

## Les indicateurs socles

Indicateurs	Description	Pièces justificatives
<b>Tarif opposable</b>	La structure s'engage à ce qu'au moins 80% des consultations des médecins généralistes (associés et/ou salariés de la MSP) soient facturées au tarif opposable.	Pas de pièce justificative à transmettre.
<b>Présence d'un infirmier</b>	<p>La présence d'un infirmier vise à garantir une capacité identifiée de prise en charge infirmière contribuant à l'accès aux soins de premier recours, dans le respect des compétences de chaque profession et conformément au projet de santé de la structure.</p> <p>La structure s'engage à disposer d'une offre de soins infirmiers (IDE ou IPA) équivalent à 0,5 ETP/semaine a minima. Cette offre peut prendre la forme soit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'un IDE/IPA associé de la MSP</li> <li>- D'un IDE/IPA salarié de la MSP</li> <li>- D'un IDE/IPA vacataire signataire du projet de santé de la MSP</li> <li>- D'un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre d'infirmier (ex: centre de santé, SSIAD, cabinets libéraux IDE...)</li> </ul>	<p>Indicateur déclaratif.</p> <p>Transmission de la liste des professionnels de santé au fil de l'eau et des contrats de partenariats le cas échéant.</p>
<b>Participation au service d'accès aux soins (SAS) et/ou à la permanence des soins ambulatoire (PDSA)</b>	<p>La structure s'organise pour que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit au moins 50 % des médecins associés, et le cas échéant salariés, participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale et que la structure s'organise pour répondre aux sollicitations du régulateur du SAS selon les capacités de la structure.</li> </ul> <p>Soit au moins 50% des médecins associés, et le cas échéant salariés, participent à la PDSA (régulateur et/ou effecteur)</p>	Pas de pièce justificative à transmettre.

**BRIQUE 1 : ACCES AUX SOINS**

Indicateurs	Description	Modalités de vérification
<p><b>Valoriser une amplitude horaire élargies</b></p>	<p>La structure s'organise pour mettre en place une offre de soins le samedi matin avec présence d'un médecin généraliste ou une ouverture de la structure le soir, en semaine, au-delà de 20h*.  <i>*sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins ou du SAS prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.</i></p>	<p>Indicateur déclaratif.            Charte d'engagement précisant l'ouverture :            - Tous les samedis matin avec présence d'un médecin généraliste OU            - Au moins 3 jours par semaine au-delà de 20h.            L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p>
<p><b>Valoriser la mise en place d'une offre élargie en soins non programmés</b></p>	<p>La structure s'organise pour participer à l'offre de soins non programmés au travers des dispositifs SAS et PDSA soit par la participation en tant qu'effecteur soit en tant que régulateur.            Au-delà des médecins, cette participation peut également être prise en compte pour les chirurgiens-dentistes, sage-femmes ou infirmiers associés de la structure dès lors que les dispositions réglementaires et/ou conventionnelles pour les professions de santé concernées le permettent. L'organisation de cette offre doit par ailleurs être mise en place sur le territoire.</p>	<p>- Au moins 40% des professionnels de santé associés de la SISA (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier) participent au SAS <u>et</u> à la PDSA en tant qu'effecteur ;            OU            - Participation au SAS <u>ou</u> à la PDSA en tant que régulateur par au moins 15% des professionnels de santé associés de la SISA (médecin, chirurgien-dentiste).            L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p>
<p><b>Soins à domicile ou d'aller vers</b></p>	<p>La structure qui organise une offre de soins à domicile peut valider cet indicateur par la mise en place soit de visites à domicile et/ou EHPAD (dont IPA mais hors IDE) soit par la mise en place d'une organisation permettant la réalisation d'actes d'accompagnement à la téléconsultation assistée par les infirmiers (hors recours aux plateformes de téléconsultation).            Cette organisation doit se faire dans le respect du libre choix du professionnel de santé par le patient.</p>	<p>La définition et les modalités d'atteinte seront définies en CPN avant la fin de l'année 2026.</p>
<p><b>Valoriser les organisations mises en place pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en grande difficulté</b></p>	<p>La structure s'organise pour améliorer l'offre médicale dans les territoires en difficulté en assurant au moins 50 jours par an une ligne médicale en ZIP. Les pharmacies situées en ZIP proposant des téléconsultations avec les médecins de la MSP sont également prises en compte.</p>	<p>Indicateur déclaratif.            - Nombre de jours (a minima 50 jours par an) où une présence médicale est assurée en ZIP :            Deux modalités :            - si la MSP est située en ZIP, l'indicateur correspond à la création d'une nouvelle ligne médicale de renforts supplémentaires ;            - si la MSP n'est pas en ZIP, cela correspond à un lieu de consultation situé en ZIP et assurée par la MSP.            OU            - Contractualisation avec une pharmacie située en ZIP pour que les médecins de la MSP réalisent des téléconsultations assistées par un pharmacien.</p>

