

# ACCORD CONVENTIONNEL INTERPROFESSIONNEL ET MAISONS DE SANTÉ PLURIPROFESSIONNELLES

↪ *Éléments partagés le 26 septembre 2018 :*

*Éléments généraux : « vie » du contrat et définition des professions de santé*

*Caractéristiques des critères socles pré requis / critères socles*

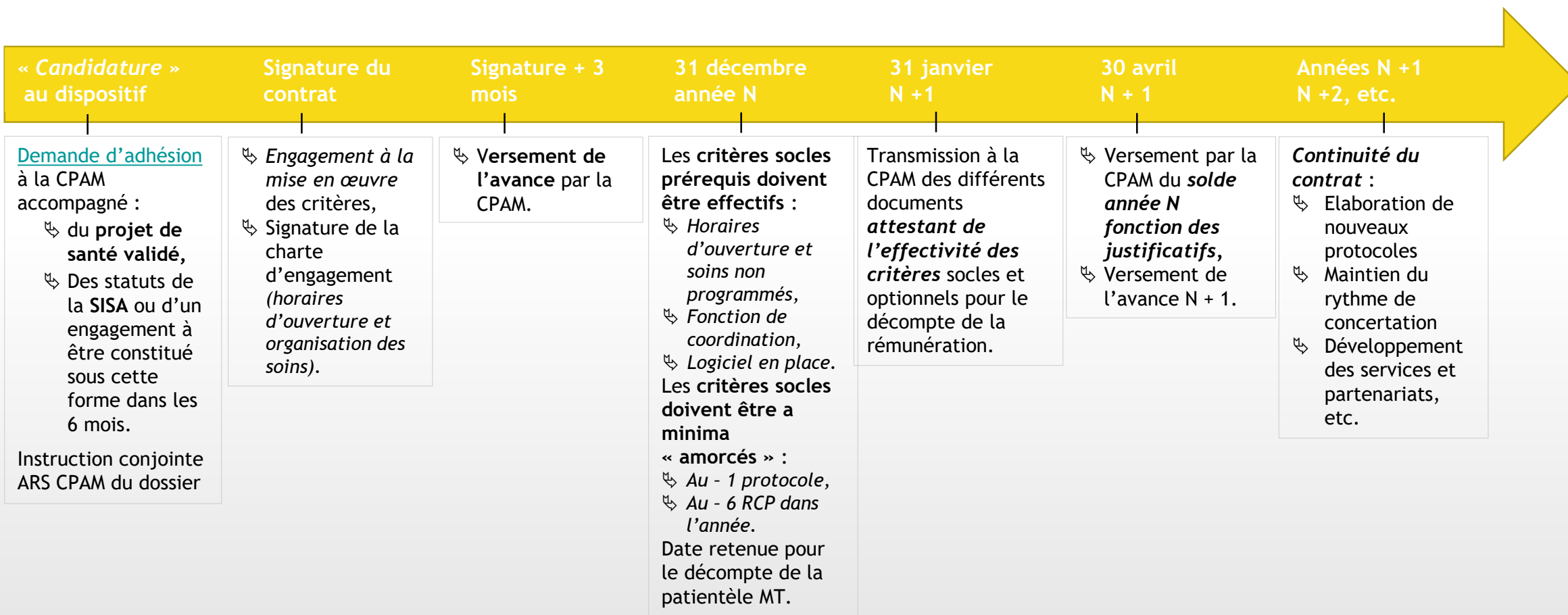
*Notion d'ouverture et d'organisation des soins non programmés*

*Missions de santé publique*

*Protocoles pluriprofessionnels*

*Concertation pluriprofessionnelle*

# « VIE CLASSIQUE » D'UN CONTRAT



# DIVERSITÉ DE L'OFFRE DE SOINS (QUELLES SONT LES PROFESSIONS DE SANTÉ RECONNUES ?)

Selon le CSP, les professions de santé reconnues sont les suivantes :

