

Commission Paritaire Nationale des Structures Pluri- Professionnelles



27 novembre 2018

Ordre du jour

1. Approbation du compte-rendu de réunion de la CPN du 26 octobre 2017
2. Modification de la composition de la CPN des structures pluri-professionnelles
3. Bilan au 20/11/2018 des adhésions au contrat défini dans l'ACI
4. Préparation de la rémunération 2018 (paiement 2019)
5. Point sur les dérogations définies dans l'ACI (date butoir prévue à fin 2018)
6. Point d'étape sur l'évaluation en cours par l'IRDES du dispositif de rémunération des structures (article 12 de l'accord)
7. Questions diverses

1- Approbation du compte-rendu de la CPN d'installation du 13 juin 2018

2- Modification de la composition de la Commission Paritaire Nationale des structures pluri-professionnelles

2 – Composition de la CPN

→ Désignation des membres Section sociale :

	Titulaires	Suppléants
Régime Général	<ul style="list-style-type: none">- Nicolas REVEL- William GARDEY- Yves LAQUEILLE- Jocelyne MARMANDE- Annelore COURY- Delphine CHAMPETIER- Franck de RABAUDY- Sandrine FRANGEUL- Lucie LOISEL- Geneviève MOTYKA- Rémi PECAULT-CHARBY- Emmanuèle FABRE- Michèle SURROCA- Emmanuelle GUEDY- Sandrine AUJOUX-DOS SANTOS	En attente de confirmation
RSI	3 sièges vacants en cours de réattribution au sein du régime général et de la CCMSA	
Régime agricole	<ul style="list-style-type: none">- Philippe LABATUT- Pascal CORMERY- Nathalie CORMONT	<ul style="list-style-type: none">- Marc RONDEAU- Pascale BARROSO- Monica LENAIN

2 – Composition de la CPN

→ Désignation des membres Section professionnelle (1/2):

	Titulaires		Suppléants	
MEDECINS	MG France	- Jacques BATTISTONI	MG France	- Margot BAYART
	CSMF	- Jean-Paul ORTIZ	CSMF	- Luc DUQUESNEL
	FMF	- Claude BRONNER	FMF	- Hermann NEUFFER
INFIRMIERS	SNIIL	- Catherine KIRNIDIS	SNIIL	- Régine LANGLADE
SAGE-FEMMES	UNSSF	- Laurence CASSE	UNSSF	- Joëlle TILMA
	ONSSF	- Caroline COMBOT	ONSSF	- Aurore GIRAUD
ORTHOPTISTES	SNAO	- Cynthia LIONS	SNAO	- Laurent MILSTAYN
PHARMACIENS	FSPF	- Jocelyne WITTEVRONGEL	FSPF	- Philippe GAERTNER
	USPO	- Gilles BONNEFOND	USPO	- M. VARIOT
PEDICURES PODOLOGUES	FNP	- Serge COIMBRA	FNP	- Bruno SALOMON
MASSEURS KINESITHERAPEUTES	UNSMKL (signature ACI 29/08/2018)	- Mickael Mulon		- En attente

2 – Composition de la CPN

→ Désignation des membres Section professionnelle (2/2):

	Titulaires		Suppléants	
CHIRUGIENS DENTISTES	CNSD (signature ACI 04/10/2018)	- En cours		
BIOLOGISTES	SDB	- François BLANCHECOTTE	SDB	- Jean-Louis PONS
	SLBC	- P. DABI	SLBC	- Jean PHILIPP
	SNMB	- Jean-Claude AZOULAY	SNMB	- Claude COHEN
OPTICIENS	SYNOM	- Véronique BAZILLAUD	SYNOM	- En attente de confirmation
	FNOF	- Alain GERBEL	FNOF	- Bernard BRAUGE
FOURNISSEURS APPAREILLAGE	FFPO	- Marielle DUFAURE	FFPO	- Serge MATHIS
CENTRES DE SANTE	FMF	- Laurent EVEILLARD	FNMF	- Laurent SCHNEIDER
	FNCS	- Céline LEGENDRE	CANSSM	- Laurence DAVID
	ADESSA	- Aurore ROCHETTE	C3SI	- Ronan ELIOT

2 – Composition de la CPN

→ Désignation des membres sièges consultatifs :

	Titulaires	Suppléants
Représentant de l'Etat	- Claire BONELLO (DSS/bureau des professions de santé)	- Claire MONTETE (DSS/bureau des professions de santé)
Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)	- Pascal GENDRY - Brigitte BOUZIGE	- En attente de confirmation - En attente de confirmation
Personnalité qualifiée au regard de son expérience et de ses compétences en économie de la santé	Carine FRANC	

2 – Présidence de la CPN pour 2018

En application de l'article 1.3 de l'annexe 5 de l'ACI portant règlement intérieur de la CPN ACI, la présidence de la CPN est dévolue à la section professionnelle pour l'année 2018 : Dr BATTISTONI

3- Bilan au 20 novembre 2018 des adhésions à l'ACI

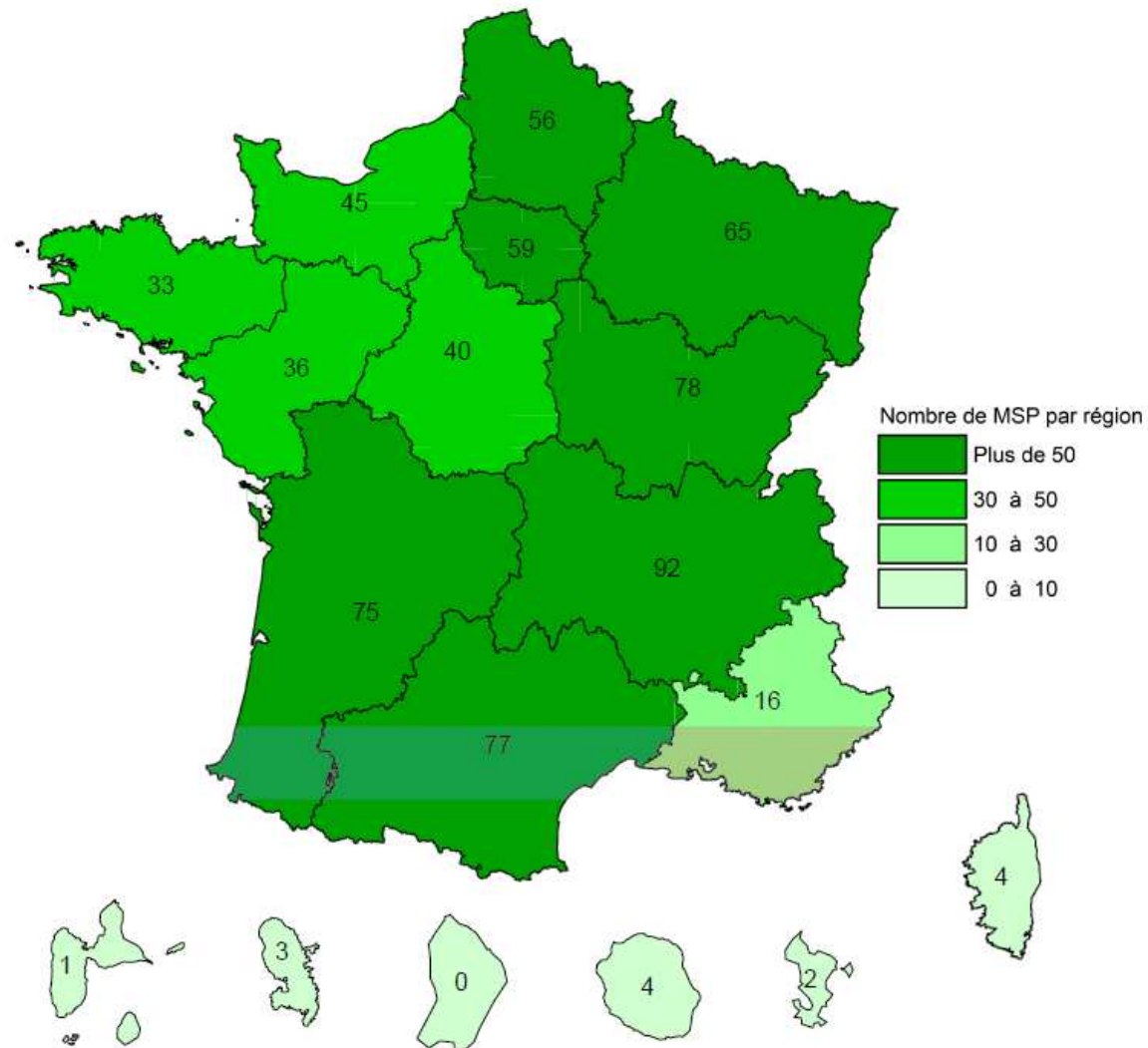
2 – Etat des adhésions au 20/11/2018

Une hausse des adhésions de + 28% (+148 MSP) par rapport au 31/12/2017 :

Région	nombre de structures adhérentes à l'ACI au :		Evolution
	31/12/2017	20/11/2018	
Auvergne-Rhône-Alpes	79	92	16%
Bourgogne-Franche-Comté	59	78	32%
Bretagne	27	33	22%
Centre-Val de Loire	36	40	11%
Corse	3	4	33%
Grand-Est	53	65	23%
Guadeloupe	-	1	-
Hauts-de-France	45	56	24%
Île-de-France	43	59	37%
La Réunion	4	4	0%
Martinique	3	3	0%
Mayotte	-	2	-
Normandie	38	45	18%
Nouvelle-Aquitaine	56	75	34%
Occitanie	55	77	40%
Pays de la Loire	27	36	33%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10	16	60%
Total	538	686	28%

