de la structure seront observés sur l'ensemble des réunions pour la validation.</u> Un CR doit être formalisé à l'issue de chaque réunion et <u>consultable sur demande du médecin conseil du service médical</u> et intégré au dossier du patient.	
Formation des jeunes professionnels	Formation PS à minima 2 professionnels et jusqu'à 4/an	Convention (si il s'agit d'un stage MG possibilité de faire une attestation de stage comportant nom, prénom, profession et date de stage + liste SASPAS), les stages doivent être dans le cursus obligatoire pour chaque professionnel de santé (ex internat et externat) ; <i>Les stages d'observation de quelques jours ne seront pas pris en compte.</i>	
Coordination externe	Procédures de transmission vers PS extérieur	Document attestant d'une procédure de coordination: VSM courriers anonymisés...	
Démarche qualité	Cette démarche d'auto-évaluation vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient. Cette démarche doit être partagée à chaque niveau par l'ensemble de l'équipe. Niveau 1: le diagnostic de maturité <ul style="list-style-type: none"> - Désigner un référent qualité en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe, - Identifier une action d'amélioration parmi les thèmes prédéfinis Niveau 2 : la planification et mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité <ul style="list-style-type: none"> - Définir les points à améliorer et le plan d'actions à mettre en œuvre - Déployer le plan d'action Niveau 3 : la production de résultats et les conclusions	Détails des éléments attendus pour valider les différents niveaux : Niveau 1 (partie diagnostic) Le document décrivant la Démarche Qualité mise en place dans la MSP et faisant apparaître : <ul style="list-style-type: none"> - Le nom du référent, - Les réunions avec l'ordre du jour (objectif de la rencontre dans le cadre de la démarche qualité) - Les membres participants pour justifier d'une <u>démarche d'équipe</u> - Le diagnostic évaluant le niveau d'engagement de la structure sur les aspects définis par l'ACI : <ul style="list-style-type: none"> - Continuité des soins - Situations médico-sociales - Collaboration et coordination pluri pro pour les pec/suivis complexes - Délégation et coordination pluri pro autour de certaines pathologies - Accès aux soins - Actions de prévention ou éducation thérapeutique - L'axe choisi parmi les axes du diagnostic pour engager un travail d'amélioration Niveau 2 (partie plan d'action)	

		<p>Un document faisant apparaître</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les <u>objectifs généraux</u> d'amélioration sur l'axe choisi - Les <u>actions</u> identifiées (document décrivant les modalités définies : référentiel/préconisation, description de l'action, personnes identifiées, moyens, partenaires, indicateurs de suivis, <u>calendrier</u> de déploiement sur l'année) <p>Niveau 3 (partie bilan)</p> <p>Un document faisant apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un <u>bilan par action</u> réalisée aux regards des indicateurs identifiés (données qualitatives et quantitatives) - Un <u>bilan général</u> sur les objectifs d'amélioration posés - Le document <u>plan d'action réajusté</u> 	
Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés	<p>Valorisation de la mise en place de protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Torsion de cheville - Lombalgie aigüe < 4 semaine - Pollakiurie - Odynophagie - Rhino conjonctivite allergique saisonnière - Eruption cutanée vésiculeuse 	<p>Dans l'attente d'un accès à la plateforme de déclaration de l'ARS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nom des protocoles déclarés dans démarches simplifiées - Date de déclaration - Liste des professionnels déclarés 	
Parcours insuffisance cardiaque	<p>Valorisation de la participation de la structure dans le cadre d'un parcours sur l'insuffisance cardiaque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation sur l'honneur de participation au protocole - Le protocole pluri professionnel qui doit répondre à un cadre précis (cf. guide des indicateurs) et comporter à minima les indicateurs attendus. <p><i>Les protocoles sont à faire valider par le service médical. Ils doivent être communiqués <u>en amont de la campagne de justificatifs</u>. Les validations sont effectuées au fil de l'eau dans l'année.</i></p> <p><i>Lors de la campagne seuls les protocoles <u>validés et « actifs »</u> peuvent être déposés sur démarche simplifiée</i></p>	
Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	<ul style="list-style-type: none"> - La structure participe au parcours national concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant (MRTC) <p><i>Attention pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit valider la <u>mission de santé publique « surpoids et obésité de l'enfant »</u> sauf si la structure répond déjà à 2 missions de santé publique.</i></p>	<p>Dossier de référencement MRTC déclaré</p> <p>Fiche mission de santé publique dans le cas où la mission publique « surpoids et obésité de l'enfant » est à déclarer</p>	
Système d'information niveau standard	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ASIP Santé.</p> <p>Elle doit disposer un accès au logiciel par catégorie de PS.</p>	<p>Copie des factures annuelles des logiciels des professionnels équipés ainsi que la date d'acquisition du logiciel.</p>	
Système d'information niveau avancé	<p>La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « avancé » par l'ASIP Santé.</p> <p>Elle doit disposer un accès au logiciel par catégorie de PS.</p>	<p>Copie des factures annuelles des logiciels des professionnels équipés ainsi que la date d'acquisition du logiciel.</p>	