



# Soins de proximité

*Ouverture des négociations ACI  
Réunion du 28 mai 2014*

# Rappel des orientations du conseil de l' UNCAM votées le 4 avril 2014

## La structuration des soins de proximité répond à plusieurs finalités:

- *renforcer la prévention* au moyen, notamment, de nouveaux services offerts au patient (dépistage, vaccination, éducation à la santé...);
- *améliorer la prise en charge des pathologies chroniques* : éviter ou retarder l'apparition de complications grâce à un meilleur suivi clinique et para clinique de l'affection ;
- *améliorer l'articulation des soins entre la ville, l'hôpital et le médico-social* :
  - éviter des hospitalisations grâce à une prise en charge efficace en ville,
  - maîtriser le recours aux services d'urgences,
  - assurer la continuité et l'efficacité des parcours de soins en organisant l'amont et l'aval des hospitalisations.
- *consolider l'offre de soins*, notamment dans les territoires en difficulté.

## Un outil: la coordination des soins

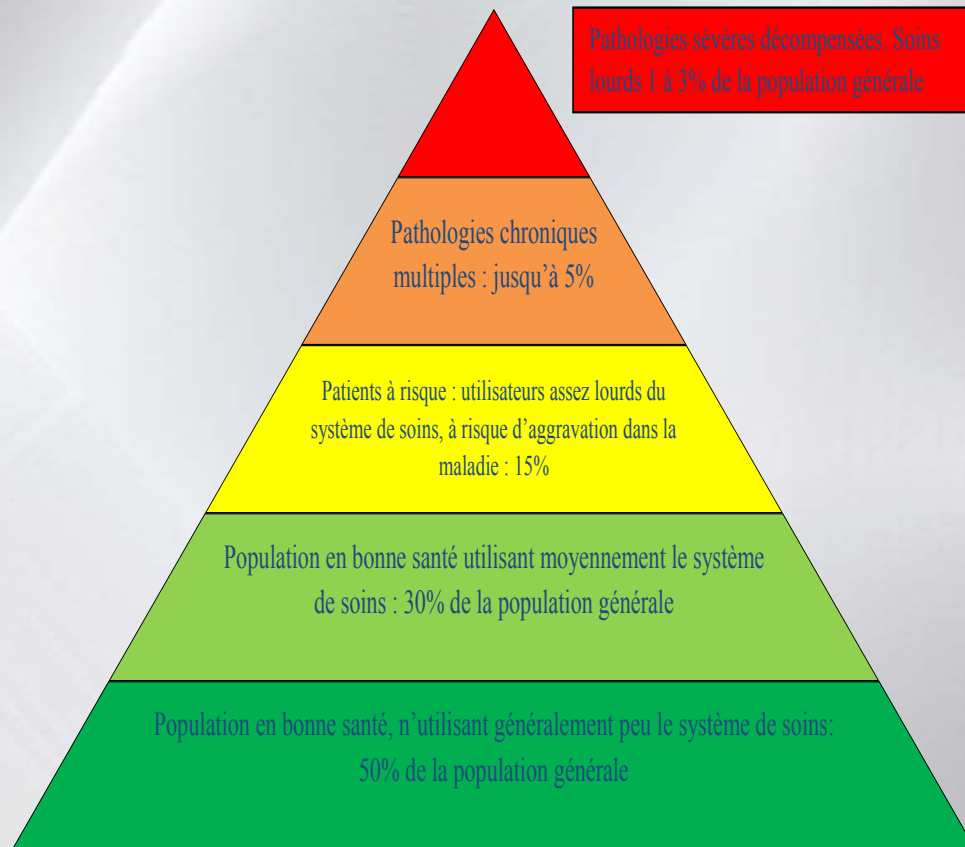
La question centrale de la coordination des soins, développée par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM\*), a été reprise dans la SNS en distinguant :

- ❖ *la synthèse médicale*, qui vaut pour tous les patients et est assurée, par principe, par le médecin traitant,
- ❖ *la coordination soignante et sociale*, qui ne s'impose que dans les situations les plus complexes et pourrait être confiée à un autre professionnel, notamment l'infirmière.