## BRIQUE 2 : PREVENTION

Indicateurs	Description	Modalités de vérification
<p><b>Valoriser l'organisation de la structure qui Permettra la Réalisation des Bilans de prévention auprès des patients les plus précaires (C2S), ou la réalisation des bilans partagés de médication auprès des patients à risque iatrogénique.</b></p>	<p>La structure s'engage à déployer des dispositifs en faveur de l'amélioration de la santé auprès des patients les plus précaires par la réalisation de bilans de prévention, et/ou auprès des patients à risque iatrogénique par la réalisation de bilans partagés de médication. S'agissant des bilans de prévention, ils doivent être renseignés dans le DMP du patient et accompagnés d'un projet personnalisé de prévention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de patients éligibles ayant bénéficié d'un bilan de prévention « MBP » sur l'année N de référence parmi les patients C2S de la FA de la structure supérieur à 10% (entendue comme le nombre de patients ayant eu 2 contacts dans l'année avec la structure, quel que soit le professionnel de santé associé ou salarié, hors pharmacien).</li> <li><b>OU</b></li> <li>- Taux de patients ayant bénéficié d'un bilan partagé de médication supérieur à un seuil. La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies en CPN avant la fin de l'année 2026</li> </ul>
<p><b>Valoriser les actions et la coordination de la structure autour de la prise en charge de la santé mentale de la patientèle (coordination avec psychologues, Mon soutien psy, etc)</b></p>	<p>La structure s'organise pour mettre en place une offre autour de la santé de la mentale pour ces patients. A ce titre, elle doit disposer au sein de la structure d'un accès à un psychologue conventionné « Mon soutien psy », et/ou un IPA psychiatrie et santé mentale, et/ou de psychiatre. Ces professionnels peuvent être associés, salariés ou vacataires. L'organisation mise en place par la structure devra permettre dès que nécessaire de réorienter le patient vers un psychiatre.</p>	<p>Indicateur déclaratif. A minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.5 ETP psychologue conventionné « Mon soutien psy »</li> </ul> <p><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0.5 ETP d'IPA en psychiatrie <b>OU</b></li> <li>- Intervention de psychiatres à hauteur de 1 journée par mois.</li> </ul>
<p><b>Valoriser l'atteinte de seuils sur 5 indicateurs de dépistage, notamment pour patients précaires</b></p>	<p>La structure met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de dépistage : cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, maladies rénales chroniques. Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale.</p>	<p>Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT des médecins associés de la MSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer du sein : 60%</li> <li>• Col de l'utérus : 60%</li> <li>• Cancer colorectal : 50%</li> <li>• Maladies rénales chroniques : 50%</li> <li>• Diabète par glycémie à jeun pour les patients éligibles : 90%</li> </ul> <p>L'atteinte d'au moins 2 des 5 indicateurs de dépistage permet de valider cet item.</p>
<p><b>Valoriser l'atteinte de seuils sur 4 indicateurs de vaccination, notamment pour patients précaires</b></p>	<p>La structure met en place une organisation afin d'atteindre des taux cibles sur les indicateurs de vaccination contre : la grippe, la covid, pneumocoque, HPV. Ces indicateurs sont définis conformément à l'article 23-4 et annexes afférentes de la convention médicale</p>	<p>Taux d'atteinte nécessaire pour chaque indicateur calculé sur la base de la PMT des médecins associés de la MSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grippe : 65%</li> <li>• Covid : 40%</li> <li>• Pneumocoque : 50%</li> <li>• HPV : 50%</li> </ul> <p>L'atteinte d'au moins 2 des 4 indicateurs de vaccination permet de valider cet item.</p>