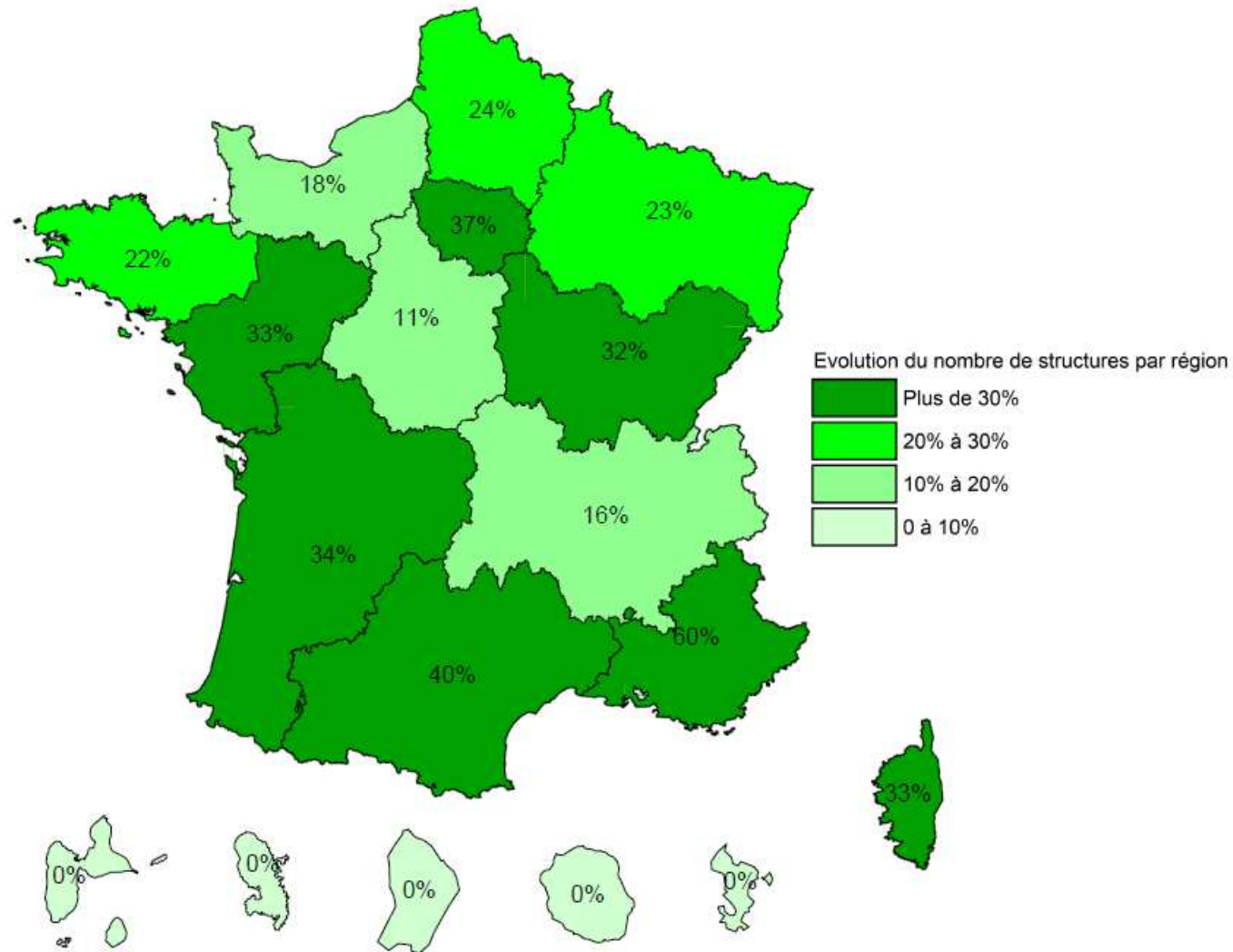
2 – Etat des adhésions au 20/11/2018

Nombre de MSP signataires de l'ACI au 20/11/2018



2 – Etat des adhésions au 20/11/2018

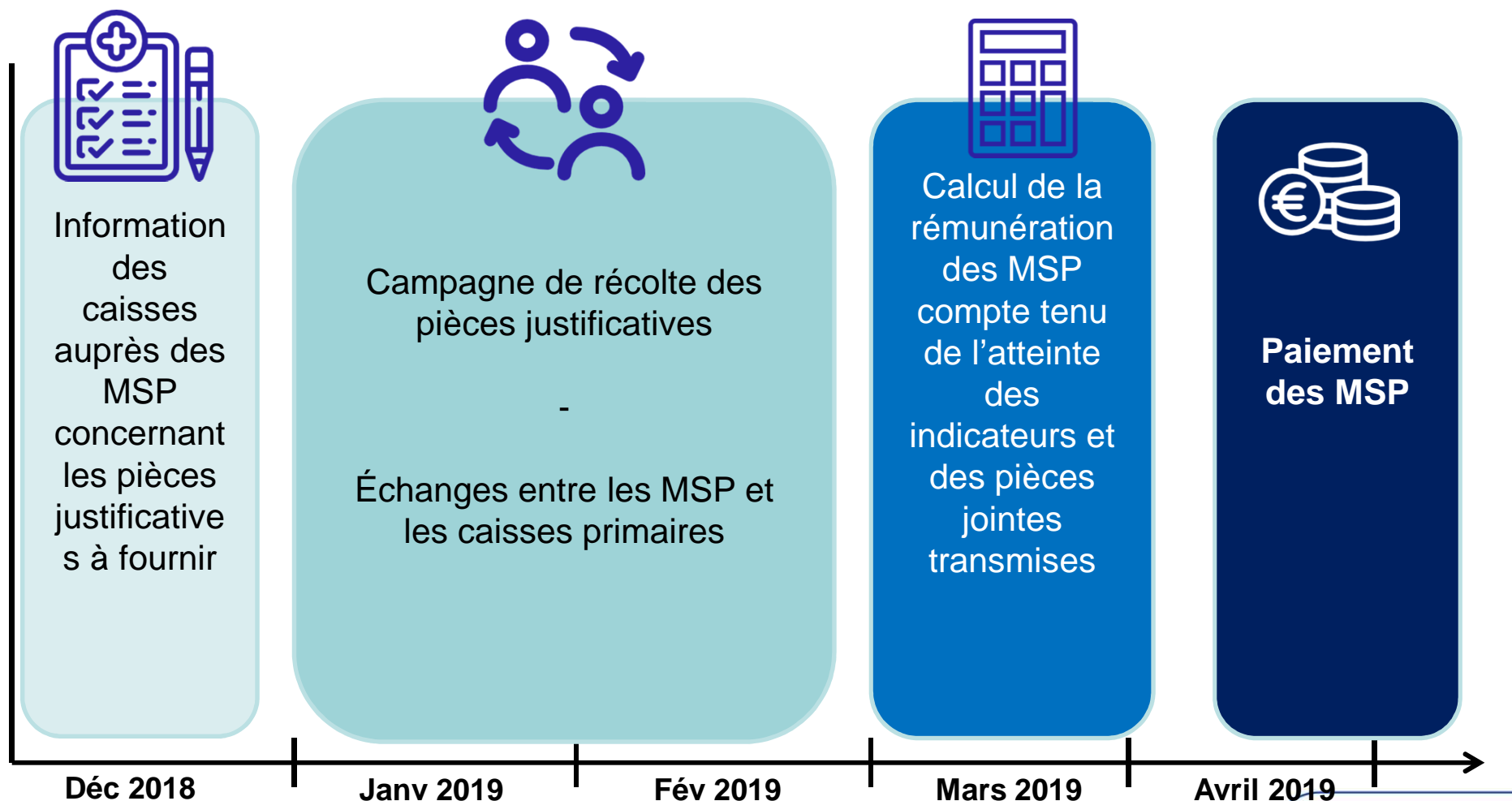
Taux d'évolution du nombre de structures entre fin 2017 et fin novembre 2018 par région



4- Préparation de la rémunération 2018 (paiement 2019)

4 – Préparation rémunération 2018

➔ Campagne de rémunération des structures au titre de l'année 2018



5- Point sur les dérogations définies dans l'ACI (date butoir prévue fin 2018)

5 – Dérogation PS Signataires du projet de santé

- L'accord prévoit une disposition spécifique pour les années 2017 et 2018 concernant la liste des PS de la structure : ***Les PS signataires du projet de santé qui exercent au moins 50% de leur activité au sein de la structure sont pris en compte à titre dérogatoire pour le calcul des indicateurs.***
- Cette disposition transitoire avait été prise compte tenu de la difficulté remontée par les membres de la section professionnelle sur le processus d'entrée et sortie des PS au sein de la SISA. La mise en place des SISA à capital variable a dû faciliter cette procédure.

5 – Dérogation PS Signataires du projet de santé

→ La fin de cette dérogation a plusieurs impacts sur le calcul de l'atteinte des indicateurs à partir de la rémunération 2019 (paiement 2020) :

1/ Seuls les médecins associés de la structure seront retenus dans le calcul de la patientèle MT de la structure

2/ Concernant les autres indicateurs faisant intervenir des associés de la structure (offre de diversité niveaux 1 et 2, et système d'information), seuls les associés de la structure seront retenus dans le calcul des indicateurs.

→ Il est à noter que si certains PS signataires du projet de santé et exerçant 50% du temps dans la structure souhaitent devenir associés (pour être pris en compte dans le calcul), **c'est la composition de la MSP au 31/12/2019 qui sera retenue pour le calcul des indicateurs.**

5 – Dérogation Patientèle enfants

- L'article 4 de l'ACI prévoit que « la patientèle de la structure 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 un des médecins salariés du centre de santé. »
- Pour 2017 (paiement en 2018) et 2018 (paiement en 2019) , l'accord prévoit une dérogation dans le calcul de la patientèle :
 - Calcul de la patientèle médecin traitant de l'enfant reposant sur le nombre d'enfants de 0 à 16 ans ayant été vus 2 fois par an par un médecin généraliste de la structure (associé ou signataire du projet de santé et exerçant au moins 50% de son activité au sein de la structure)
- **Pour 2019, la patientèle enfants sera composée des enfants ayant déclaré comme médecin traitant un des médecins associés de la structure.**
- **En juin 2018, 3,6 millions d'enfants avait un médecin traitant pour un total de 12 millions d'enfants environ**

5 – Dérogation système d'information dé-labellisé

- L'article 8.1 prévoit une dérogation pour les structures dont le SI s'est vu retirer sa labellisation. Ainsi, le déclenchement de la rémunération des structures intervient dès lors que les indicateurs socles et prérequis « Horaires d'ouverture et soins non programmés » et « Fonction de coordination » sont atteints. Cette dérogation s'applique durant l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée pour le logiciel et l'année civile suivante.
- Medistory (utilisé par 66 MSP en 2017) a été dé-labellisé en 2017, la dérogation est donc appliquée pour les années 2017 et en 2018.
- À noter que l'atteinte des indicateurs de l'ACI est évaluée au regard de leur atteinte au 31/12 de l'année considérée.
- **Si le logiciel Medistory obtient sa labellisation au cours de l'année 2019, les structures équipées au plus tard le 31/12/2019 de ce logiciel pourront bénéficier d'une rémunération au titre de l'ACI pour l'année d'exercice 2019.**
- À noter que le logiciel **Calimaps (DR Solution)** vient d'être labellisé de niveau 1 et que **Almapro** devrait être labellisé d'ici **fin d'année 2018**

6- Point d'étape sur l'évaluation en cours menée par l'IRDES du dispositif de rémunération des structures (art 12 de l'accord)

PERENNISATION DES NOUVELLES MODALITES DE REMUNERATION COLLECTIVES DES STRUCTURES DE SANTE PLURI- PROFESSIONNELLES DE PROXIMITE

Eléments issus du programme d'évaluation IRDES en cours

Equipe

Julien Mousquès et Carine Franc (Economie de la santé)

Anissa Afrite (Statistiques)

Cécile Fournier, Isabelle Bourgeois et Michel Naiditch (Sociologie et Santé publique)

Guillaume Chevillard (Géographie)

Nicolas Célant (Data management)

Enquête qualitative sur les MSP « non ACI »

Résultats provisoires, novembre 2018

Isabelle Bourgeois, Cécile Fournier et Michel Naiditch

Enquête sur les MSP non ACI : une sous-partie du volet qualitatif de la recherche

- **Enquête macro auprès de toutes les fédérations**
(juin-décembre 2017)
- **Enquête dans 3 régions :**
 - Macro : Institutions engagées dans l'accompagnement à l'exercice regroupé : ARS, CPAM, URPS, fédération des MSP, Conseil régional, etc. (avril -décembre 2017)
 - Micro : les équipes de 12 MSP + certains de leurs partenaires (2 visites entre avril 2017 et juin 2019)
- **Enquête micro auprès de 34 MSP « hors ACI »** (juin-octobre 2018)

Contexte

- **MSP « hors ACI »** = MSP labellisée par une ARS et non signataire de l'ACI au moment de l'enquête (juin à octobre 2018)
- Un pourcentage en évolution
- Des disparités régionales

Objectif de l'enquête / hypothèses de travail

- **Objectif initial** : comprendre ce qui conduit des équipes de MSP labellisées à ne pas signer l'ACI
- **Hypothèses de travail** :
 - Les MSP ne contractualisant pas ne sont pas (ou peu) différentes de celles qui contractualisent, du point de vue de la construction du travail pluriprofessionnel
 - La partition ACI / non ACI est évolutive
- **D'où un déplacement de la question** :
d'une interrogation sur les **raisons de non contractualisation**
vers une étude du **processus de contractualisation**

Objectif de l'enquête

d'une interrogation sur les raisons de non contractualisation
vers une étude du processus de contractualisation

→ Etudier un processus longitudinal permet de « voir » :

- un projet émerger, se construire, et se mettre en œuvre (3 étapes)
- un écosystème se mettre en place autour de la MSP (relations avec élus, ARS, CPAM, fédérations, URPS...)