La coordination des soins concerne également les processus faisant intervenir les établissements, qu'il s'agisse de l'amont (hospitalisations évitables, consultations des services d'urgence, préparation des opérations chirurgicales programmées) ou de l'aval (soins post-opératoires, ré-hospitalisations évitables, soins de suite).

\*HCAAM: Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM- Avis adopté à l'unanimité lors de la séance du 22 mars 2012

# La prise en charge doit être adaptée aux besoins des patients



La coordination soignante et sociale aura des objectifs adaptés en fonction du niveau de risque, visant à éviter le passage à un niveau de risque supérieur.

Elle concernera tout particulièrement la population présentant des niveaux de risques élevés.

# Rappel des 4 orientations de la négociation votées par le conseil de l'UNCAM

## **1- Renforcer la prévention des facteurs de risque**

**La coordination entre professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prévention dans une approche populationnelle:**

- ✓ **vaccination contre la grippe des personnes à risques: renforcement de la coordination entre le médecin traitant, l'infirmière et le pharmacien;**
- ✓ **dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus)**

**Le travail en équipe doit permettre au médecin traitant de jouer un rôle pivot pour sa patientèle**

- ✓ **sensibiliser les patients au suivi des examens de prévention et à la prévention des facteurs de risque (alcool, tabac...);**
- ✓ **mettre en place des relais avec les autres acteurs de la prise en charge du patient (médecine du travail, médecine scolaire...).**

**Ces actions doivent s'appuyer sur la mise en place d'indicateurs susceptibles de mesurer leurs résultats sur l'amélioration de la prise en charge des patients.**

## ***2- Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques***

**La prise en charge de ces patients doit permettre d'éviter ou retarder l'apparition de complications grâce à un suivi clinique et para clinique adapté, conforme aux données actuelles de la science.**

**Les actions engagées en termes de rémunération des professionnels de santé en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et pour renforcer l'éducation à la santé des patients, en lien avec leur médecin traitant, méritent d'être développées :**

- poursuivre la réduction des écarts de pratiques sur le territoire et par rapport aux recommandations ;**
- les protocoles de suivi coordonné et renforcé des patients pourront être développés en veillant à leur efficacité médico-économique ;**
- l'articulation entre le programme Sophia et les équipes de soins de proximité devra être renforcée (permettre au médecin de recommander un thème d'accompagnement et d'avoir un retour sur les actions menées).**



### ***3- Prévenir et gérer les situations de « rupture » dans l'état de santé ou le parcours de soins des patients***

**La coordination pluri professionnelle doit permettre d'améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients lors des situations de « rupture » du parcours de soins telles que l'hospitalisation pour une chirurgie ou après décompensation d'une affection chronique sévère.**

**Elle vise à:**

- améliorer l'accompagnement en aval des hospitalisations (chirurgie, épisode hospitalier ponctuel) : développement de la coordination ville / hôpital et médico-sociale notamment par le soutien à des programmes de prise en charge coordonnée (PRADO, PAERPA...),**
- prévenir les décompensations, notamment chez les personnes âgées; mieux gérer les épisodes critiques : affection intercurrente, nouveau traitement,**
- éviter des ré-hospitalisations en améliorant le suivi des maladies chroniques (insuffisance cardiaque, respiratoire ou rénale, pathologies mentales...).**

## ***4- Participer à la structuration des soins de proximité***

**Un enjeu particulier d'accessibilité aux soins existe dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques:**

**L'évaluation des ENMR réalisée par l'IRDES a validé l'hypothèse selon laquelle les exercices collectifs interprofessionnels seraient plus attractifs pour les professionnels et constitueraient un levier pour maintenir une offre de premier recours dans des territoires défavorisés.**

