

AVENANT N°1 À L'ACCORD CADRE INTERPROFESSIONNEL
entre les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9,
L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale et l'Assurance Maladie

Entre :

L'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), représentée par

M. Thomas Fatôme son directeur général,

Et :

L'Union Nationale des Professions de Santé, représentée par

M. Sébastien Guérard, son président.

Et :

L'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)
représentée par

M. Marc Leclère, son président.

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Vu l'accord cadre interprofessionnel publié au Journal officiel du 7 avril 2019,

Il a été convenu ce qui suit :

Les parties signataires du présent avenant conviennent que l'accord cadre interprofessionnel destiné à organiser les rapports entre l'Union Nationale des Professions de santé et les organismes d'Assurance maladie obligatoire susvisé, est modifié par les dispositions suivantes.

AG ID SB, P 20 Pop CC PND G 170 DB DG
M TS GR PB AIC 43 POV B BB B

De TF u

Préambule

L'intervention coordonnée des professionnels de santé exerçant en ville constitue l'un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

Les partenaires conventionnels mettent en place, à titre expérimental, une nouvelle forme de coordination de proximité souple et agile autour du patient dénommée « équipe de soins coordonnée avec le patient » (ESCAP).

Complémentaire des autres formes de coordination autour du patient, l'ESCAP assure le respect du libre choix de son professionnel de santé par le patient. Elle facilite l'accès aux soins et la coordination entre les professionnels de santé pour les patients les plus complexes.

Elle favorise les échanges entre professionnels de santé, facilite la prise en charge à domicile et le lien ville/hôpital et vise à éviter les hospitalisations et ré-hospitalisations ainsi que les passages aux urgences inutiles.

En pratique, dès lors qu'un professionnel de santé identifie chez son patient complexe un besoin ponctuel de coordination, il peut, avec son accord et s'il est éligible, déclencher la constitution d'une ESCAP, en se mettant en relation avec les autres professionnels de santé désignés par le patient dont son médecin traitant. Les échanges entre professionnels de santé dans le cadre de cette expérimentation se font via une application de coordination librement choisie par le professionnel de santé, répondant au cahier des charges élaboré par l'UNPS et conforme à la doctrine du numérique en santé et interopérable notamment avec les services socles de la feuille de route du numérique en santé.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies dans le présent texte et sont précisées dans un cahier des charges qui fera l'objet d'une validation lors d'un comité de suivi de l'accord (CSA).

Les partenaires conventionnels conviennent d'évaluer cette expérimentation nationale avant toute prise de décision quant à une éventuelle généralisation.

En outre, compte-tenu de l'évolution constante des logiciels utilisés par les professionnels de santé et de leur mise en adéquation progressive avec la doctrine du numérique en santé, les partenaires conventionnels font le constat de la nécessité de délivrer une information juste, précise et vérifiée à l'ensemble des professionnels de santé libéraux, sur les solutions logicielles qu'ils utilisent.

A cette fin, les partenaires conventionnels décident de se rapprocher de la Délégation du Numérique en Santé pour organiser la mise en place d'un observatoire des solutions logicielles utilisées par les professionnels de santé libéraux. La plateforme ainsi constituée aura pour principale mission de délivrer une information exhaustive sur les logiciels conformes à la doctrine du numérique en santé, et de ce fait labélisés « Ségur de la santé ».

AG ID SB, P SD Pop CC PND G 170 DB DG
M TS GR PB AIC GS POV TS BB TS

TF
2
JG ML

Article 1^{er} : Expérimentation concernant l'équipe de soins coordonnée avec le patient

1°- Après l'article 4 du titre 1^{er}, est inséré un nouvel article 4.1 ainsi rédigé :

« Article 4.1 : Mise en place d'une expérimentation autour de l'équipe de soins coordonnée avec le patient (ESCAP)

Une expérimentation portant sur l'équipe de soins coordonnée avec le patient « ESCAP » est mise en œuvre. L'objectif de l'expérimentation est de tester une nouvelle forme de coordination en évaluant notamment :

- l'adhésion et les retours d'expérience des professionnels de santé aux ESCAP ;
- les modalités de la coordination mises en place par les professionnels de santé ;
- l'amélioration de la prise en charge pour le patient et en particulier son état clinique, sa qualité de vie, son observance et ses interactions médicamenteuses, les hospitalisations évitées et l'efficience du parcours de soins (coûts évités par exemple).