... et donc de comprendre :

- Les enjeux de la construction d'une dynamique collective
- Le rôle des nouveaux partenaires dans ce processus
- Les freins, tensions et blocages aux différentes étapes

Stratégie de recueil et d'analyse des données

1. Enquête auprès de professionnels impliqués dans des projets de MSP non signataires de l'ACI :
 - Identification difficile malgré l'aide reçue
 - saturation empirique/théorique, épuisement des contacts
 2. Enquête par questionnaire auprès des MSP adhérentes à la FEMASIF
 3. Recueil d'avis complémentaires de personnes en situation de soutien à l'exercice regroupé en MSP :
 - membres de la FFMPS et de certaines fédérations régionales :
 - 3 entretiens en face à face + divers échanges
 - tous les acteurs des 3 régions sélectionnées pour l'enquête plus large, 21 entretiens en face à face ou au téléphone
- Analyse à 3 chercheurs, enrichie par échanges avec FFMPS et CPN ACI

Echantillon des MSP non ACI (volets 1 et 2)

- **Constitution d'une liste de MSP non ACI** via :
 - les fédérations : responsables des bureaux et des salariés (sollicitation par questionnaire +/- par mail et téléphone)
 - les ARS (DT) et les URPS
 - les professionnels des MSP visitées (MSP environnantes)
 - des membres du CPN de suivi de l'ACI
 - un bureau d'étude en santé publique (cadre : équipes accompagnées dans l'élaboration de leur projet de santé)
 - autres contacts
 - sollicitées par mail ou téléphone
(selon coordonnées disponibles)
- **Enquête de la FEMASIF par questionnaire** (google form) auprès de 145 MSP identifiées « non ACI » (fichier ARS)

MSP répondantes

- 77 MSP non ACI suggérées (dans 10 régions)
 - 68 avec coordonnées mail ou tel et une recommandation (permettant de passer la barrière du secrétariat)
 - 28 non réponses au bout de 3 contacts,
 - 40 1er contact mail ou tel
 - 7 « faux positifs » éliminés (ACI signé en 2017 ou 2018)
 - 33 MSP présumées non ACI : 18 entretiens téléphoniques réalisés + 5 réponses mail + 10 MSP accompagnées
 - Durées d'entretien : 20 mn à 2h
 - Interlocuteurs : un point de vue par MSP, souvent médecin, parfois infirmière, pharmacien, coordinatrice (1 fois 2 interlocuteurs de la même MSP)
 - + 2 MSP en IDF (réponse à un court questionnaire en ligne) :
 - 1 « faux positif » (candidature ACI en juin 2018)
 - 1 « non ACI »
- 34 MSP « non ACI »

Des MSP issues d'une variété de régions (10/13 régions métropolitaines)

Région	Nb de MSP sollicitées	Faux-positifs (ACI signé)	NB de MSP répondantes
Hauts de France	21	3	9
Normandie	8		5
Pays de la Loire	5		2
Grand Est	13	3	5
Auvergne-Rhône-Alpes	7		5
Occitanie	3		2
Ile de France	3 (+ 145)	1	1 (+1)
Bourgogne	1		1
Nouvelle Aquitaine	4		2
Bretagne	3		1
Total	68	7	34

Résultats : des étapes dans le processus de contractualisation

- Emergence d'un projet collectif
- Elaboration d'un projet collectif
- Mise en œuvre d'un projet ou d'actions pluri professionnelles

Résultats : des étapes dans le processus de contractualisation

- **Emergence d'un projet collectif**
 - Impulsé par des professionnels de santé, des élus ou les 2
 - Motivations initiales qui peuvent se combiner, par ex. :
 - Immobilières
 - Démographiques
 - Des professionnels de santé ont pensé leur installation d'emblée sur une démarche pluriprofessionnelle
 - ...
 - **ACI pensé dès le démarrage ... ou pas**
- En jeu :
- les trajectoires individuelles,
 - les manières de penser le projet,
 - l'expérience de chacun et l'influence de réseaux d'appartenance

Résultats : des étapes dans le processus de contractualisation

- **Elaboration d'un projet collectif**
 - Double projet (souvent) : immobilier et/ou un projet de santé
 - 1ers partenariats : élus, ARS (souvent), fédérations (parfois)
 - **ACI envisagé directement après la labellisation, ou dans un second temps**
- En jeu :
 - Le degré d'autonomie des professionnels de santé de l'élaboration de leur(s) projet(s)
 - La capacité des nouveaux partenaires à se comprendre et dialoguer
 - Et toujours... les manières de penser le projet

Résultats : des étapes dans le processus de contractualisation

- **Mise en œuvre d'un projet ou d'actions pluri-professionnelles**
 - Actions possibles sans avoir un projet formalisé
 - Actions « faisant » rapidement un projet de santé : Asalée, ETP
 - Labellisation ARS : étape qui ouvre certaines aides (FIR prévention, SI...) et des possibilités de mise en œuvre d'actions formalisées
- En jeu :
 - Rapport au pluri professionnel : des professionnels qui ont plus ou moins intégré le besoin et l'envie de travailler ensemble
 - Rapport à la logique gestionnaire : des professionnels qui ont plus ou moins accepté/intégré cette logique dans la vie du projet
- L'entrée dans l'ACI est une « mise à l'épreuve » individuelle et collective du projet. C'est aussi un processus.

Sur le chemin menant au travail pluri professionnel, une voie possible vers l'ACI... et différentes situations observées

- Des équipes ne souhaitant pas s'engager dans cette voie
 - Par principe, ou refus d'un formalisme « bureaucratique » vécu comme inutile
- Des équipes qui hésitent ou prennent leur temps
 - Par crainte de bouleverser un équilibre / pour protéger une dynamique en construction
- Des équipes qui s'y engagent, mais rencontrent des freins
 - Freinées par différents types de difficultés (cf. diapos suivantes)
 - Par méconnaissance, embarquées dans un processus qu'elles ne comprennent pas => découvrent la logique gestionnaire en chemin
- Des équipes bloquées dans cette voie
 - Par des obstacles indépassables rencontrés dans le processus
- Des équipes ayant achevé la contractualisation
(Signature réalisée ou prévue dans un proche avenir)

Des freins ou facteurs de fragilité, pouvant se conjuguer, et jouant à différentes étapes

- Liés à la dynamique professionnelle
- Liés à l' « écosystème » / aux partenariats
 - Élus, ARS, fédérations, URPS...
 - CPAM

Des freins ou facteurs de fragilité liés à la dynamique professionnelle

- Portage par un professionnel seul, ou par un noyau dur mais le reste de l'équipe ne suit pas (ou pression par un leader ou des élus, mais pas de co-portage du projet)
- Médecins pas impliqués, pas assez nombreux, pas d'accord entre eux, ou pas soutenus par le collectif
- Paramédicaux pas assez soutenus par des médecins et par le collectif
- Professionnels attachés à leur fonctionnement traditionnel
- Equipe dont le périmètre se modifie : départs, arrivées...
- Pluriprofessionnalité "a minima" qui leur semble suffisante
- Manque d'information sur ce que peut être un fonctionnement pluriprofessionnel et les ressources disponibles ; absence d'aide par le réseau professionnel

Des freins liés à l' « écosystème » / partenariats

- **Élus** : « incompréhension » mutuelle → pas d'aide, ou retard du projet immobilier → démobilisation
- **ARS** :
 - manque de soutien initial à des professionnels qui se sentaient prêts
 - soutien proposé ne correspondant pas aux besoins perçus
 - ou au contraire labellisation de projets « pas mûrs », ou trop gros, dont l'équipe ne s'empare pas
- **Fédération** : non connue
- **URPS** : non connue, ou perçue comme dirigiste
- **CPAM/ACI** : des critères bloquants : 1 seul médecin, SI partagé jugé inadapté, ...
- **Entre ces différentes institutions** : Pas d'articulation, d'approches ou d'outils communs dans le soutien apporté aux MSP

Quelques paradoxes

- Certaines équipes, entrées rapidement dans les ENMR, n'ont pas « supporté » le passage au RA
 - certaines n'ont pas développé de pratiques collectives
 - d'autres paient les « pots cassés » de l'expérimentation (incertitude, retards de paiement, durcissement des comptes à rendre...)
- Certaines équipes fonctionnent de façon collective et pluriprofessionnelle, et :
 - ne voient pas d'intérêt à l'ACI
 - ont peur des effets potentiellement délétères de l'ACI sur une dynamique d'équipe déjà présente, informelle et non rémunérée → elles temporisent l'entrée dans l'ACI pour construire en priorité un collectif solide et s'assurer que tous les membres de l'équipe sont prêts

Des tensions/difficultés traversent tous les projets

- Liées à des apprentissages pour les professionnels :
 - du travail collectif et de la démarche de projet :
 - Mettre en place des pratiques pluriprofessionnelles
 - Élaborer une gouvernance interne
 - Monter des dossiers, anticiper des délais, suivre, évaluer...
 - de la construction de partenariats :
 - Négocier et recevoir des financements → rendre des comptes
 - Comprendre les contraintes des partenaires → accepter une temporalité différente
 - de l'appropriation de certains instruments
 - Sisa
 - Système d'information
- Liées à des apprentissages pour les institutions qui accompagnent les équipes :
 - des besoins des équipes liées au choc culturel qu'elles traversent
 - d'un rôle à construire
 - des ressources mobilisables
 - des partenariats à construire entre institutions

