

L'équipe de soins coordonnée avec le patient (ESCAP) est une forme de coordination entre les professionnels de santé :

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

Aussi, il est proposé d'expérimenter ce modèle d'exercice coordonné autour du patient conformément aux dispositions de l'avenant 1 à l'ACIP (signé le 20 juin 2024).

Le présent cahier des charges a ainsi pour objet de prévoir les modalités de mise en place de cette expérimentation.

Dans ce cadre, les représentants de l'UNPS et la CNAM s'accordent sur les présentes dispositions :

1. OBJECTIF DE L'EXPERIMENTATION

L'objectif de l'expérimentation est de mettre en place et évaluer cette forme de coordination par :

- L'adhésion et les retours des professionnels de santé ayant participé à des ESCAP
- Les modalités de la coordination mises en place par les professionnels de santé
- L'amélioration de la prise en charge pour le patient (état clinique, qualité de vie, observance et interactions médicamenteuses, hospitalisations évitées, ...) et l'efficacité du parcours de soins (coûts évités par exemple).

2. LE CIBLAGE DE L'EXPERIMENTATION

2.1 Périmètre géographique

L'expérimentation se déroulera sur la France entière.

2.2 Professionnels de santé éligibles

L'ensemble des professionnels de santé représentés à l'UNPS (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien titulaire d'officine, transporteur sanitaire, infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste) peuvent intégrer l'expérimentation dès lors qu'ils disposent de l'application de coordination (outil répondant au cahier des charges UNPS et conforme à la doctrine du numérique en santé et de ce fait, interopérable notamment avec les services socles de la feuille de route du numérique en santé).

Conformément aux dispositions de l'avenant 1 à l'ACIP, le médecin spécialiste, hospitalier ou libéral, est intégré en fonction des pathologies.

Par ailleurs, dans le cadre de cette expérimentation, les professionnels exerçant en centre de santé sont exclus.

De même, une ESCAP autour du même patient doit comprendre a minima 2 professionnels de santé exerçant en dehors de la MSP.

2.3. Patientèle ciblée et inclusion

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.

Ces situations ont été sélectionnées car elles nécessitent à un instant donné une prise en charge coordonnée avec le patient.

Celle-ci, en fonction de la situation clinique prise en charge, permettra :

- L'évaluation régulière de l'état clinique, de l'observance, des interactions médicamenteuses et le cas échéant, de réévaluer la prise en charge.
- L'amélioration de la récupération du patient et la réduction des ré-hospitalisations à court terme en optimisant sa prise en charge, par la pluri professionnalité et la coordination dès la sortie d'un établissement de santé.
- L'amélioration de la qualité de vie des patients dans le cadre d'une prise en charge coordonnée pour soulager leurs douleurs physiques et psychiques.

Pour déclencher la mise en place d'une ESCAP, le professionnel de santé devra être confronté à une des 4 situations cliniques décrites ci-dessus et avoir un patient qui totalise au moins 13 des 26 points (hors grossesse) rattachés à la grille d'inclusion (en annexe 2). Cette grille, accessible via un applicatif de coordination conforme aux dispositions décrites au point 3.2, objective la nécessité pour la prise en charge du patient d'entrer dans une démarche de coordination. Elle sera remplie par un professionnel de santé en contact avec le patient. Si ce dernier est éligible, et avec son accord, le professionnel de santé qui a rempli la grille déclenchera la constitution d'une ESCAP en prenant contact avec les autres professionnels de santé désignés par le patient dont son médecin traitant.

L'ESCAP comprend obligatoirement le médecin traitant (MT) du patient. Par conséquent, le patient ne disposant pas de MT ne pourra pas être éligible à l'ESCAP.

Le médecin spécialiste, hospitalier pourra être intégré en fonction des pathologies, dans une ESCAP, néanmoins il ne bénéficiera pas des valorisations inscrites dans le cadre de l'avenant 1 à l'ACIP.

