

GUIDE METHODOLOGIQUE

**Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) signé
le 20 avril 2017 (approuvé par arrêté du 24 juillet
2017 publié au journal officiel du 5 août 2017)**

STRUCTURES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES

Octobre 2017

SOMMAIRE

1/ -LES PRINCIPES DU CONTRAT CONVENTIONNEL-----	1
2/-LES INDICATEURS DU CONTRAT -----	3
3/ -LA REMUNERATION -----	5
4/ -LE CALENDRIER DE PAIEMENT -----	10
5/ -ANNEXE 1 = FORMULE DE CAL CUL DES ELEMENTS DE REMUNERATION-----	11
7/ -ANNEXE 2 = LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION-----	12

1. LES PRINCIPES DU CONTRAT CONVENTIONNEL

Le contrat est destiné :

- aux maisons de santé constituée en SISA (**S**ociété **I**nterprofessionnelle de **S**oins **A**mbulatoires)
- aux maisons de santé qui s'engagent à constituer une SISA dans les 6 mois à compter de la date d'adhésion au contrat conventionnel (versement des rémunérations y compris l'avance conditionné à la constitution en SISA de la structure)

et

- qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS ; ce projet doit être en cohérence avec le PRS (**P**rojet **R**égional de **S**anté)

Les centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national des centres de santé peuvent adhérer à ce contrat.

Le contrat est signé entre :

- la structure (on désigne sous cette appellation la maison de santé, le centre de santé éligible au contrat)
- la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) de rattachement de la structure
- l'agence régionale de santé dont dépend la structure.

Le contrat est basé sur :

➤ **l'atteinte de différents types d'indicateurs :**

- des indicateurs socles et prérequis : la structure doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération
- des indicateurs socles : la structure doit s'engager sur ces indicateurs socles complémentaires qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée
- des indicateurs optionnels : la structure a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs

Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en avril N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis

Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des indicateurs socles et prérequis et socles.

➤ **l'attribution de points dès lors que l'indicateur est atteint**

- fixes
- ou variables en fonction de la patientèle de la structure,
- ou dépendant du nombre de professionnels de santé associés de la structure.

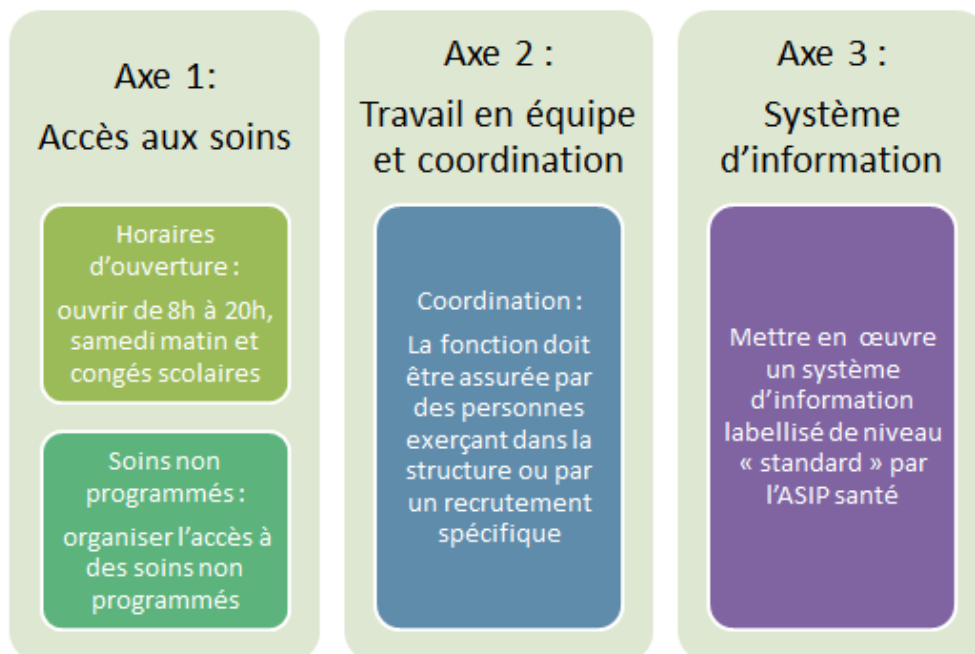
➤ **la rémunération de l'atteinte des indicateurs :**

Chaque indicateur est valorisé avec un nombre de points, le point étant valorisé à 7 euros.