→ Selon vécu (collectif) de ces apprentissages → arbitrage vers ACI ou non

Conclusion / discussion

- La contractualisation ne représente qu'une partie de la construction du travail en équipe (les financements ne créent pas un projet, mais révèlent ou rendent possible l'expression d'une dynamique en puissance ou déjà en place)
- Les MSP qui signent l'ACI ou ne le signent pas sont peu différentes dans la construction de la pluriprofessionnalité, sauf peut-être dans la conceptualisation de la coordination
- Les financements agissent positivement ou négativement selon l'équipe et son environnement
- Parmi les obstacles à la contractualisation : certains sont dépassables dans le contexte actuel, d'autres non
- Il y a un rôle important à jouer pour les institutions accompagnatrices et régulatrices

7- Questions diverses

7- Questions diverses :

- Mise en œuvre de l'avenant 6 – acte de télémedecine

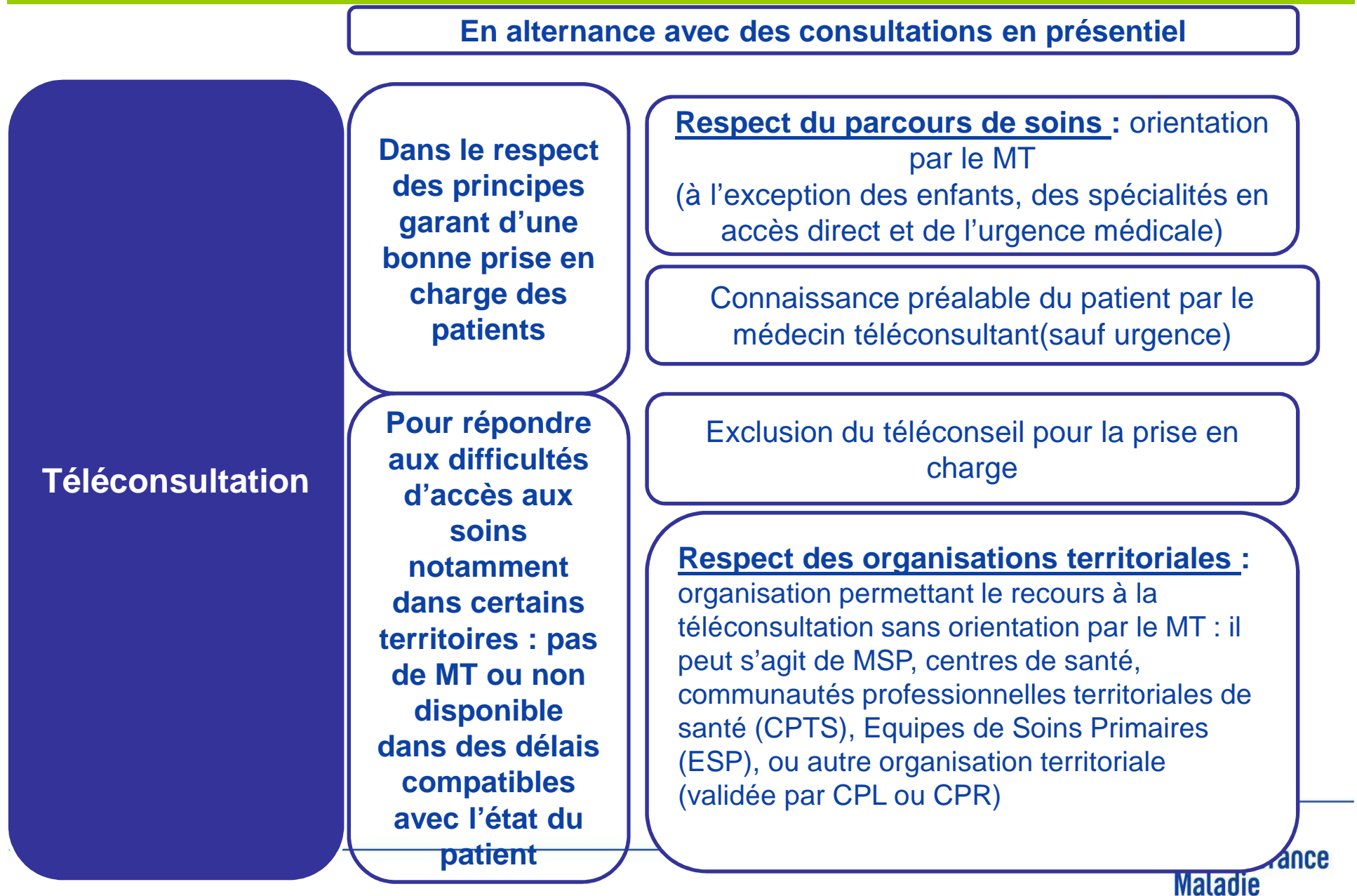
- **14 juin 2018 : Signature de l'avenant 6 à la convention médicale, par l'UNCAM et par les cinq syndicats représentatifs des médecins libéraux en juin 2018 : MG France, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML), la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), la Fédération des Médecins de France (FMF) et Le Bloc**

- **10 août 2018 : Publication de l'avenant 6 au Journal Officiel**

- **Un sixième avenant à la convention médicale, permettant d'accélérer le déploiement de la télémédecine en France, par l'inscription dans le droit commun:**
 - de la tarification des **actes de téléconsultation**
(consultation à distance médecin patient)
→ entrée en vigueur au **15/09/18**

 - de la tarification des **actes de téléexpertise**
(expertise médicale entre deux médecins – toujours hors présence du patient)
→ entrée en vigueur au **10/02/19**

2. Les grands principes encadrant la téléconsultation



➤ **Les organisations territoriales : une exception au respect du parcours de soins et à la connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant**

○ **C'est quoi ?**

Une organisation collective de soins faisant appel à des médecins volontaires d'un territoire donné. Ce territoire peut avoir une taille plus ou moins importante selon le type d'organisations mise en place (communal, départemental, régional). L'organisation peut également inclure d'autres professionnels de santé (exemple : infirmier assistant les patients dans le cadre d'actes de téléconsultation).

○ **Pour quoi ?**

Pour apporter, une réponse de proximité aux besoins des patients qui n'ont pas accès au médecin traitant afin de leur permettre :

- d'être pris en charge rapidement,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation,
- de réintégrer à terme le patient dans le parcours de soins (objectif final)

○ **Pour qui ?**

- Pour les patient ne disposant pas d'un médecin traitant
- Pour les patients dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec leur état de santé
- Pour les situations d'urgences médicales (art R. 160-6 du code de la sécurité sociale)

➤ Il existe deux typologies d'organisations territoriales

- les organisations territoriales portées par des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), des Centres de Santé (CDS), des Equipes de Soins Primaires (ESP) et des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
 - ➔ pas de validation en CPL ou CPR médecins
 - ➔ Il s'agit en effet d'entités implantées sur un territoire donné (donc « en proximité » des patients), qui ont défini un projet de santé répondant aux besoins du territoire (projet validé par l'ARS) et s'appuyant sur des professionnels de santé installés sur ledit territoire.
- les organisations territoriales portées dans un autre cadre
 - ➔ validation en CPL si champ d'intervention de l'OT départemental
 - ➔ validation en CPR si champ d'intervention de l'OT régional

➤ Mise en place d'une identification des organisations territoriales, sur l'ensemble du territoire, permettant l'élaboration d'un référencement national.

Nécessité de pouvoir élaborer une liste exhaustive des OT, les rendant facilement identifiables par les patients, par les professionnels de santé et par les institutions (Assurance maladie, ARS...) d'un même territoire.

En pratique : chaque organisation territoriale répondant aux conditions définies conventionnellement, qu'elle ait ou non fait l'objet d'une validation par les instances paritaires conventionnelles médecins est référencée par la caisse pour permettre un communication vers les patients et les autres professionnels de santé.

Des informations vont être diffusées prochainement visant à préciser cette procédure d'enregistrement et d'identification.

Différents supports de communication visant à accompagner les médecins et les assurés ont été réalisés par l'Assurance Maladie

➤ **Dossiers de presse :**

- « Coup d'envoi de la télémédecine en France » – publié le 12 juin 2018
- « Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 » - publié le 12 septembre 2018

➤ **Circulaire (CIR-21-2018) présentant le contenu de l'avenant 6 relatif aux actes de téléconsultation et de téléexpertise, publiée le 14 novembre 2018 :**

- 1 fiche présentant les modalités pratiques de la téléconsultation
- 1 fiche présentant les modalités pratiques de la téléexpertise
- 1 fiche présentant les modalités de facturation par les établissements de santé

Accessible depuis le site Ameli :

<https://www.ameli.fr/paris/medecin/textes-reference/convention/2016/2016>

Deux nouvelles rubriques « Télémédecine » sur Ameli.fr :

- 1 rubrique côté médecins
- 1 rubrique côté assurés

7- Questions diverses :

- Etude en cours de l'ASIP sur les besoins des autres professions que les médecins

Etude ASIP logiciels utilisation paramédicaux

- **Le bilan des visites en maison de santé ou en centre de santé réalisées pour chacune des solutions labellisées ainsi que les remontées de la FFMPs ou de la FNCS ont montré que les maisons de santé sont équipées de la solution pluri-pro et d'une ou plusieurs solutions dédiées à la facturation des paramédicaux ce qui limite l'usage de la solution pluri-professionnelle par ces professionnels de santé.**
- **L'objectif de l'étude est d'identifier les besoins des paramédicaux en termes de SI et les impacts sur le référentiel fonctionnel V2 et les modalités de vérification de ces exigences fonctionnelles.**
- **La démarche d'étude de l'ASIP à consister à interviewer :**
 - des paramédicaux dans différentes maisons de santé en France : infirmiers (11 personnes), masseur-kinésithérapeute, sage-femme, pédicure-podologue
 - exerçant dans 4 Maisons de Santé
 - sur les thématiques suivantes : organisation de l'activité des paramédicaux dans la MSP et hors MSP, les étapes des actes des paramédicaux, alimentation et consultation du dossier patient, les règles de facturation, la mobilité et la gestion des tournées, la reprise de données.
 - Sur la base des ces interviews, l'ASIP Santé est en train d'identifier les impacts sur le référentiel fonctionnel (nouvelles exigences,...).

