

**Accord national Article 8.3.1.****La concertation professionnelle - critère socle****Article 8.3.1.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents**

Une concertation formalisée et régulière sur les dossiers de cas complexes (en moyenne une réunion par mois) est organisée entre médecins et autres professionnels de santé du centre de santé. Ces revues pluri-professionnelles régulières portent sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficacité.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.

Ces comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Dans une première étape, les thèmes suivants sont privilégiés pour cette concertation autour des dossiers des patients :

- ◆ patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique;
- ◆ patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
- ◆ patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
- ◆ patients polymédiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- ◆ patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC

Si le centre de santé n'est pas encore équipé du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 permettant de réaliser ce suivi, dans les conditions définies à l'article 8.4.1 du présent accord, il transmet à la caisse primaire d'assurance maladie le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que le centre de santé est équipé dudit système d'information, sont transmis à la caisse primaire d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients du centre de santé ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation et intégré dans leur dossier informatisé.

Pour respecter cet engagement, le centre de santé doit tenir une réunion par mois en moyenne et atteindre l'objectif d'une concertation formalisée pour au moins 3% de la patientèle du centre de santé (au sens de la patientèle définie à l'article 13.1 du présent accord<sup>1</sup>), sous réserve de leur consentement au partage d'information. Le taux de réalisation est calculé par rapport à cet objectif.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

#### **Article 8.3.1.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)**

---

Des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sont organisées et portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'examen des dossiers de patients complexes.

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

#### **Article 8.3.1.4. Pour les centres de santé dentaires**

---

Des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sont organisées en présence du coordonnateur et portent sur l'organisation interne des soins ou sur des dossiers de patients complexes.

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

---

<sup>1</sup> Art. 13.1 La patientèle de référence est définie pour un centre de santé comme la somme du nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant déclaré un des médecins exerçant au sein du centre de santé comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé au cours de l'année de référence.

## Accord national Article 8.5.2

### Protocoles pluriprofessionnel - critère socle

#### Article 8.5.2. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

---

Les protocoles pluri-professionnels permettent de coordonner le travail en équipe et d'améliorer la qualité des soins (3). Le centre de santé élabore, en référence aux recommandations de la HAS (4), des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies déjà visées dans le critère concertation professionnelle prévu à l'article 8.3.1 et retenues comme thèmes prioritaires.

Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge qu'ils exercent dans le centre de santé ou dans le cadre d'une convention partenariale avec celui-ci, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles et le cas échéant, de ces conventions de partenariat est transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

*(3) Par définition, ces protocoles associent nécessairement au moins deux professions de santé telles que définies dans le code de la santé publique.*

*(4) 4 HAS - Points clés solutions - Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? - Février 2015*