2. LES INDICATEURS DU CONTRAT

2.1. Les indicateurs « socles et prérequis »

La structure doit respecter ces 3 indicateurs pour déclencher la rémunération



Ces 2 indicateurs sont indissociables

Nouveauté par rapport au précédent contrat issu du règlement arbitral de 2015 :

- possibilité d'avoir des horaires minorés par rapport à l'amplitude horaire maximale ; dans ce cas, minoration de la rémunération
- la fonction de coordination constitue désormais un indicateur à part entière de l'axe travail en équipe (et non plus un des items de l'axe accès aux soins)
- Le calcul de l'indicateur pour la mise en place du système d'information est effectué en fonction du nombre de professionnels de santé associés à la structure et non plus en fonction de la taille de la patientèle.

2.2. Les indicateurs « socles »

Axe 1:
Accès aux soins

Pas d'indicateur
socle

Axe 2 :
Travail en équipe
et coordination

Elaborer des protocoles
pluri professionnels pour
la prise en charge et le
suivi des patients
nécessitant l'intervention
coordonnée de différents
professionnels de santé

Organiser des réunions de
concertation pluri
professionnelle entre les
professionnels de la
structure autour des cas
de patients

Axe 3 :
Système
d'information

Pas d'indicateur
socle

Nouveauté par rapport au précédent contrat issu du règlement arbitral de 2015 :

- le nombre de protocoles pluri-professionnels qui peuvent être valorisés passe de 5 à 8.
- l'indicateur sur la concertation pluri-professionnelle évolue pour mieux s'adapter au fonctionnement des structures : réalisation d'au moins 6 réunions par an entre professionnels de la structure autour du cas des patients afin de définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre (auparavant une réunion par mois en moyenne) et rémunération maximale (1 000 points variables par tranche de 4 000 patients) si le nombre de dossiers étudiés correspond à 5 % des patients ayant déclaré un médecin traitant dans la structure, présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans (auparavant 3% des patients de la structure). Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD (auparavant examen des dossiers de 3% des patients de la structure).

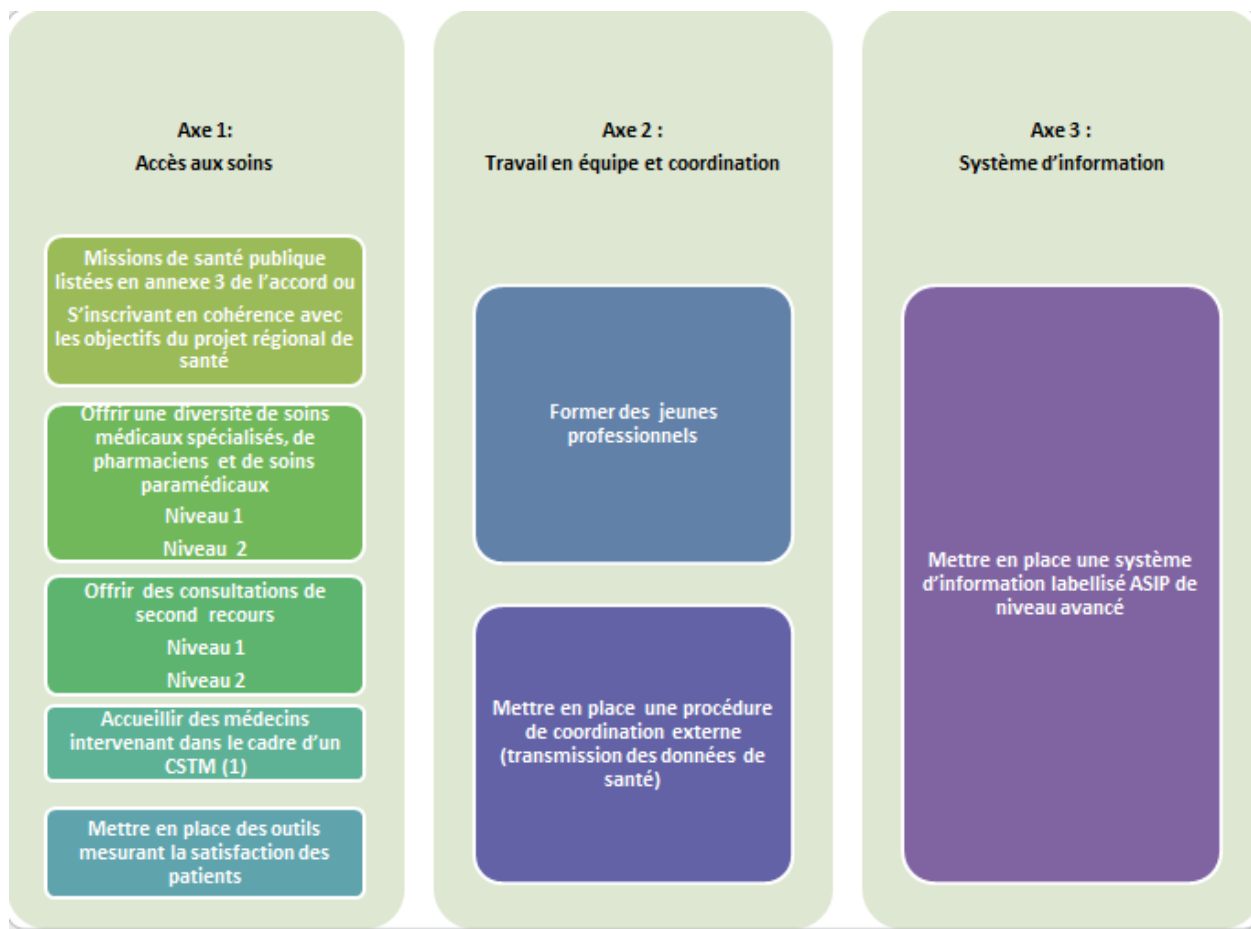
La structure s'engage obligatoirement sur ces indicateurs qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée.