7- Questions diverses :

- Présentation études thèmes protocoles pluri-professionnels

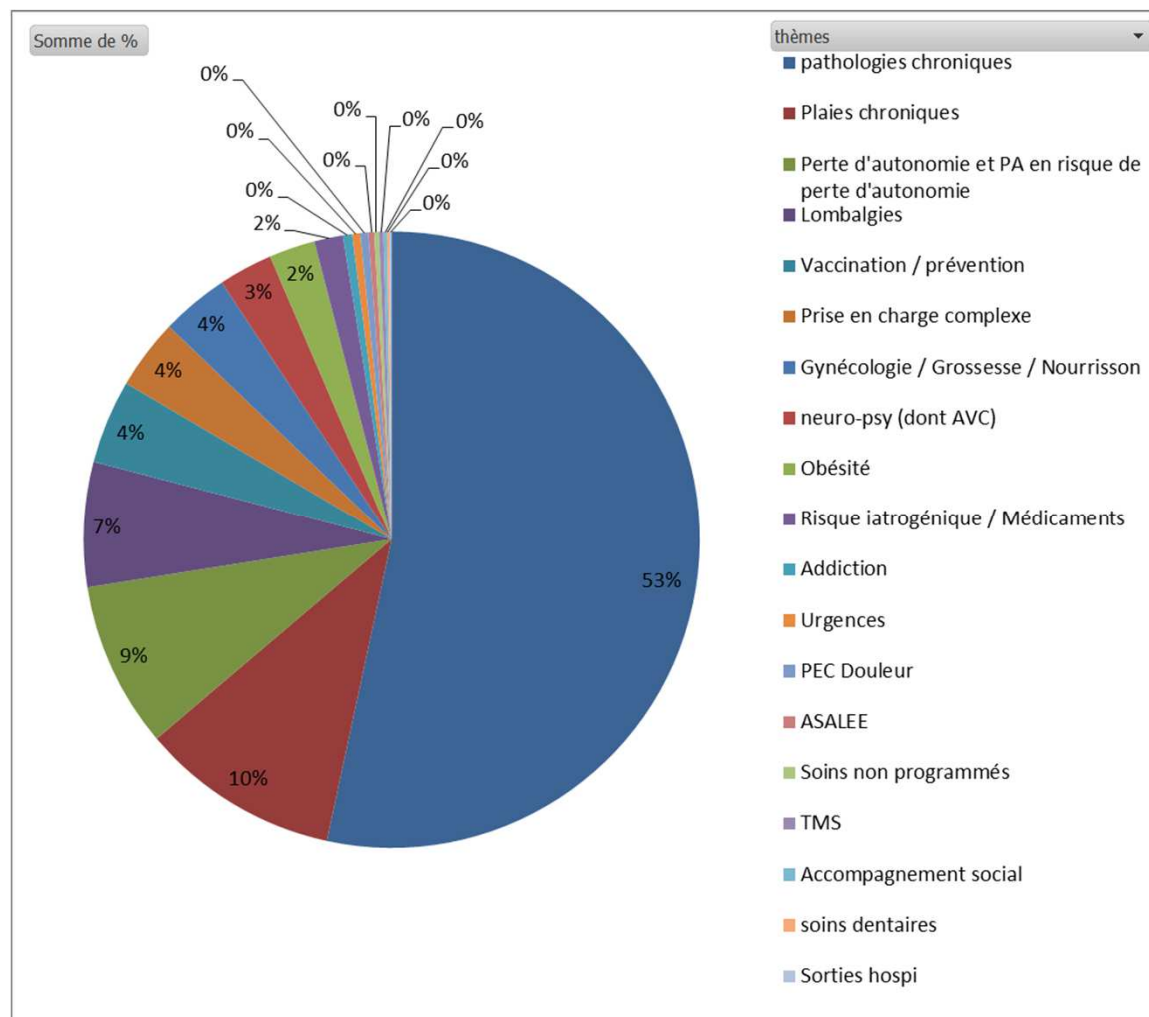
Focus indicateur « protocoles pluri-professionnels »

❖ Indicateur Protocoles pluri-professionnels

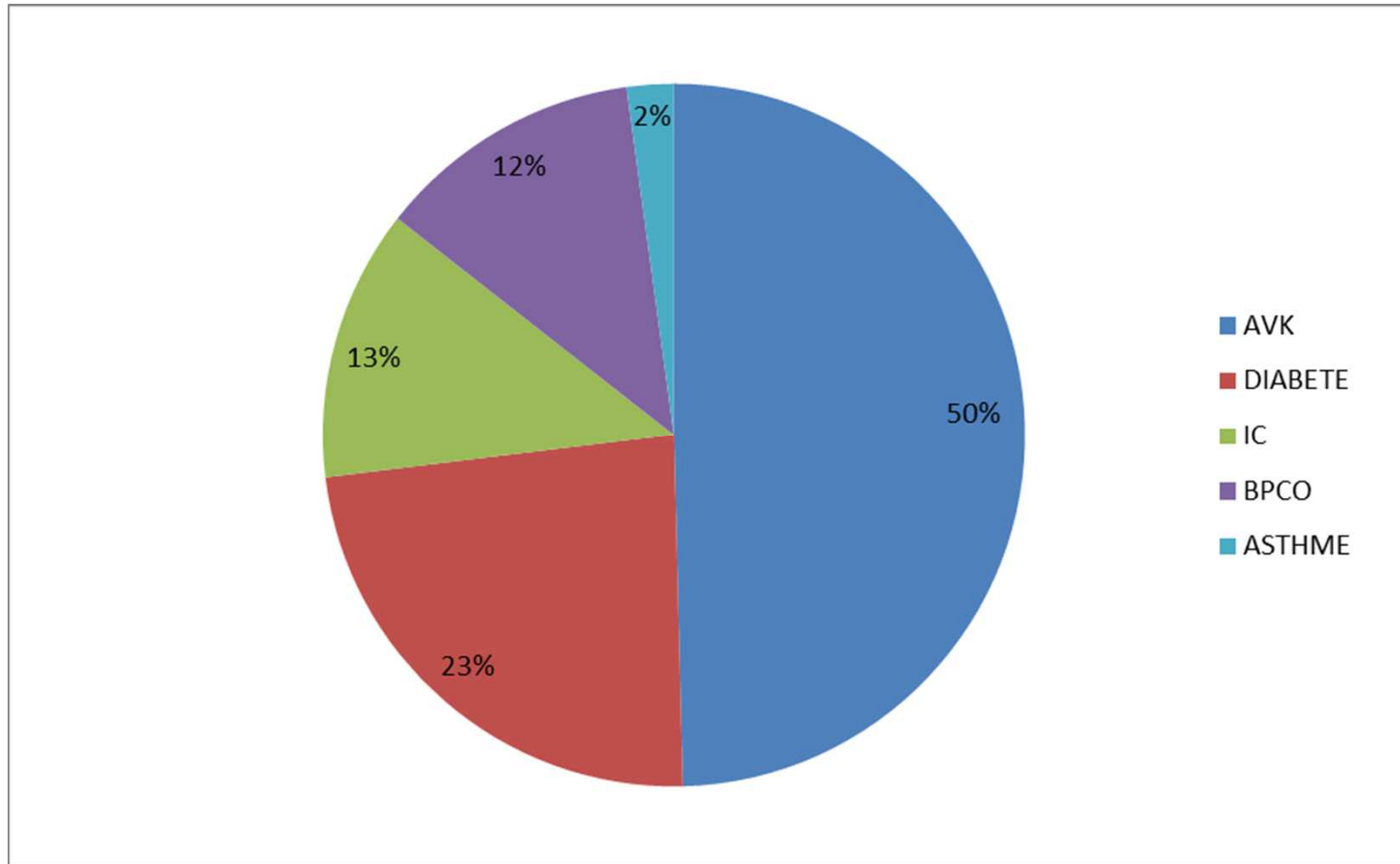
- **95%** des MSP ont réalisé **au moins un protocole pluri-professionnel**.
- Environ **1770 protocoles** ont été rédigés et ont donné droit à rémunération.
- **En moyenne**, une MSP dispose de **3,5 protocoles** validés.
- L'ACI permet désormais de valoriser jusqu'à 8 protocoles par MSP (VS 5 dans le RA). **95 MSP** (18% de l'ensemble) ont réalisé **plus de 5 protocoles**

Répartition des protocoles par grandes thématiques

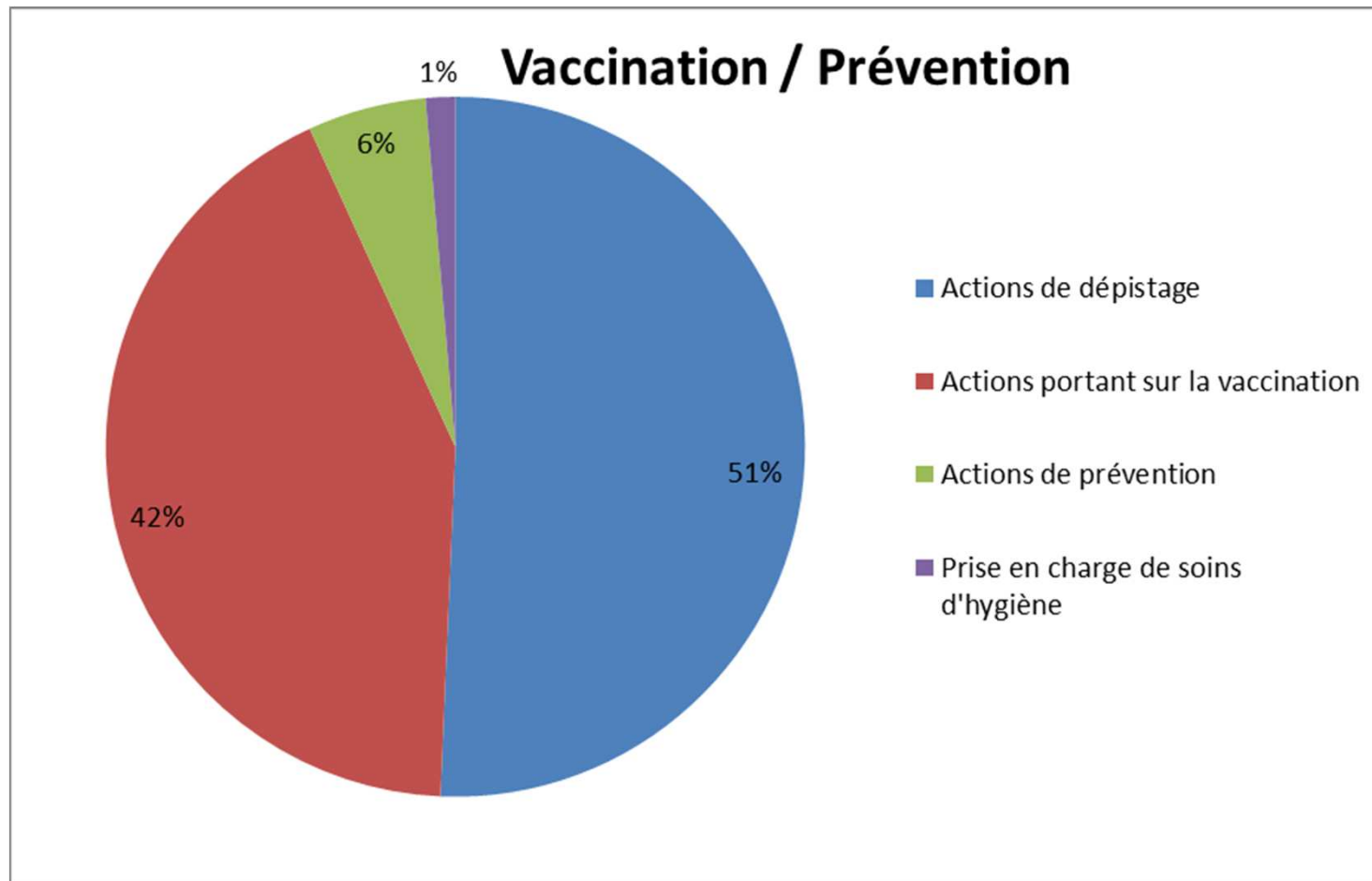
Thématiques	%
Pathologies chroniques	53%
Plaies chroniques	10%
Perte d'autonomie et PA en risque de perte d'autonomie	9%
Lombalgies	7%
Vaccination / prévention	4%
Prise en charge complexe	4%
Gynécologie / Grossesse / Nourrisson	4%
Neuro-psy (dont AVC)	3%
Obésité	2%
Risque iatrogénique / Médicaments	2%
Addiction	0%
Urgences	0%
PEC Douleur	0%
ASALEE	0%
Soins non programmés	0%
TMS	0%
Accompagnement social	0%
Soins dentaires	0%
Sorties hospi	0%