3. DUREE DE L'EXPERIMENTATION

Conformément à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les dispositions régissant la mise en œuvre de l'expérimentation ne pourront entrer en vigueur qu'à l'expiration du délai de 6 mois, soit le 23 mars 2025 et sous réserve de la mise à disposition de l'application de coordination (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).

Le présent cahier des charges devra préalablement être validé en CSA ACIP.

Cette expérimentation sera menée sur 3 ans.

4. TRACABILITE DE LA PRISE EN CHARGE VIA LE LOGICIEL ET LA FACTURATION

Afin d'avoir un suivi sur les professionnels de santé intégrés dans l'ESCAP, deux codes traceurs non valorisés ont été créés et doivent être facturés à l'entrée et à la sortie de l'ESCAP par chaque professionnel de santé participant à la prise en charge du patient.

- Un code traceur pour l'entrée (nom IEPP) doit être facturé par chaque professionnel de santé lors de la première prise en charge du patient après la constitution de l'ESCAP
- Un code traceur pour la sortie (nom OEP) doit être facturé par chaque professionnel de santé lors de la dernière prise en charge du patient après la constitution de l'ESCAP actant la fin de la coordination du professionnel pour le patient.

A noter que le professionnel de santé qui initie la grille doit être le premier à facturer le code entrée (nom IEP) pour marquer l'entrée du patient dans l'ESCAP et initier cette prise en charge coordonnée avec le patient. L'ESCAP ne sera reconnue qu'après la facture du code entrée (nom IEP) par au moins trois professionnels de santé .

5. INTERRUPTION, REPRISE ET FIN DE COORDINATION

L'ESCAP est notamment **interrompu** dans les situations suivantes et en fonction de l'état de santé du patient :

- Absence du patient : hospitalisation ou vacances prolongées hors de son domicile principal
- A l'initiative de tout membre de l'ESCAP

A noter que l'interruption ne nécessite pas la facturation du code de sortie (nom OEP).

La coordination au sein de l'ESCAP peut **reprendre** à condition que ces deux conditions cumulatives soient remplies :

- Au retour du patient : sortie d'hôpital, retour à son domicile principal
- A l'initiative de tout membre de l'ESCAP

L'ESCAP **prend fin notamment** dans les situations suivantes et en fonction de l'état de santé du patient :

- Sortie des critères d'inclusion du patient
- Fin de prise en charge / guérison du patient / 3 mois à la suite de l'accouchement / décès
- Dès que le nombre de professionnels de santé engagé dans l'ESCAP est inférieur à 3

A noter que la fin de la coordination nécessite la facturation du code sortie (nom OEP) par l'ensemble des membres composant l'ESCAP.

6. EVALUATION DE L'ACTION

Un premier bilan intermédiaire sera réalisé après 18 mois de déploiement de l'expérimentation. Il s'agit d'un premier bilan quantitatif portant sur :

- le nombre de PS inclus dans chaque ESCAP ainsi que leur spécialité
- le nombre de patients inclus dans l'expérimentation par ESCAP
- la durée moyenne de prise en charge d'un patient par l'ESCAP.

A l'issue de l'expérimentation, un bilan sera présenté en CSA ACIP afin de mesurer la pertinence du déploiement de ces ESCAP. Une évaluation devra être réalisée par l'UNPS, en coopération avec l'assurance maladie. Pour cela, L'UNPS transmettra à la Cnam les données à sa disposition et nécessaires au suivi de la mise en œuvre du dispositif ainsi qu'à l'évaluation de l'action.

Il est attendu que l'UNPS :

- mette à jour les données du bilan intermédiaire
- évalue :
 - les retours d'expérience des professionnels de santé
 - les modalités de la coordination mises en place par les professionnels de santé à savoir notamment quelles organisations ont été mises en place, quel usage de l'outil de coordination a été fait, les cas échéant, l'utilisation d'autres outils, l'usage de la télémedecine...
 - 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).

Les éléments de suivi de l'expérimentation pourront être complétés et adaptés en CSA ACIP.

ANNEXE :

Annexe 1 : grille d'éligibilité