Ainsi, pour atteindre l'indicateur concernant l'élaboration des protocoles, **1 seul protocole** élaboré suffit pour être rémunéré : 100 points seront valorisés.

Si la structure réalise 8 protocoles, 800 points seront valorisés (8 protocoles valorisés au maximum).

Cette progressivité dans l'atteinte des indicateurs permet à la structure de s'organiser pour monter en charge en fonction de ses moyens et augmenter progressivement sa rémunération.

2.3. Les indicateurs « optionnels »



(1) Contrat de solidarité territoriale médecin

Nouveauté :

- 2 indicateurs nouveaux :
 - l'accueil de médecins dans le cadre d'un contrat de solidarité territoriale (CSTM), contrat défini dans la convention médicale et incitant les médecins libéraux à venir prêter main forte à leurs confrères dans les zones identifiées comme sous-denses en offre médicale.
 - l'évaluation de la satisfaction des patients permettant d'intégrer les usagers dans l'organisation de la structure

Ces indicateurs sont **optionnels**, la structure **n'est pas obligée** de réaliser ces indicateurs.

Ces indicateurs permettent aux structures un complément de leur rémunération si elles le souhaitent.

3. LA REMUNERATION

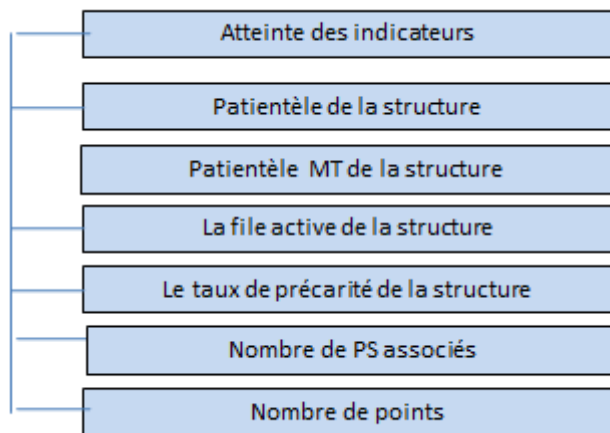
3.1. Principes

Pour bénéficier de la rémunération, la structure doit :

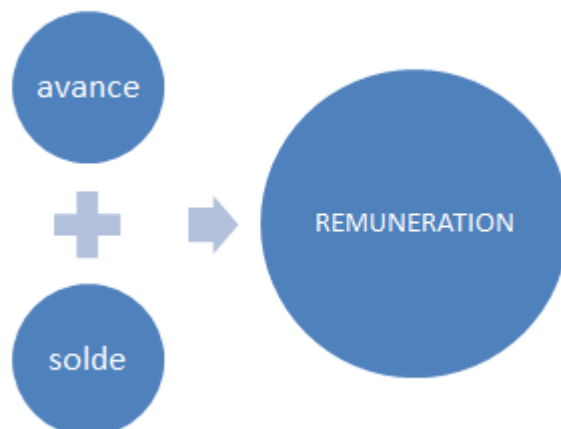
- être éligible et avoir adhéré au contrat conventionnel
- avoir atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis »
- avoir transmis les pièces justificatives requises (voir annexe) avant le 31 /01 de l'année N+1

La rémunération est versée à la structure (SISA) et non à chaque professionnel de santé associé.
La structure est libre ensuite d'utiliser la somme versée comme elle le souhaite.