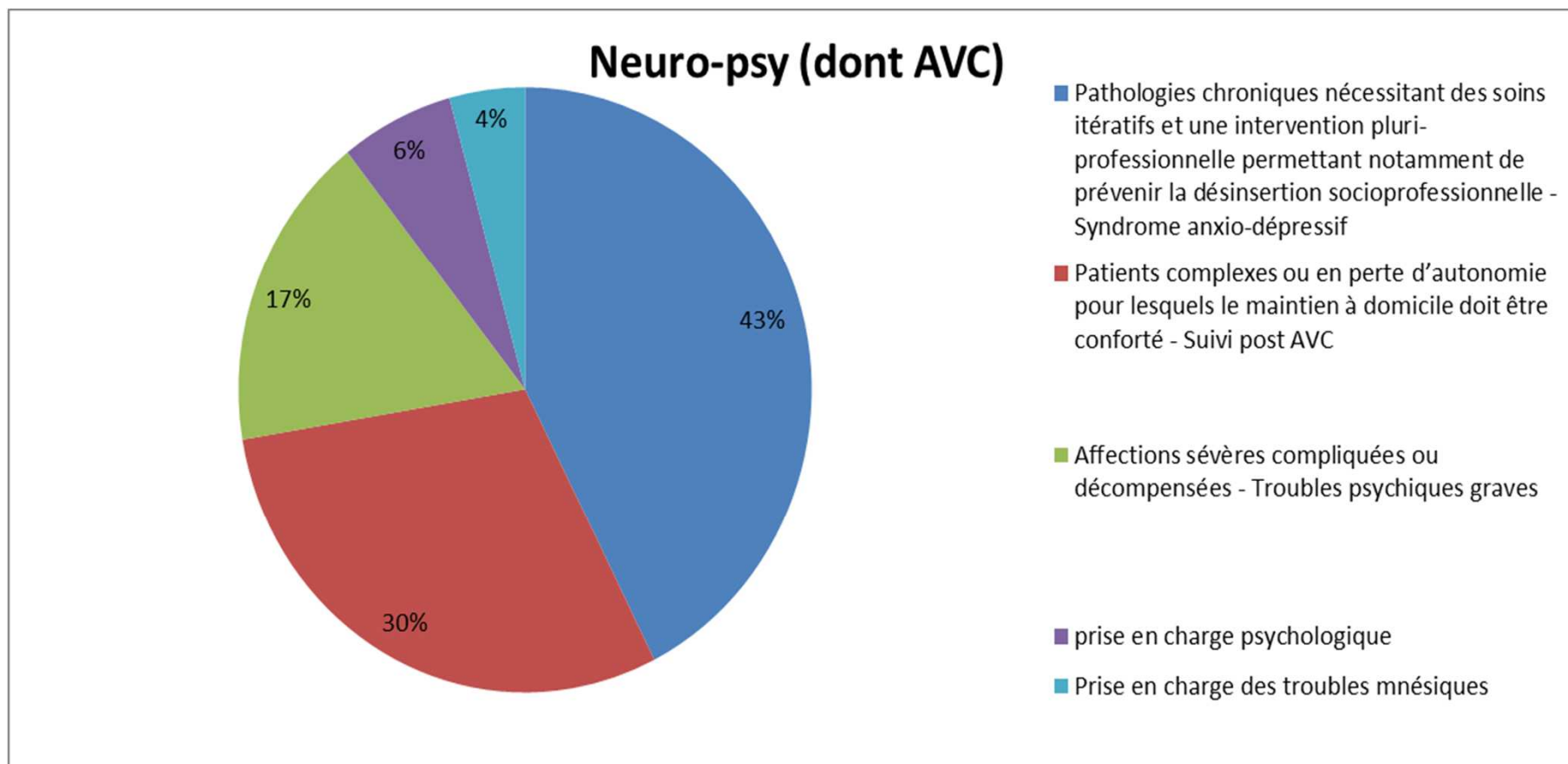
Répartition de la thématique « pathologies chroniques »



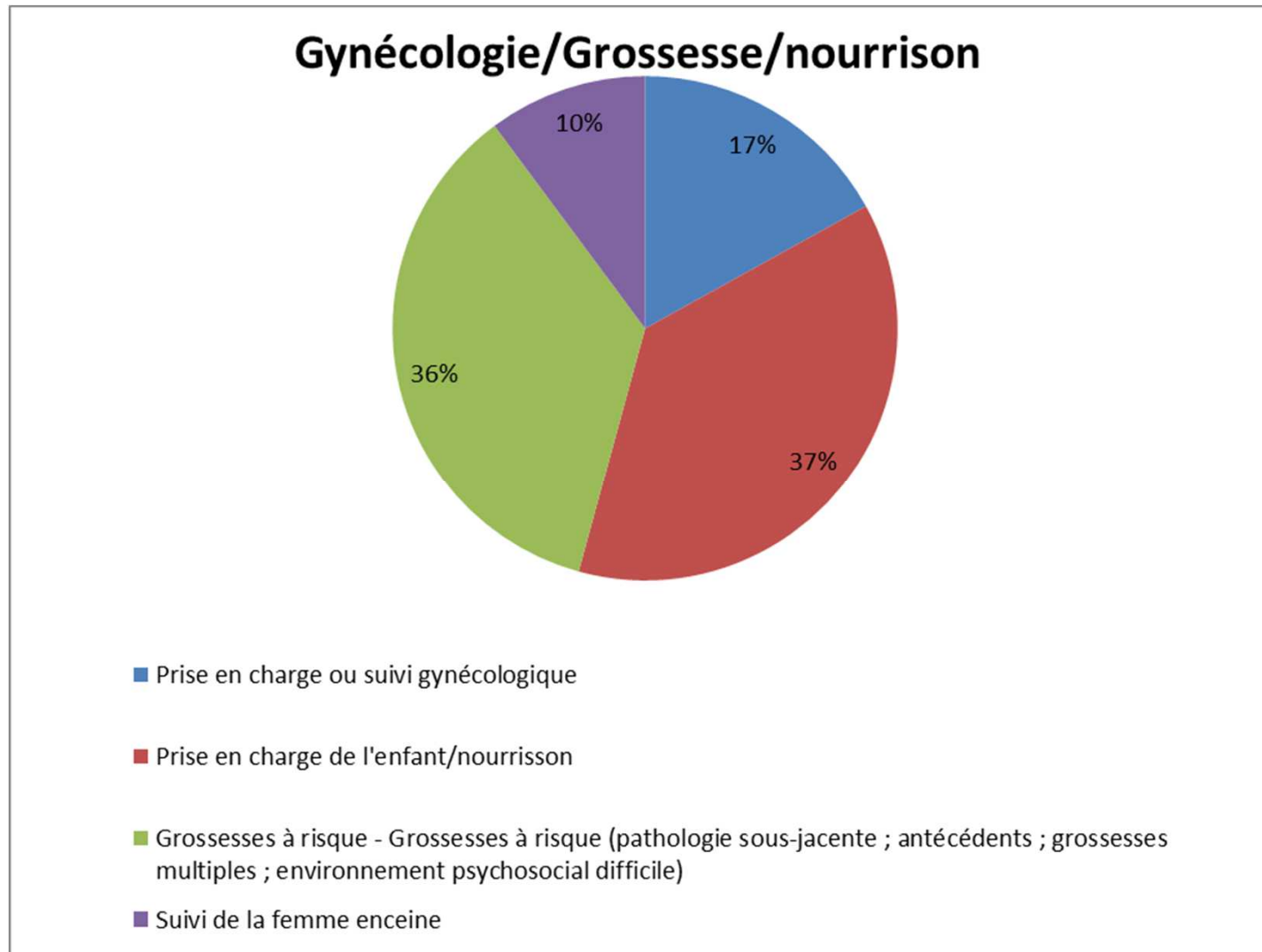
Répartition de la thématique « Vaccination/prévention »



Répartition de la thématique « Neuro-psy »



Répartition de la thématique « Gynécologie / Grossesse / nourrisson »



7- Questions diverses

Point d'étape sur l'expérimentation en cours au sein de quelques MSP quant à la mise à disposition d'assistantes sociales de l'AM

Expérimentation service social AM

- **Lancement d'une expérimentation visant à proposer à des MSP volontaires de pouvoir bénéficier du service social de l'Assurance Maladie.**
- **Avantages pour les MSP :**
 - Meilleur accès aux droits ou aide sur certaines prestations pour le patient.
 - Concentration de l'équipe de soins sur la pratique médicale
 - Informations à caractère psycho-social qui sont plus facilement confiées aux assistants du service social par les patients, plutôt qu'aux médecins ou autres professionnels de santé, et qui peuvent avoir des impacts sur la prise en charge médicale. Après échanges entre les assistantes sociales et les professionnels de la structure, notamment médecins, la prise en charge de ces patients peut être améliorée.
- **Choix des MSP expérimentation vague 1:**
 - 6 MSP réparties dans 3 départements (Paris, Doubs, Loire-Atlantique) :**
 - Des structures dans des quartiers favorisés et défavorisés
 - Des tailles différentes (de 7 à + de 20 PS)

Expérimentation Service social AM

→ Modalités d'intervention :

- Les assistants du service social interviennent au sein des MSP et prennent en charge des patients au titre de/du :
 - ✓ la prévention du renoncement aux soins,
 - ✓ la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) en raison d'un problème de santé/handicap,
 - ✓ retour et maintien à domicile après une hospitalisation,
 - ✓ maintien au domicile en raison de l'avancée en âge ou d'un handicap.
- En fonction de la situation de l'assuré, un contact avec le service médical ou / et la CPAM est mis en œuvre par l'assistant de service social.
- Les assistants du service social peuvent accompagner de manière transverse :
 - ✓ des personnes souffrant de pathologies, non psychiatriques, lourdes et invalidantes,
 - ✓ des personnes ayant un rôle d'aidant familial
- Ce travail d'équipe inclut des temps de concertation avec les professionnels de santé afin de partager certaines informations permettant une amélioration de la situation du patient.