4.1.1 Définition

L'équipe de soins coordonnée avec le patient « ESCAP » est une nouvelle forme de coordination entre professionnels de santé :

- centrée sur le patient et accessible à tous les professionnels de santé ;
- intégrant le patient au sein du dispositif via une grille d'inclusion complétée par un professionnel de santé et qui objective les besoins de prise en charge coordonnée du patient.

4.1.2 Périmètre de l'expérimentation

a. Patientèle ciblée

Cette expérimentation est centrée sur 4 situations cliniques :

- Patients poly-pathologiques chroniques de plus de 65 ans ;
- Patients diabétiques (type 1 et 2) sous insuline ;
- Patients ayant fait un AVC et ayant été hospitalisés il y a moins d'un an ;
- Patients en soins palliatifs.

L'ESCAP comprend obligatoirement le médecin traitant du patient.

b. La grille d'inclusion

Un professionnel de santé prend en charge un patient qui semble présenter un besoin accru de coordination lié à une des 4 situations cliniques visées au a. Ce professionnel se connecte à son application (répondant au cahier des charges construit et mis à disposition par l'UNPS) pour évaluer le besoin en coordination du patient via la grille d'inclusion. Cette grille tient compte de plusieurs facteurs, notamment de l'âge du patient, de ses pathologies, d'éventuelles situations de vulnérabilité, de la présence d'aidants ...

AG ID SB, P 2D 100 CC PND 170 DB DG
M TS GR PB AIC 93 POV 13 BB 13

TF
3
m

Le professionnel de santé libéral prenant en charge le patient remplit la grille d'inclusion.

Pour être considéré comme éligible, le profil du patient doit totaliser au moins 13 des 26 points (hors grossesse) correspondant aux différents items de la grille d'inclusion.

Si le besoin de coordination du patient est confirmé, le professionnel de santé ayant rempli la grille d'inclusion prend contact avec les autres professionnels de santé indispensables à sa prise en charge et préalablement désignés par le patient, afin de créer l'ESCAP. Il communique les résultats de la grille d'inclusion à l'ensemble des membres potentiels de l'ESCAP. Ces derniers consentent à intégrer l'ESCAP.

Les échanges entre professionnels de santé se font via l'application de coordination, qui est un outil répondant au cahier des charges UNPS de l'outil et conforme à la doctrine du numérique en santé disponible sur le site esante.gouv.fr et de ce fait, interopérable notamment avec les services socles de la feuille de route du numérique en santé.

La grille est décrite en annexe 2 du présent accord. Elle sera également annexée au cahier des charges de l'expérimentation.

c. L'intégration des professionnels de santé dans une ESCAP

Tous les professionnels de santé libéraux conventionnés, volontaires et installés sur le territoire français peuvent initier et se constituer en ESCAP, après avoir vérifié l'éligibilité du patient selon les critères définis aux points a) et b).

Composée d'au moins trois professionnels de santé, l'ESCAP comprend systématiquement le médecin traitant identifié par le patient. Le médecin spécialiste, hospitalier ou libéral, est intégré en fonction des pathologies.

d. Contreparties allouées aux professionnels de santé libéraux membres des ESCAP

Dans le cadre de cette expérimentation, le professionnel de santé bénéficie des rémunérations suivantes :

- Une aide forfaitaire d'un montant de 100€ par an et par professionnel de santé au titre de l'acquisition et de l'utilisation de l'outil défini au point b) de l'article 4.1.2.
- Une aide forfaitaire d'un montant de 100€ par an et par professionnel de santé dès lors que le professionnel est impliqué *a minima* dans cinq ESCAP (donnée récupérée à travers la facturation d'un code traceur)

L'ESCAP est comptabilisée uniquement si au moins trois professionnels de santé facturent un code traceur à un même patient. Les modalités d'utilisation des codes traceurs lors de la facturation au patient sont précisées dans le cahier des charges de l'expérimentation.