La rémunération se calcule en tenant compte des éléments suivants :



La rémunération est composée de 2 parts et est versée pour une année civile :



Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en avril N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis

Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des indicateurs socles et prérequis et socles.

3.2. Atteinte des indicateurs

Le détail de chaque indicateur est précisé sous forme de fiche disponible dans le « guide des indicateurs ».

L'appréciation de l'atteinte des indicateurs est réalisée par année civile.

Des dérogations ont été prévues

- Pour les nouvelles structures :

Durant l'année civile de son adhésion au contrat et l'année civile suivant son adhésion, une nouvelle structure n'est pas obligée d'atteindre les 3 indicateurs « socles et prérequis ». L'atteinte de 2 des 3 indicateurs permet de déclencher la rémunération.

Sont considérées comme nouvelles structures, celles s'étant vu attribuer leur numéro FINESS en tant que SISA depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

- Pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP santé

Les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP santé peuvent être rémunérées :

- si les deux autres indicateurs « socles et prérequis » (voir ci-dessous) sont atteints
- cette dérogation s'applique durant 2 années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée et l'année suivante.

3.3. Les éléments de calcul

Pour déterminer la rémunération, plusieurs éléments sont pris en compte :

➤ Les points :

L'atteinte des indicateurs entraîne l'attribution :

- de points fixes

- de points variables en fonction de la patientèle ou en fonction du nombre de professionnels de santé de la structure (au sens du code de la santé publique¹)

➤ **La patientèle de la structure :**

Elle correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré « comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée) ou médecins salariés pour les centres de santé. Cette règle est applicable à partir de l'année 2019.

Dérogations :

Pour les années **2017 et 2018**, la patientèle retenue est la suivante :

Nombre de patients de plus de 16 ans ayant déclaré comme « médecin traitant » (au 31/12) :

- un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé
- un des médecins salariés du centre de santé

Nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant bénéficié dans l'année au moins 2 soins de médecins généralistes par :

- un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé
- un des médecins salariés du centre de santé

➤ **La file active de la structure**

La file active de la structure correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure ou salarié de la structure pour les centres de santé.

Dérogations :

Pour les années **2017 et 2018**, pour le calcul de la file active :

- prise en compte également des actes réalisés par les médecins généralistes signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associé.

➤ **Le taux de précarité de la structure**

Le taux de précarité de la structure est défini en fonction :

- du **taux de patients CMUC**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active de la structure.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure avec l'application d'une « majoration de précarité » (taux de sur précarité de la structure par rapport à la moyenne nationale)

➤ **Le nombre de professionnels associés de la structure**

Le nombre de professionnels de santé (*liste en note de bas de page*) associés de la structure (ou pour 2017 et 2018 également des professionnels signataires du projet de santé et exerçant au moins 50% de

¹ Professions médicales : médecins des différentes spécialités médicales , médecins à expertise particulière (MEP), sages-femmes, chirurgiens-dentistes ; Pharmaciens ; Biologistes ; Professions paramédicales - Auxiliaires médicaux, Aides-Soignants et Ambulanciers : Infirmières, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédiçures-podologues, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Orthoptistes, Audioprothésistes, Opticiens, Prothésistes et Orthésistes, Manipulateurs d'Electroradiologie, Techniciens de Laboratoire, Diététiciens, Aides-soignants, et Ambulanciers.

leur activité au sein de la structure) est utilisé pour le calcul de l'indicateur sur le système d'information labellisé ASIP de niveau standard appartenant aux indicateurs « socles et prérequis ».

Les règles de calcul détaillées de ces différents éléments, accompagnées de cas pratique sont présentées en annexe 2

3.4. Le calcul de l'avance

Seuls les indicateurs obligatoires « socles prérequis » et « socles » sont pris en compte pour le calcul de l'avance

➤ **L'avance se calcule pour les indicateurs variables sur la base de :**

- la patientèle de la structure calculée au 31/12 de l'année civile précédente selon les modalités définies en annexe 2
- du nombre de professionnels de santé (*liste en note de bas de page de la présente note*) associés de la structure (et par dérogation pour les années 2017 et 2018 des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure) au 31/12 de l'année civile précédente.

➤ **Elle est égale à 60 %** de la rémunération pour un taux d'atteinte de 100% de l'ensemble des indicateurs « socles prérequis » et « socles » et pour une année pleine. L'avance est proratisée en fonction de la date d'adhésion de la structure au contrat.