**L'ensemble de ces données incite à favoriser le développement de soins de proximité pluri professionnels dans les zones présentant des difficultés démographiques ou socio-économiques d'accès aux soins.**

**Les expérimentations des nouveaux modes de rémunération, qui arrivent à échéance en fin 2014, doivent être relayées par un dispositif pérenne financièrement généralisable et qui optimise globalement à cette fin les parts respectives du paiement à l'acte et du forfait**

# Cadre réglementaire

**Deux cadres réglementaires sont disponibles pour la conclusion d'accords interprofessionnels :**

**– l' Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) prévu à l' article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale**

**– l' Accord cadre interprofessionnel (ACIP) prévu à l' article L.162-1-13 du code de la sécurité sociale**

# ACI

## Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI)

*(Prévu à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale)*

- Accord conclu entre l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives
- Possibilité de participation aux négociations et de signature par l'UNOCAM (L. 162-14-3 CSS)
- Champ des ACI :
  - améliorer l'organisation, la coordination et la continuité des soins ou la prise en charge des patients,
  - déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs mis en place *(notamment par la création de réseaux de santé, la promotion du DPC et de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins)*.
- Contenu des engagements :
  - engagements et objectifs, notamment de santé publique, de qualité et d'efficience des soins

# ACI

## Accord conventionnel Interprofessionnel (ACI) (Prévu à l'article L. 162-14-1 II du code de la sécurité sociale)

- **Accord conclu entre l'UNCAM et une ou plusieurs organisations représentatives**
- **Un ACI peut donc concerner un nombre de professions de santé limité : 3 ou 4 professions de santé impliquées dans la prise en charge des patients atteints d'une pathologie donnée, ou type de patients bénéficiant d'un suivi coordonné après une hospitalisation**
- **Possibilité de conclure progressivement plusieurs ACI à géométrie variable selon les professions de santé impliquées**

# ACI

**Au regard de l'article L. 162-14-1 II CSS les professions suivantes peuvent participer à la négociation d'ACI (*professions de santé ayant une convention nationale*) :**

**-médecins, dentistes, sage femmes, biologistes responsables, pharmaciens d'officine, transporteurs sanitaires, auxiliaires médicaux (infirmières, MK, orthophonistes, orthoptistes, pédicures podologues), centres de santé, opticiens, audioprothésistes, podo-orthésistes, orthoprothésistes, ocularistes et épithésistes.**

**Soit au maximum 48 syndicats ou fédérations représentatifs.**

# ACI

**Application d'un ACI aux PS exerçant au sein d'une structure type maison de santé sous forme de SISA :**

- **Les engagements, objectifs et indicateurs s'appliquent uniquement aux professions ayant signé l'ACI**
- **L'ACI n'est pas applicable à une profession dont les représentants n'ont pas signé => limitation du contenu de l'ACI aux professions signataires**
- **Des professionnels dont les représentants n'ont pas signé l'ACI peuvent cependant intervenir dans les structures**
- **Les rémunérations sont versées à la structure et la répartition est effectuée en fonction du choix des associés (statuts)**
- **Exemple composition type d'une MSP : médecins, infirmiers, MK, et autres paramédicaux (pédicures, orthophonistes) et composition type d'un pôle : médecins, infirmiers, pharmaciens, MK, et autres paramédicaux (pédicures, orthophonistes)**

# ACI : modalités de contractualisation

**Les engagements et objectifs définis dans les ACI doivent être formalisés sous la forme d'un ou plusieurs contrats types (L. 162-14-1 II CSS)**

**L'ACI ou les ACI à négocier doivent donc comporter des modèles de contrats déclinant :**

- les engagements de chaque professionnel de santé, maison ou centre de santé impliqué dans la prise en charge du patient : en termes de coordination avec les autres professionnels intervenants, et objectifs en termes de santé publique, de qualité et d'efficience des soins**
- les engagements de l'assurance maladie : outils mis à disposition pour faciliter le lien entre les professionnels, outils de suivi du contrat, engagement en termes de rémunération au regard de la réalisation des objectifs fixés.**