Les parties signataires conviennent de réaliser un premier bilan à 18 mois d'expérimentation. A cette occasion, au regard des premiers résultats, les critères d'éligibilité à la rémunération pourraient notamment être révisés.

AG ID SB, P 2D 109 CC PND 6 170 DB DG
M TS GR PB AIC 43 POV 13 BB 13

TF
4

ML

R

4.1.3 Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est déployée sur la France entière et menée sur une durée de trois ans sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- la validation du cahier des charges de l'expérimentation en comité de suivi de l'accord cadre interprofessionnel ;
- la mise à disposition d'un outil respectant les dispositions mentionnées au b du 4.1.2.

4.1.4 Suivi et évaluation de l'expérimentation

Un suivi régulier de ce dispositif expérimental sera réalisé en CSA.

Un premier bilan sera fait à 18 mois.

A l'issue des 3 ans d'expérimentation, une évaluation devra être réalisée par l'UNPS, en coopération avec l'assurance maladie. L'évaluation sera présentée en CSA afin d'apprécier si les objectifs ont été atteints et notamment s'il est constaté une meilleure prise en charge des patients grâce à cette coordination. En fonction des résultats, les parties signataires décideront de l'opportunité de la pérennisation du dispositif et de l'évolution des modalités de financement par voie d'avenant.

Les modalités d'évaluation de l'expérimentation sont définies dans le cahier des charges. Elles devront *a minima* prévoir l'évaluation des retours d'expérience des professionnels de santé, des modalités de la coordination mises en place par les professionnels de santé ; et l'amélioration de la prise en charge pour le patient (état clinique, qualité de vie, observance et interactions médicamenteuses, hospitalisations évitées, efficience du parcours de soins). »

2° - A l'article 10 intitulé « comité de suivi de l'accord CSA », le paragraphe « missions du CSA » est complété par trois alinéa rédigés comme suit :

«

- d'élaborer et valider le cahier des charges de l'expérimentation ESCAP
- suivre la montée en charge de l'expérimentation et de l'évaluer
- définir les modalités d'installation et de fonctionnement d'une instance d'information et d'échanges relative aux actions de contrôle et de lutte contre la fraude des professionnels de santé. »

3° - Une annexe 2 est créée et rédigée comme suit :

« Annexe 2 – Grille d'inclusion ESCAP »

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

Poids :

Taille :

ALD : OUI/NON

AG ID SB, P 2D 109 CC PND 170 DB DG
M TS GR PB AIC 93 POV 13 BB 13

TF
5
JL
JL

Date évaluation	Nom de l'évaluateur	Profession de l'évaluateur

Prérequis ¹	OUI	NON
Patients diabétiques sous insuline		
Patients en post-hospitalisation (datant de moins d'un an) suite à un AVC		
Patients en soins palliatifs		
Patients polypathologiques chroniques de plus de 65 ans		

	0	1	2	Score
Nombre d'intervenants PS	1	De 2 à 3	Plus de 3	
Age	Entre 16 et 65 ans	Entre 65 ans et 75 ans	Moins de 16 ans Plus de 75 ans	
Nombre de pathologies	1	2	Plus de 2	
Médicaments (y compris oxygène)	0 à 3	4	5 ou plus	
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois	Aucune hospitalisation	1 hospitalisation	Plusieurs hospitalisations	
Chirurgie au cours des 12 derniers mois	Non		Oui	
Grossesse (l'item n'apparaîtra que pour les patientes potentiellement concernées)	Au-delà de 36 SA Pas de grossesse	Entre 32 SA et 36 SA	Entre 28 SA et 32 SA	
Vulnérabilités (addictions, précarité, état psychologique fragile)	Pas de vulnérabilité	Une vulnérabilité	Plusieurs vulnérabilités	

¹ Seuls les patients pour lesquels au moins un « oui » est coché peuvent bénéficier du dispositif ESCAP (sous réserve du score obtenu après remplissage de la grille d'inclusion).