➤ **Dispositions spécifiques pour les nouvelles structures :**

Une garantie de rémunération minimale est prévue pour les structures :

- ayant déposé leur projet de santé à l'ARS, depuis moins d'1 an à la date d'adhésion au contrat conventionnel
- garantie de versement d'une avance d'un montant minimal de 12000 euros et d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (avec dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : 2 prérequis au lieu de 3 pour les autres structures). Ces montants sont proratisés en fonction de la date d'adhésion au contrat
- durant les 2 premières années civiles d'adhésion au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivante l'adhésion).

3.5. le calcul de la rémunération

La rémunération totale annuelle est versée en 2 temps :

- une avance (voir paragraphe ci-dessus)

et

- un solde

Le solde de la rémunération est la différence entre le montant de la rémunération totale annuelle calculée et le montant de l'avance versée à la structure :

$$\text{Solde à verser} = \text{Rémunération totale année N calculée} - \text{Avance versée au titre de l'année N}$$

Le solde est versé au plus tard le 30 avril de l'année N+1

➤ **Les indicateurs à points fixes**

$$\text{Rémunération} = \text{Nombre de points fixes} \times 7 \text{ euros}$$

➤ **Les indicateurs à points variables**

Pour les indicateurs attribuant un nombre de points variables, le nombre de points a été défini :

- Soit pour une « patientèle de la structure » de 4 000 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure.

$$\text{Rémunération} = \frac{\text{Nombre de points variables} \times \text{Patientèle de la structure}}{4000} \times 7 \text{ €}$$

Exemple : Pour l'indicateur « coordination externe »

Atteinte à 100 % par une structure ayant une patientèle de 6 000 patients :

$$\text{Rémunération} = 200 \text{ points} \times \frac{6000 \text{ (patientèle)}}{4000} \times 7 \text{ euros}$$

➤ Les indicateurs à points mixtes (variables et fixes)

Certains indicateurs ont une rémunération mixte comportant :

- une partie fixe et une partie variable selon la patientèle,
- une partie fixe et une partie variable liée au nombre de professionnels de santé de la structure

Seuls 2 indicateurs sont concernés ((axe 2 – coordination) et (axe 3 – systèmes d'info))

Exemple

Une structure ayant 10 000 patients et une atteinte à 100% de l'indicateur « fonction de coordination » bénéficie de :

- 700 points = partie fixe
- une partie variable selon la patientèle avec deux niveaux :
 - 1^{er} niveau : 1 350 points (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients,
 - 2^{ème} niveau : 1 000 points (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

$$\text{Nombre de points} = (700 \text{ points fixes} + 1\,350 \text{ points variables}) \times (8\,000 / 4\,000) + 1\,000 \text{ points variables} \times (2\,000 / 4\,000)$$

Soit : 700 + 2 700 + 500 = **3 900 points**

$$\text{Rémunération} = 3\,900 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = \mathbf{27\,300 \text{ euros.}}$$

Exemple

Une structure atteignant l'indicateur « système d'information » et composée de 20 professionnels de santé bénéficie de :

- 500 points = partie fixe
- une partie variable selon le nombre de professionnels de santé
 - 1^{er} niveau : 200 points par professionnel jusqu'à 16 professionnels,
 - 2^{ème} niveau : 150 points par professionnel au-delà de 16 professionnels .

$$\text{Nombre de points} = 500 \text{ points fixes} + 200/\text{PS} \times 16 + 150 \text{ points}/\text{PS} \times 4 = 500 + 3200 + 600 = 4300 \text{ points}$$

$$\text{Rémunération} = 4300 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = \mathbf{30\,100 \text{ euros.}}$$

➤ Les majorations :

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure (définition et calcul précisés en annexe). Cette majoration est plafonnée à 25 %

Exemple :

Taux CMUC de la structure = 17,5 %

Taux national = 7,5 %

= 10 points de différence

Taux AME de la structure = 5,4 %

Taux national = 0,4 %

= 5 points de différence

Soit 15 points de différence = **Majoration applicable est égale à 15 %**

➤ **La proratisation en fonction de la date d'adhésion**

Une proratisation est appliquée à la rémunération calculée en fonction de la date de signature du contrat.

3.6. Les justificatifs conditionnant la rémunération

Les structures doivent transmettre :

- les justificatifs relatifs à l'atteinte des différents indicateurs sur l'année écoulée (année N).
- à leur caisse de rattachement
- au plus tard le 31 janvier de l'année N+1

En annexe, vous trouverez un tableau récapitulatif des pièces jointes devant être transmises par les structures.