- **Professions médicales** : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme chirurgien-dentiste et odontologiste (articles L.4111-1 à L.4163-10) ;
- **Professions de la pharmacie et de la physique médicale** : pharmacien, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière, physicien médical (articles , à L.4252-3) ;
- **Auxiliaires médicaux** : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical, audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste, orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, diététicien, aide-soignant, auxiliaire de puériculture et ambulancier (articles L. 4311-1 à L.4394-3)

↳ Les professionnels qui ne relèvent pas de ces catégories ne peuvent donc pas faire partie en tant que tels de la maison de santé (donc de la SISA). En revanche, ils peuvent participer aux actions de la MSP, notamment quand ils sont signataires du projet de santé et que celui-ci le prévoit.

Pour rappel, une maison de santé implique au minimum 2 médecins et 1auxiliaire médical, conformément au cahier des charges national.

# DIFFÉRENCE CRITÈRES SOCLES PRÉREQUIS / CRITÈRES SOCLES

NATURE DU CRITÈRE	CARACTÉRISTIQUE / DÉFINITION	DÉROGATION(S) POSSIBLE	AXE CONCERNÉ
SOCLE PRÉREQUIS	<p><b>Soit : Prérequis à la rémunération.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ Pas d'obligation de leur mise en place effective à la signature du contrat</li> <li>↪ Mais <b><u>respect obligatoire à la transmission des justificatifs pour déclencher la rémunération</u></b></li> </ul>	<p>2 cas :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Structure équipé d'un <b><u>logiciel « délabellisé »</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ Dérogation valable l'année de retrait du label et l'année suivante.</li> </ul> </li> <li>2. <b><u>Nouvelles structures</u></b> : équipes dont le <b>projet de santé est validé depuis moins d'1 an</b> à la date de signature du contrat.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>↪ Atteinte de 2 critères prérequis sur 3,</li> <li>↪ Dérogation les 2 1ères années du contrat.</li> </ul> </li> </ol>	<p>Accès aux soins : horaires d'ouverture et organisation d'une réponse aux soins non programmés.</p> <p>Travail en équipe : fonction de coordination identifiée.</p> <p>Système d'information : logiciel niveau standard du label ASIP.</p>
SOCLE	<p>Engagement nécessaire de la structure sur cet indicateur mais <b><u>1 progressivité dans le degré d'atteinte de l'indicateur est possible.</u></b></p> <p>Par exemple : 1 seul protocole élaboré valide le critère.</p>		<p>Travail en équipe :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Elaboration de protocoles pluriprofessionnels,</li> <li>✓ Réunions de concertation pluriprofessionnelle.</li> </ul>

# OUVERTURE DE LA MSP ET SOINS NON PROGRAMMÉS

## Focus socle-prérequis :

Assurer des horaires d'ouverture de 8h/20h en semaine / le samedi matin / pendant les congés scolaires

+

Organiser la prise en charge des patients pour des soins non programmés

## ↳ Pas indispensable que :

- l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents sur toute l'amplitude horaire
- qu'un médecin soit présent sur toute l'amplitude horaire

Minoration des points quand la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire

*L'organisation mise en place au sein de la structure doit :*

- ✓ **Garantir l'accès à une réponse pertinente et l'orientation des patients si besoin,**
- ✓ *Permettre l'intervention rapide, si besoin, d'un médecin ou d'une infirmière soit dans un délai de 30 minutes environ.*
- ✓ *Être définie dans le projet de santé.*

↳ **Ne constitue pas une organisation suffisante : le seul fait que la MSP soit « ouverte » avec 1 affichage et 1 permanence téléphonique de type répondeur. (qui préciserait la démarche à suivre sans permettre l'accès si besoin à un professionnel de santé).**

# MISSION(S) DE SANTÉ PUBLIQUE

## CADRE DE L'ACI :

Critère optionnel de l'Axe 1 « Accès aux soins »

Au moins et jusqu'à 2 missions valorisables

350 points variables / mission

Définition en annexe du contrat d'adhésion :