AG ID SF, P SD / CC PND 6 170 DB DG
 M TS GR FB AIC 45 POV 13 BB B

TF₆

Je

W

Aide à domicile Professionnelle ou familiale	Non	Moins d'1h/j	>1h/j	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien / Aides techniques	Incapacité	
Continence (Urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Poids / Nutrition	Poids stable		Variation de poids importante et inexpliquée (3kg ou plus en 1 mois) Dénutrition	
Troubles sensoriels non corrigés ou non corrigeables (Audition, vision, toucher)	Aucun trouble	Légers	Importants	
Fonctions cognitives /communication (Langage, mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Altérées	
Total /26 (ou 28 en cas de grossesse)				

Personne nécessitant une coordination :

- si la note globale est > ou égale à 13/26 (ou 14/28 en cas de grossesse)
- si 3 cases cochées à 2 points en cas de grossesse. »

Article 2. Facilitation des dispositifs d'avance de frais

Le titre de l'article 8.4. est remplacé par le titre ci-après : « Accompagnement du développement des dispositifs d'avance de frais ».

Après la phrase « L'ensemble des accords conventionnels avec les professionnels de santé doivent porter ces engagements », ce même article est complété par les mots-ci-après :

« En lien avec les représentants des complémentaires santé, les partenaires conventionnels s'engagent à une réflexion mutuelle visant à faciliter l'utilisation des dispositifs d'avance de frais sur la part complémentaire, notamment ceux conçus dans le cadre de l'Association InterAMC, dans le respect du principe d'éclatement des flux par le professionnel de santé, soit directement (depuis son poste de travail), soit par l'intermédiaire de son Organisme Concentrateur Technique (OCT) mandataire.

AG ED SB, P SD / CC PND 170 DB DG
M TS GR FB AIC q3 POV 13 BB TB

TF

7

ML

Jo

La liberté du choix de pratiquer la dispense d'avance de frais en dehors du cadre légal et la liberté du choix de ses outils et de ses mandataires par le professionnel de santé devront, dans ce cadre, être respectées. »

Article 3. Programme de travail dans le cadre d'une évolution de l'ACIP

Les partenaires conventionnels ont pour ambition de rénover le cadre conventionnel de l'ACIP et de travailler pour cela à un élargissement de son champ d'intervention. À cet effet, un programme de travail par thématique est défini de la manière suivante :

- contrôle d'activité et lutte contre la fraude ;
- mise en œuvre de parcours de prévention ;
- renforcement de l'accès aux soins : organisation des parcours et développement de l'exercice coordonné - partage des missions ;
- numérique en santé : facilitation du tiers-payant, développement des logiciels métier et de leur portabilité ;
- renforcement des orientations conventionnelles de DPC ;
- transition écologique du système de santé ;
- simplification administrative.

Article 4. Evolution du comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges

L'article 11 intitulé « Comité technique interprofessionnel de modernisation des échanges » est modifié comme suit :

1° - Un nouvel alinéa est inséré au paragraphe intitulé « Composition et installation du COTIP » et rédigé comme suit :

« La composition du comité peut être élargie en cas d'inscription à l'ordre du jour de point portant sur les problématiques liées aux logiciels métiers des professionnels de santé aux acteurs concernés, à savoir notamment la Délégation au Numérique en Santé (DNS), la fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA), l'Association InterAMC ou encore l'Agence du Numérique en Santé (ANS). Ces acteurs interviennent en tant qu'experts. »

2° - le 3^{ème} alinéa du paragraphe intitulé « Mission du COTIP » est remplacé par les dispositions suivantes :

« - l'équipement de l'ensemble des professionnels de santé du socle technique minimal pour pouvoir intégrer dans de bonnes conditions les services socles de la feuille de route du numérique en santé : messagerie sécurisée, DMP/Mon espace santé, ordonnance numérique, etc, et la rationalisation des versions déployées sur le terrain ; »

3°- l'avant dernier paragraphe du point intitulé « Mission du COTIP » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Le COTIP est régulièrement informé et associé aux travaux sur la mise en œuvre et le déploiement de l'ordonnance numérique, de l'application Carte Vitale, de nouveaux