# ACI : modalités de contractualisation

- Un ACI est un accord conventionnel national qui comporte des contrats types
- Des contrats individuels (calqués sur le modèle type national défini dans l'ACI) sont ensuite conclus entre les PS, les centres et maisons de santé qui le souhaitent et les CPAM : adhésion optionnelle
- Déclinaison régionale possible mais non obligatoire : « des contrats conformes à ces contrats types définis au niveau national dans l'ACI (ou les ACI) peuvent être conclus au niveau régional » :
- Les marges de manœuvre régionales doivent être explicitement encadrées par le contrat type national
- Les signataires de ces contrats déclinés au niveau régional : maisons, centres et professionnels de santé intéressés, organisme local d'assurance maladie et ARS.

# ACI : modes de rémunération

–« Ces ACI établissent les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie, d'une part, du respect de ces engagements et, d'autre part, du respect des objectifs fixés. Ils précisent les possibilités d'adaptation de ces engagements et objectifs et de modulation des rémunérations prévues, par décision conjointe de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie » (article L. 162-14-1 II CSS)

–Donc les rémunérations des PS, maisons et centres de santé qui seraient fixées dans le ou les ACI peuvent être différentes selon les acteurs impliqués mais répondre aux caractéristiques suivantes :

- rémunération annuelle
- calculée au regard de l'atteinte des objectifs fixés
- adaptation possible au niveau régional de ces modalités de rémunération mais dans les conditions fixées par l'ACI au niveau national

## Procédure de l'arbitrage dans le cadre ACI

La LFSS 2014 a introduit la possibilité de recourir au règlement arbitral avec la désignation d'un arbitre en cas de rupture de la négociation préalable à l'élaboration d'un ACI (II de l'article L. 162-14-1 II).

**Désignation de l'arbitre :** « par l'UNCAM et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés » (L. 162-14-2 CSS)

## Règle de signature et conditions de validité des accords

ACI : signature par une ou plusieurs OSR ayant réuni au moins 30 % des SE dans chacun des 3 collèges pour les médecins ou 30% des SE aux élections URPS pour les autres. Pour les professions sans élections URPS, validité si signature par une OSR.

## Autre cadre juridique : ACIP

- Accord conclu entre l'UNCAM et UNPS applicable aux professions suivantes représentées à l' UNPS :
  - *Médecin, Chirurgien-Dentiste, Sage-Femme, Biologiste responsable, Pharmacien d'officine, Transporteur sanitaire, et auxiliaires médicaux : Infirmière, Masseur-Kinésithérapeute, Orthophoniste, Orthoptiste, Pédicure-podologue, audioprothésiste (12 professions)*
- Si au moins une organisation syndicale représentative de la profession est signataire application à la profession concernée.
- Fixation de dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions nationales
- Détermination des obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville
- Possibilité pour l' ACIP, au regard du cadre juridique prévu par le législateur = définir des dispositions transverses à l'ensemble des 12 professions

# Calendrier de négociation

- Ouverture officielle des négociations pluri professionnelles (ACIP / ACI)
  - 28 mai 2014 – 9h30-12h00 ACI et 13h00-15h00 ACIP
  
- Séances :
  - 12 juin 2014 – 10h00-13h00
  - 25 juin 2014 – 14h30-18h00
  - 9 juillet 2014 – 14h30-18h00
  
- Séance de signature (à planifier)
  - mi-juillet 2014

# Organisation de la négociation

## ➤ Questions :

### - Quel contenu ?

- structures de type MSP mono-sites ou multi-sites
- équipes de soins pour des épisodes de soins comme les sorties d'hôpital
- suivi de pathologies ou traitements

### - Quelle articulation entre les supports juridiques existants ACI et ACIP pour la mise en œuvre des accords ?

### - Séquencement dans le temps des accords sur la coordination des soins?