4. LE CALENDRIER DE PAIEMENT

4.1. Avance

➤ **1ere année d'adhésion au contrat**

Le versement intervient dans les 3 mois suivant la signature du contrat



➤ **Les années suivantes :**

Le versement intervient en même temps que le paiement du solde de la rémunération de l'année N.

4.2. Solde de la rémunération

Le solde de la rémunération totale annuelle est versé au plus tard le 30 avril de l'année N+1.

5. ANNEXE 1 = FORMULE DE CALCUL DES ELEMENTS DE REMUNERATION

5.1. Patientèle MT de la structure

➤ **Dispositions dérogatoires pour les années 2017 et 2018**

Pour les années **2017 et 2018**, la patientèle retenue est la suivante :

Nombre de patients de plus de 16 ans ayant déclaré comme « médecin traitant » (au 31/12) :

- un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé
- un des médecins salariés du centre de santé

Nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant bénéficié dans l'année au moins 2 soins de médecins généralistes par :

- un des médecins associés de la structure ou un des médecins signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de son activité au sein de la structure sans en être associé
- un des médecins salariés du centre de santé

Patientèle de la structure (à compter de l'année 2019) =

Nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée) ou médecins salariés pour les centres de santé

5.2. La file active

La file active de la structure correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure ou salarié de la structure pour les centres de santé.

Dérogations :

Pour les années **2017 et 2018**, pour le calcul de la file active :

- prise en compte également des actes réalisés par les médecins généralistes signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure sans en être associé.

5.3. Le taux de précarité

Est défini en fonction :

- du **taux de patients CMUC**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active de la structure.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure avec l'application d'une « majoration de précarité ». La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

Le taux de patients CMUC et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC (7,5 %) et AME (0,4 %) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :

- Si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

(Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC)

+

(Taux de patients AME de la structure – Taux national AME)

- Si la structure a une part de patients CMUC supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

Taux de patients CMUC de la structure – Taux national CMUC

- Si la structure a une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale et une part de patients CMUC égale ou inférieure à la moyenne nationale :

Majoration de précarité

=

Taux de patients AME de la structure – Taux national AME

6. ANNEXE 2 = LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Horaires d'ouverture Soins non programmés 	SOCLE-PREREQUIS	Charte d'engagement	<p>Voir modèle-type en annexe 4 de l'ACI</p> <p>La charte doit être également affichée dans la structure</p>
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Fonction de coordination au sein de la structure 	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : <ul style="list-style-type: none"> Copie du contrat de travail Fiche de poste Etc... 	
AXE 3 : système d'information	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « standard » 	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des protocoles pluri-professionnels 	SOCLE	Copie des protocoles élaborés	
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle 	SOCLE	<ul style="list-style-type: none"> Calendrier des réunions sur l'année civile N Nombre de dossiers examinés par réunion 	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 1 : accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des missions de santé publique 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Contrat conclu avec la structure : 	les modalités de contrôle doivent être précisées en annexe du contrat conclu
	<ul style="list-style-type: none"> Offrir une diversité de soins <ul style="list-style-type: none"> Niveau 1 Niveau 2 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels associés de la structure (ou pour 2017 et 2018 également des professionnels signataires du projet de santé et exerçant au moins 50% de leur activité au sein de la structure) 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des consultations de de second recours 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels extérieurs vacataires au cours de l'année civile 	liste mentionne : <ul style="list-style-type: none"> identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée Le temps hebdomadaire de présence
	<ul style="list-style-type: none"> Accueillir des médecins signataires d'un contrat CSTM 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Liste des professionnels concernés Copie du contrat CSTM 	
	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des patients 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place d'outils d'évaluation de la satisfaction des patients et des adaptations réalisées au regard des besoins identifiés 	Exemple : <ul style="list-style-type: none"> Questionnaires Comptes rendus réunions Plan d'action liste des améliorations proposées

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
AXE 2 : travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> Former des professionnels de santé 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Copie de l'attestation ou convention de stage 	Identifier le nom du stagiaire, la profession et les dates de stage
	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place une procédure de transmission des données de santé nécessaire à la prise en charge des patients vers des PS extérieurs, des établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux etc 	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> Document attestant de la mise en place des procédures 	
AXE 3 : système d'informations	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP de niveau « avancé » 	OPTIONNEL	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location... 	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document