AG ID SB, P 2D P 2D CC PND G 170 DB DG
M TS G AB AIC 95 POV 13 BB B

8
J TF HL

téléservices accessibles aux professionnels de santé libéraux et de l'ensemble des systèmes permettant la dématérialisation des supports ou pièces de facturation et d'identification des assurés sociaux. »

Article 5. Evolution de la dotation de l'UNPS

L'annexe 1 intitulée « contribution de fonctionnement de l'Union Nationale des Professionnels de Santé » est modifiée comme suit :

1° - Les dispositions du paragraphe intitulé « 1. Fixation et montant de la dotation » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

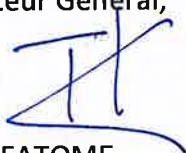
« Le montant annuel de la contribution de fonctionnement est fixé à 850 000 euros pour l'année 2024. Il sera porté à 900 000 euros pour l'année d'exercice 2025.

A compter du 1^{er} janvier 2026, il sera fixé à 950 000 euros.

Il pourra être revu par voie d'avenant au présent accord ».

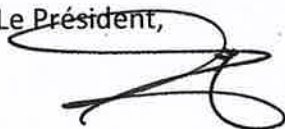
Fait à Paris, le 20 JUIN 2024

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
Le Directeur Général,



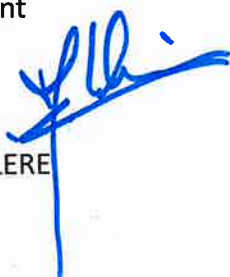
Thomas FATOME

Pour l'Union Nationale des Professions de Santé,
Le Président,



Sébastien GUERARD

Pour l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie,
Le Président



Marc LECLERE

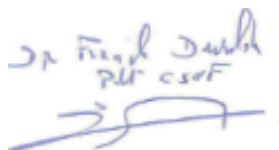
La Présidente de la Fédération Française
des Médecins Généralistes

Agnès GIANNOTTI



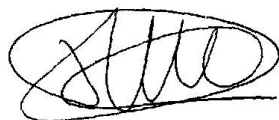
Le Président de la Confédération
des Syndicats Médicaux Français

Franck DEVULDER



La Présidente de la Fédération
des Médecins de France

Patricia LEFEBURE



Le Président des Syndicats
des Médecins Libéraux

Sophie BAUER



Le Président des Chirurgiens-Dentistes
de France

Pierre-Olivier DONNAT



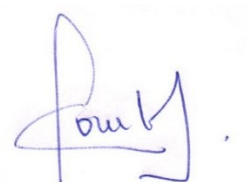
La Présidente de la Fédération Nationale
des Orthophonistes

Sarah DEGIOVANI



La Présidente de l'Organisation Nationale
des Syndicats de Sages-Femmes

Caroline COMBOT



La Présidente de l'Union Nationale et
Syndicale des Sages-Femmes

Prisca WETZEL-DAVID



Le Président du Syndicat National
des Infirmières et Infirmiers Libéraux

John PINTE



La Présidente du Syndicat National
Autonome des Orthoptistes

Mélanie ORDINES



Le Président de la Fédération Nationale
de la Mobilité Sanitaire

Thierry SCHIFANO



Le Président de la Fédération Française des
Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

Sébastien GUERARD



Le Président de la Fédération Nationale
des Infirmiers

Daniel GUILLERM



Le Président de la Fédération Nationale des
Ambulanciers Privés

Bruno BASSET



Le Président de la Chambre Nationale
des Services d'Ambulances

Dominique HUNAUT



Le Président du Syndicat National des
Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs

Guillaume RALL



Le Président du Syndicat des Biologistes
François BLANCHECOTTE



Le Président du Syndicat des Biologistes
Médicaux
Lionel BARRAND



Le Président du Syndicat National
des Médecins Biologistes
Jean Claude AZOULAY



Le Président du Syndicat des
Laboratoire de Biologie Clinique
Thierry BOUCHET



Le Président de l'Union des Syndicats
de Pharmaciens d'Officine
Pierre-Olivier VARIOT



Le Président de la Fédération
des Syndicats Pharmaceutiques de France
Philippe BESSET



Le Président de la Fédération Nationale des
Podologues
David BOUDET



Le Président du Syndicat National
des audioprothésistes
Brice JANTZEM