- ✓ De(s) thématique(s) mise(s) en œuvre
- ✓ Des modalités d'évaluation et de justificatifs

## THÉMATIQUE(S) POSSIBLE(S) :

### • *Liste Annexe 2 de l'ACI :*

- ✓ Amélioration de la couverture vaccinale
- ✓ Lutte contre la tuberculose
- ✓ Surpoids et obésité chez l'enfant
- ✓ Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans
- ✓ Prévention du suicide
- ✓ Prévention spécifique en direction des personnes âgées pour les régions hors PAERPA
- ✓ Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité
- ✓ Education thérapeutique et éducation à la santé

### • *En cohérence avec le PRS*

### *Les missions ne peuvent :*

- ✓ *Porter sur 2 thèmes identiques de la liste*
- ✓ *Être développées sur 2 thématiques du PRS.*



**Fiche  
En annexe**

# PROTOCOLES PLURIPROFESSIONNELS

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



- ↳ Réalisation d'au moins 1 protocole
- ↳ 1 protocole = 100 pts / maxi 8 protocoles valorisés
- ↳ Définition à l'article 3.2 ACI
- ↳ Priorité sur les pathologies listées en annexe 3 ACI
- ↳ Autres pathologies : examen au cas par cas par service médical AM pour éventuelle valorisation
- ↳ Pas vocation à être transmis à la HAS
- ↳ Chaque protocole élaboré doit être transmis à la CPAM

# CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

↳ Organiser des réunions de concertation pluri professionnelles entre les professionnels de la structure autour des cas de patients.

- ↳ Réalisation d'au moins 6 réunions /an
- ↳ Étude de dossiers correspondant à 5 % de la patientèle MT en ALD ou de plus de 75 ans non ALD
- ↳ Points variables : 1000 points proratisés en fonction de la patientèle de référence (4 000) et de l'assiette de référence (5%)
- ↳ Priorité sur les pathologies listées annexe 3 ACI
- ↳ Justificatif à transmettre à la CPAM : calendrier des réunions de concertation /année civile et nombre de dossiers examinés à chaque réunion
- ↳ Les comptes rendus des réunions ne sont pas transmis mais tenus à disposition du SM AM



# CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

Les réunions de concertation doivent :

- Permettre de définir une stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre par les différents professionnels
- Être formalisées par des comptes rendus intégrés dans le dossier informatisé du patient
  - sous une forme permettant d'alimenter le DMP
  - sous une forme permettant des requêtes dans le SI de la structure

## Base de calcul de l'assiette

2018 :

- patientèle « MT » des médecins associés de la structure **et** des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure
- patients en ALD **et** patients âgés de plus de 75 ans **et** enfants âgés de 0 à 16 ans en ALD ayant bénéficié d'au moins 2 soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année écoulée.

2019 :

- patientèle « MT » des seuls médecins associés de la structure
- patientèle « MT » déclarée en ALD **et** patientèle « MT » âgée de + de 75 ans

# CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

Calcul de l'indicateur :

- **Assiette de référence** : 5% des patients « Médecin Traitant » en ALD ou bien, s'ils ne sont pas en ALD, qui ont plus de 75 ans

↳ **Exemple** : Au sein de la patientèle « médecin Traitant » = 300 patients ALD + 200 patients « + 75 ans non ALD »

↳ 25 dossiers à étudier au cours de l'année,

↳ En dessous de ce taux, une proratisation est appliquée

↳ Exemple : 12 dossiers étudiés

↳  $12 \times 1000 / 25 = 480$  points obtenus.

- Proratisé à la patientèle de référence (4 000) :  $1\,000 \text{ pts} \times \frac{\text{patientèle de la structure}}{4\,000} \times 7 \text{ €}$

4 000

↳ Soit dans l'exemple :  $480 \text{ points} \times \frac{\text{patientèle de la structure}}{4000} \times 7 \text{ €}$

4000