Expérimentation Service social AM

→ Premiers retours d'expérience:

- Expérience largement positive
- Près de 300 entretiens ont été réalisés depuis janvier 2018
- Suivi des patients ayant des problématiques notamment liées au retour à l'emploi (patients en arrêt maladie de long court) et l'accès aux droits
- Des organisations disparates : des places de réception hebdomadaires pour certaines MSP, des temps de réception hors MSP pour d'autres.
- Quelques difficultés d'organisation (locaux, roulement d'assistants du service social pour parvenir à maintenir la permanence)

→ Prochaines étapes :

- Etude d'impact par questionnaire à destination des PS et des assurés
- Deuxième vague d'expérimentation dans 3 régions : Hauts de France, Midi-Pyrénées, Normandie dans 6 MSP.

7- Questions diverses :

- Point sur les projets de supports d'accompagnement des MSP

Besoin d'accompagnement spécifique des MSP

- Jusqu'à présent l'Assurance Maladie avait essentiellement un accompagnement **individuel** des PS quel que soit leur mode d'exercice.
- Les modes d'organisation des PS et notamment ceux exerçant au sein des MSP évoluent et suscitent des **besoins d'accompagnement plus collectifs** .
- Les PS faisant le choix d'un exercice en MSP ont besoin d'une **vision globale de la patientèle** de la structure au-delà du seul retour sur la prise en charge individuelle qu'ils peuvent avoir des patients qu'ils suivent.

***Exemple** : nécessité d'une vision globale du profil et des soins de la patientèle diabétique intégrant le suivi du médecin, de l'infirmière, du pédicure podologue ...*

Besoin d'accompagnement spécifique des MSP

→ **Pour aider les caisses du réseau AM à répondre à cet enjeu :**

→ **Des outils personnalisés d'accompagnement des MSP** pour répondre au mieux à leurs besoins, en voie de finalisation (diffusion début 2019), développés par un groupe de travail constitué de la CPAM du Haut-Rhin, la CPAM de Loire Atlantique, la CPAM de Seine et Marne, la CPAM de la Manche, la DCGDR IDF, la DCGDR Normandie, la DCGDR AURA, la DRSM IDF, l'ELSM de Seine et Marne, et de la caisse nationale.

→ **Une professionnalisation du réseau AM à poursuivre** : référent MSP et formation spécifique à l'accompagnement de l'exercice coordonné auprès des DAM (module de formation en cours de construction).

Boite à outils pour une visite type auprès des structures

→ Des outils pour orienter les visites réalisées par les référents MSP/DAM/PC :

- Trame de questionnaire utilisée en tant qu'outil de conduite d'entretien avec les MSP
 - Objectif → recenser les besoins en accompagnement des MSP

- Maquette synthétique utilisée comme compte-rendu d'entretien
 - Objectif → suivre les actions prévues collégialement avec les équipes des MSP

Boîte à outils pour une visite type auprès des structures

1^{ère} visite – MSP ex RA

Plan de découverte

Phase 1 : Parlez-moi de votre maison de santé pluriprofessionnelle

Comprendre l'environnement¹ de la MSP

Pouvez-vous me décrire votre maison de santé pluriprofessionnelle ? (question d'accroche)

1.1. Composition de l'équipe

Objectif : Attirer de nouveaux PS sur le territoire

- o Quelles catégories de PS est présentes ?
 - Pour quelle raison, choix ou opportunités ?
 - Le recrutement au sein de la MSP est-il plutôt aisé ?
 - Accueillez-vous des étudiants ? Combien par an ?

- o La MSP est-elle concentrée ou dispersée sur le territoire ? Pourquoi ?

- o L'équipe a-t-elle changé depuis sa création ? Changement en nombre et en spécialité

- o Cherchez-vous à agrandir la structure ? Avez-vous identifié des PS pouvant rejoindre la structure ?

- o Travaillez-vous avec des structures extérieures ? Établissement sanitaire et médico-sociaux ? Si oui, comment se passe la coopération ?

Questions supplémentaires

Boîte à outils pour une visite type auprès des structures

➤ 2 types de visites peuvent être réalisées :

- ❑ 1 pour la prise de connaissance, pour connaître la structure et évaluer les besoins en accompagnement de la structure (visite inaugurale) :
 - Remise d'un profil patientèle : Présentation de « données générales » sur la structure : comparaison avec le département, données de prévention intégrant **l'ensemble des patients médecin traitant de la structure**

Boîte à outils pour une visite type auprès des structures



PROFIL PATIENTELE MSP

Clisson

Période étudiée : janvier-décembre 2017

Commune d'implantation

Clisson

Territoire EPCI

CA Clisson Sèvre et Maine

Professionnels de santé dans la structure

33

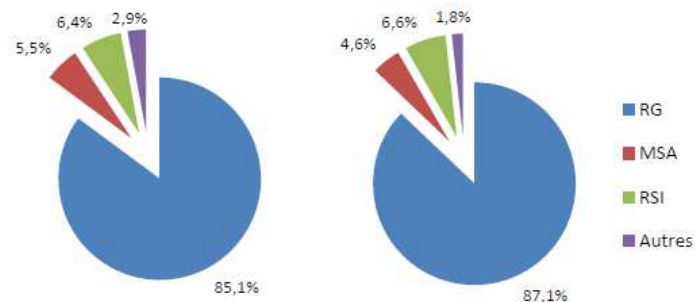
dont Médecin généraliste

8

Patientèle des Médecins généralistes

Votre MSP

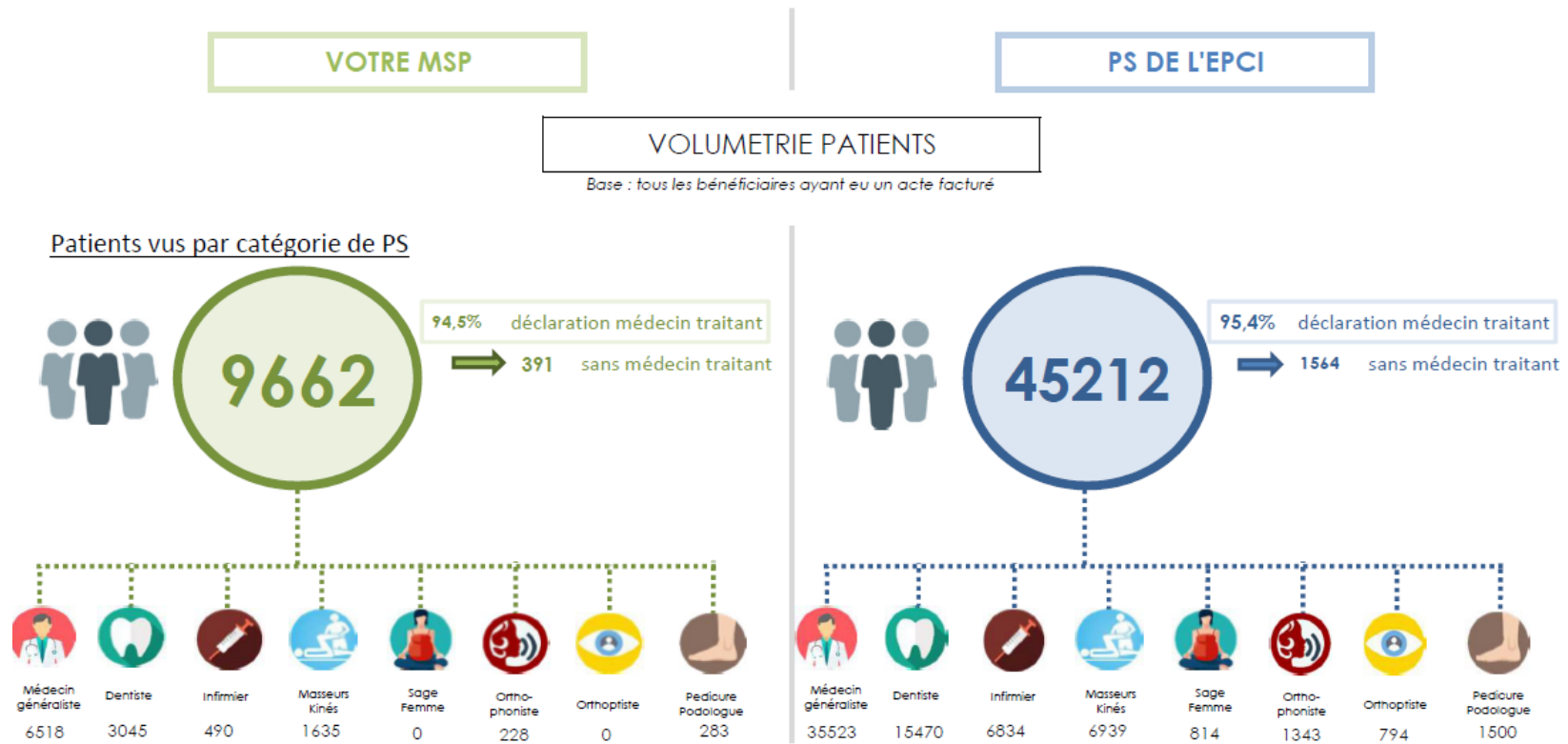
Votre département



Note de lecture : 87% des patients ayant consulté un médecin généraliste de Loire Atlantique sont au régime général

Ce profil est basé uniquement sur les données du régime général

Boite à outils pour une visite type auprès des structures



Base : tous les assurés ayant déclaré un médecin traitant

Patients ayant déclaré un médecin traitant :



Boite à outils pour une visite type auprès des structures

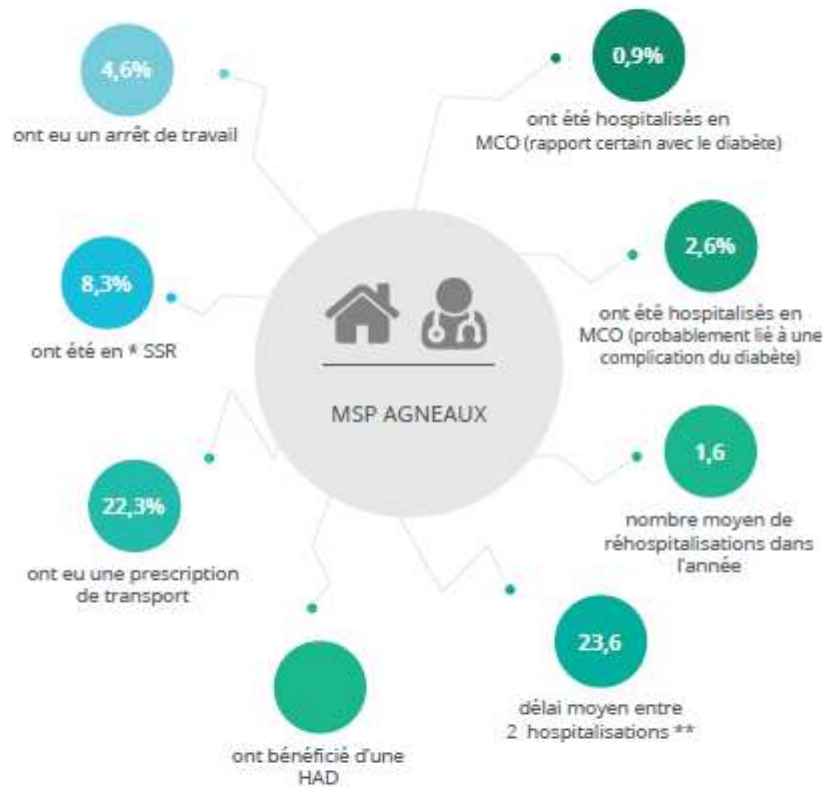
➤ 2 types de visites peuvent être réalisées par les référents MSP :