### BRIQUE 3 : VULNERABILITE

Indicateurs	Description	Modalités de vérification
<b>Valoriser la prise en charge par la structure des patients en situation de vulnérabilité</b>	La structure s'organise pour prendre en charge des patients en situation de vulnérabilité, à savoir patients AME et/ ou C2S.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour 2027, taux de patients C2S ou AME de la FA de la structure* supérieur aux taux nationaux de référence (mis à jour annuellement)</li> <li>- A compter de 2028, taux de C2S et AME de la FA de la structure supérieurs aux taux nationaux de référence (mis à jour annuellement)</li> </ul> L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.  <i>* Nombre de patients ayant eu un contact, quel que soit le professionnel de santé associé ou salarié, hors pharmacien.</i>
<b>Valoriser l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale</b>	La structure s'organise pour prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité psychosociale en lien avec les acteurs sociaux et structures médico-sociales du territoire ou par une organisation interne dédiée.	Indicateur déclaratif. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conventions de partenariats avec des acteurs sociaux, l'ASE et/ou des structures médico-sociales, hors handicap.</li> </ul> Ces documents permettent de décrire l'organisation mise en place au sein de la structure (mise à disposition de consultations) ou en dehors de la structure (les professionnels de santé de la MSP prennent en charge les patients directement au sein de ces structures). Ou recours à une fonction dédiée pour l'accompagnement des personnes dans leur parcours d'accès aux droits, à la prévention et aux soins (exemple : médiateur)
<b>Valoriser la prise en charge par la structure de patients en situation de handicap</b>	La structure est adaptée à la prise en charge des patients en situation de handicap. Par ailleurs, la structure s'organise pour mettre en place une offre de soins à destination des patients en situation de handicap. La prise en charge de cette patientèle peut se faire soit au sein de la structure avec une organisation spécifique (notamment au travers de la signature de la charte Romain Jacob) soit par un partenariat mis en place avec des structures de type ESMS.	Indicateur déclaratif. La structure (au moins l'un des sites le cas échéant) est enregistrée dans l'annuaire des cabinets accessibles disponible sur Santé.fr. Et <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signature d'une charte pour un meilleur accès aux soins des personnes en situation de handicap (exemple : la charte Romain Jacob) et description au sein de la charte d'engagement de l'organisation pour accueillir ce type de patient ;</li> <li>- Ou convention de partenariat avec des structures ESMS dans le champ du handicap.</li> </ul> L'enregistrement sur l'annuaire et l'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.
<b>Valoriser les actions de repérage précoce de la perte d'autonomie (ICOPE)</b>	La structure met en place des protocoles d'organisation permettant de généraliser le repérage et le développement d'un projet de santé personnalisé.	Indicateur déclaratif.  Le protocole transmis précise l'organisation mis en place au sein de la structure.

### BRIQUE 4 : PARCOURS

Indicateurs	Description	Modalités de vérification
<b>Valoriser l'implication des structures à la participation aux parcours nationaux</b>	<p>La structure est intégrée dans un des parcours nationaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (MRTC), tel que défini dans le code de la santé publique. Il s'agit à la fois de valoriser l'implication mais également la prise en charge des patients dans ce cadre.</li> <li>- Tel que les parcours coordonnés renforcés (PCR) visés à l'article L.4012-1 du code de la santé publique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etre référencée dans le parcours (MRTC) et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année de référence ;</li> <li>- Ou être référencée comme structure de coordination dans un parcours PCR et prendre en charge au moins 10 patients dans l'année pour le parcours correspondant ;</li> <li>- Ou avoir au moins un professionnel de santé inclut dans une équipe d'intervention d'un PCR qui prend en charge au moins 10 patients dans l'année.</li> </ul> <p>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p>
<b>Valoriser le Taux de FA d'équipe parmi les patients ALD</b>	<p>La structure assure une coordination renforcée de sa patientèle et notamment de sa patientèle ALD. Par l'organisation des RCP, d'un dossier patient partagé et l'utilisation des outils de coordination, la prise en charge coordonnée par structure permet de renforcer la qualité et pertinence des soins de ces patients.</p>	<p>Parmi les patients en ALD qui ont consommé des soins de médecine générale dans l'année au sein de la structure et d'autres soins (hors pharmaciens et biologistes), la part de ces soins consommés au sein de la structure (associés ou salariés de la MSP) est supérieure à un seuil.</p> <p>La définition précise et les modalités d'atteinte seront définies en CPN au regard des simulations qui seront réalisées.</p>
<b>Valoriser la participation à l'action « 0 patients ALD sans MT »</b>	<p>La structure s'organise pour répondre aux besoins des patients ALD en recherche de médecin traitant et s'inscrit dans l'action « 0 patient ALD sans médecin traitant ».</p>	<p>La définition et les modalités d'atteinte seront définies en CPN avant la fin de l'année 2026</p>
<b>Valoriser l'organisation de la structure en faveur d'une diminution du délai d'accès à des spécialistes ou d'une meilleure articulation du lien ville-hôpital.</b>	<p>La structure s'organise pour apporter une réponse à ses patients en recherche de soins de spécialistes (au sein ou en dehors de la structure). Il s'agit alors de réduire le délai d'accès à des médecins spécialistes en s'articulant avec les dispositifs déployés sur le territoire par la CPTS, l'ESS, les structures hospitalières, ...</p> <p>Ou la structure s'articule avec les acteurs de son territoire pour faciliter les parcours d'entrée/sortie d'hospitalisation de sa patientèle.</p>	<p>Indicateur déclaratif.</p> <p>Soit la structure compte au sein de sa MSP des médecins spécialistes en secteur 1 ou secteur 2 OPTAM (hors médecin généraliste) soit la structure a établi des liens contractuels avec les ESS du territoire, Soit la structure a contractualisé avec le ou les acteurs hospitaliers du territoire le parcours ville-hôpital.</p> <p>L'atteinte de l'une des composantes valide l'indicateur.</p>