❑ 1 pour la présentation des modalités d'accompagnement proposées :

- Présentation des profils patientèle sur les pathologies chroniques (diabète et IC). BPCO, et AVC compléteront la bibliothèque dans un second temps.
- Patients lombalgiques : mise à disposition des structures d'un synopsis de présentation de l'action, du profil réalisé et d'une boite à outils

Boîte à outils pour une visite type auprès des structures

3 - Consommation de soins diabète dans la MSP dans l'année

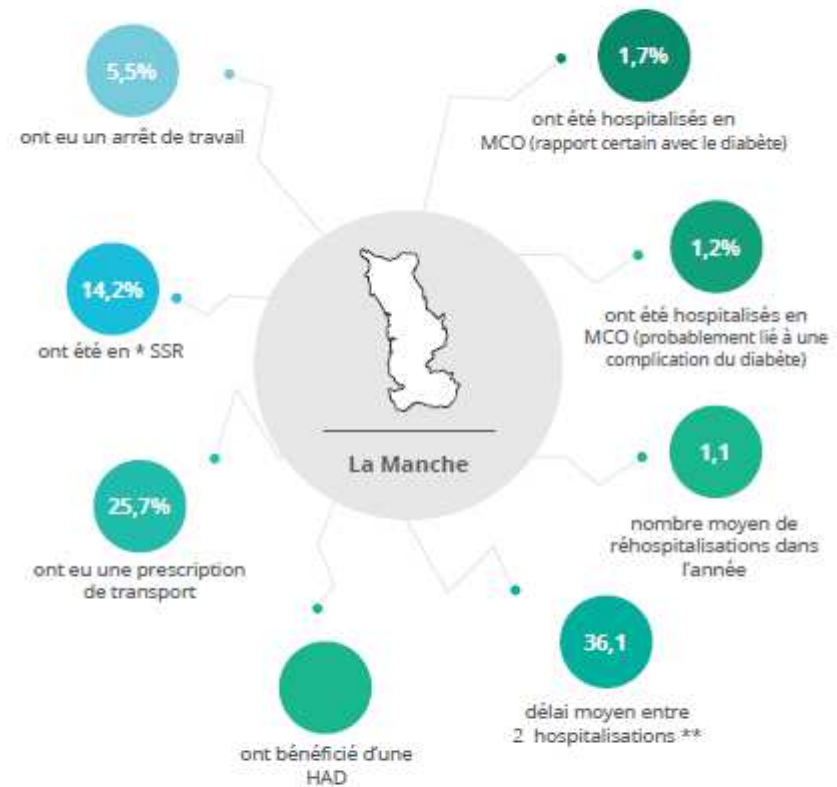


* SSR : données 2016

** Les hospitalisations sont liées à l'ALD

P.12

4 - Consommation de soins diabète dans le département dans l'année



* SSR : données 2016

** Les hospitalisations sont liées à l'ALD

P.13

Boite à outils pour une visite type auprès des structures

- Un modèle de tableau de reporting des MSP ayant adhéré à l'ACI, précisant le niveau de remplissage des indicateurs prévus par l'ACI afin d'orienter l'accompagnement sur les points d'amélioration de la structure
- Un kit annuel de communication sur les actions de prévention menées par l'assurance maladie (kit vidéos et affiches pour les salles d'attente)

Supports proposés : mise à disposition :

- d'affiches (formats A4, A3 ou A2) selon un calendrier saisonnier.

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Nutrition (supports à confirmer)		Cancer colorectal			Risques de l'été (supports à confirmer)		Contraception (supports à confirmer)			Mois sans tabac	Antibiotiques (supports à confirmer)

- de dépliants de service
- de vidéos.

Guide protocoles pluri-professionnels

- **Guide d'aide à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels élaboré au niveau de la région Ile-de-France dans le cadre d'un groupe de travail associant l'Assurance Maladie (DCGDR / DRSM / CPAM / ELSM), la FEMASIF et l'ARS IDF à destination des MSP**

- **Il vise à apporter des éléments d'information aux MSP afin de :**
 - clarifier ce qui est attendu d'un protocole pluri-professionnel au sens de l'ACI,
 - identifier les questions à se poser au sein de la MSP avant de se lancer dans l'élaboration d'un protocole.

- **Ce guide a déjà partagé avec l'ensemble du réseau**

Guide protocoles pluri-professionnels

CONSEILS POUR LA RÉDACTION D'UN PROTOCOLE PLURI-PROFESSIONNEL

Un protocole pluri-professionnel doit préciser :

- ✚ Les catégories de professionnels de santé intervenant dans la prise en charge,
- ✚ Le rôle de chaque catégorie de professionnels impliqués dans la prise en charge
- ✚ Les moments d'intervention de chaque professionnel
- ✚ L'objectif ou les objectifs de la prise en charge.

Un protocole pluri-professionnel doit être :

- ✚ Une réponse adaptée à un besoin de la structure, à l'équipe pluri professionnelle qui le porte, s'appuyant sur la compétence et l'expérience des professionnels de santé concernés,
- ✚ Conforme aux recommandations élaborées par les agences sanitaires en termes de prise en charge des pathologies, lorsque celles-ci existent,
- ✚ Simple d'utilisation et facilement consultable lors de la prise en charge d'un patient, *Recommandation : Limiter le protocole pluri-professionnel à un ou des points critiques de la prise en charge.*
- ✚ Evalué et actualisé au regard des retours d'expérience.

Un protocole pluri-professionnel doit permettre de répondre aux questions suivantes :

- ✚ Pourquoi ?
 - Quel est l'objectif du protocole en matière de prise en charge ?
- ✚ Pour qui ?
 - Pour la prise en charge de quelle population le protocole a-t-il été élaboré ?
- ✚ Qui fait quoi ?
 - Quelles sont les catégories de professionnels impliqués ?
 - Quelle(s) action(s) est (sont) réalisé(e) par chaque profession ?
- ✚ Quand ?
 - À quel moment intervient chaque professionnel de santé ?
 - Quels échanges d'informations ont lieu entre les professionnels ?
- ✚ Quelle valeur ajoutée ?
 - Quel apport pour le patient par rapport à une prise en charge mono-professionnelle ?

Un protocole pluri-professionnel ne doit pas être :

- ✚ Une simple exécution de la prescription
- ✚ Un rappel sur la conduite à tenir dans certaines situations :
 - En cas de présence d'un patient agressif dans la MSP,...
- ✚ Un adressage vers un médecin correspondant.



Ces éléments isolés peuvent constituer des documents utiles à la MSP dans son organisation ou dans la gestion de certaines situations mais ne correspondent pas à des protocoles pluri-professionnels au sens de l'ACI et de la HAS et ne pourront pas être valorisés dans ce cadre.

Contacts

Pour obtenir plus d'informations et/ou un accompagnement sur l'élaboration de vos protocoles, vous pouvez contacter vos référents MSP de l'Assurance Maladie, de la DD ARS et les facilitateurs de la FEMASIF :

Les référents MSP de l'Assurance Maladie

	CPAM		Service Médical	
	Nom du référent	Contact	Médecin référent	Contact
75	Perrine Pallares	perrine.pallares@assurance-maladie.fr	Valérie Marchand Anne Marcheix Bataille	valerie.marchand@assurance-maladie.fr anne.marcheixbataille@assurance-maladie.fr
77	Aurélié Guislain	aurelie.guislain@assurance-maladie.fr	Marie Husson	marie.husson@assurance-maladie.fr
78	Cécile Djilali	cecile.djilali@assurance-maladie.fr	Séverine Gozzoli	severine.gozzoli@assurance-maladie.fr
91	Laurence Gobert	laurence.gobert@assurance-maladie.fr	Francis Corrias	francis.corrias@assurance-maladie.fr
92	Sabine Garnier	sabine.garnier@assurance-maladie.fr	Elsa Gombault	elsa.gombault@assurance-maladie.fr
93	Maryvonne Le Cardinal	maryvonne.le-cardinal@assurance-maladie.fr	Samira Saifi	samira.saifi@assurance-maladie.fr
94	Amine Zbida Annick Courgibet	amine.zbida@assurance-maladie.fr annick.courgibet@assurance-maladie.fr	David Cheutin	david.cheutin@assurance-maladie.fr
95	Anne Bothrel	anne.bothrel@assurance-maladie.fr	Christine Franc	christine.franc@assurance-maladie.fr

Les facilitateurs de la Fémasif

	Nom	Contact
75	Sophie Dubois Marie Bazille Josselin Le Bel	sophie.dubois.coordination@outlook.fr marie.bazille@wanadoo.fr josselin.lebel@orange.fr
77	Anas Taha	taha.anas85@gmail.com
78	Philippe Boisnault	p.boisnault@gm-cordeliers.fr
91	Fatima Said Dauvergne Dominique Richard	saidfatim27@gmail.com dominique.richard91@gmail.com
92	Martin Mérindol Michel Nougairède	martin.merindol.psu@gmail.com michel.nougairède@wanadoo.fr
93	Didier Ménard	dr.didiermenard@wanadoo.fr
94	Corinne Girard Jacques Claude Cittée	corinne.girard12@wanadoo.fr jccittee@gmail.com
95	Alain Mercier Philippe Boisnault Didier Ménard	alain.mercier@univ-paris13.fr p.boisnault@gm-cordeliers.fr dr.didiermenard@wanadoo.fr

Les référents MSP de l'ARS

	Nom	Contact
75	Michèle Ooms - Flavie Pittet	michele.ooms@ars.sante.fr - flavie.pittet@ars.sante.fr
77	Virginie Damion - Anaïs Afonso	virginie.damion@ars.sante.fr - anaïs.afonso@ars.sante.fr
78	Nathalie Rabier-Thoreau - Céline Monestier-Delonne	nathalie.rabier-thoreau@ars.sante.fr - celine.monestier-delonne@ars.sante.fr
91	Nathalie Khenissi - Hélène Renier	nathalie.khenissi@ars.sante.fr - helene.renier@ars.sante.fr
92	Vincent Toisier - Clarisse Cordel	vincent.toisier@ars.sante.fr - clarisse.cordel@ars.sante.fr
93	Stéphanie Chapuis - Géraldine Valerio	stephanie.chapuis@ars.sante.fr - geraldine.valerio@ars.sante.fr
94	Régis Gardin - Renaud Bray	regis.gardin@ars.sante.fr - renaud.bray@ars.sante.fr
95	Adeline Caret - Hagira Benbraham	adeline.caret@ars.sante.fr - hagira.benbraham@ars.sante.fr