



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

CONVENTION MÉDICALE

FOCUS N°12 – TRAVAIL EN ÉQUIPE ET CONDITIONS D'EXERCICE

17 JANVIER 2024

01.

LES MESURES DE SIMPLIFICATION ADMINISTRATIVE

CONTEXTE

Au cours de la première négociation, une mission flash a été confiée à Pierre Albertini et au Dr. Franzoni sur la simplification administrative. Le rapport formule des constats et recommandations autour de 6 axes :

- ① La charge induite par la demande de délivrance de certificats médicaux souvent qualifiés « d’inutiles »
- ② La lourdeur administrative du processus de facturation (flux dégradés, pièces justificatives exigées, indus, courriers, traitement des rejets...)
- ③ Les procédures d’admission et de renouvellement des ALD sur lesquelles persistent encore des perspectives d’amélioration
- ④ La personnalisation des relations avec l’Assurance Maladie
- ⑤ Le renforcement de l’offre sur amelipro et la cohérence avec les chantiers de la feuille de route du numérique en santé
- ⑥ Les perspectives tracées par la feuille de route du numérique en santé

Dans le prolongement, la CNAM et les pouvoirs ont engagé plusieurs séries de mesures pour amplifier l’effort en faveur de la simplification administrative dans l’exercice des médecins.

1. RÉDUIRE LA DEMANDE DE CERTIFICATS MÉDICAUX INUTILES

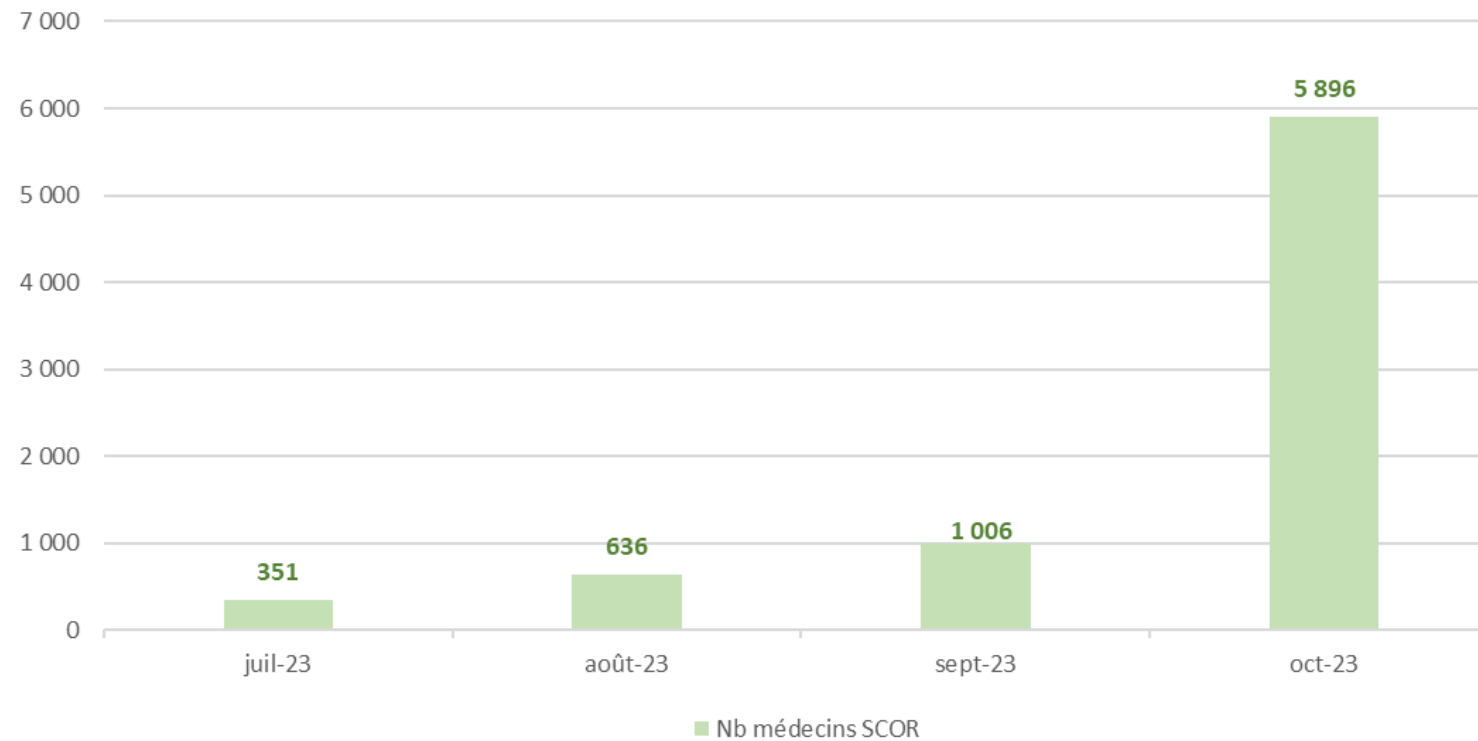
Pilote	Réalisé	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'information des publics (assurés et médecins) – publication d'une nouvelle page ameli avec infographie simplifiée (à réglementation constante)	<ul style="list-style-type: none">• Nouvelles actions de communication : Osmose (communication ciblée) aux médecins
Ministère et autres acteurs	<ul style="list-style-type: none">• Faire évoluer la réglementation pour les certificats médicaux obligatoires – publication du décret du 31 août 2023 réduisant les sports à contrainte particulière	<ul style="list-style-type: none">• Renforcer la mobilisation de l'Etat et des acteurs concernés – diffusion d'une instruction interministérielle instituant i) <i>un observatoire des certificats inutiles</i>, ii) invitant les services de l'Etat déconcentrés à informer et mobiliser les acteurs locaux et à iii) demander aux fédérations sportives de réévaluer les demandes de certificats

2. OPTIMISER LES PROCESSUS DE FACTURATION

Pilote	Réalisé	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none">• Déploiement de SCOR (Scannérisation des feuilles de soin) avec transmission des pièces jointes – cahier des charges diffusé le 9 juin (intégration par les éditeurs en cours)• Prise en compte des rejets de facturation par feuille de soin (moyen/long terme)	<ul style="list-style-type: none">• Reformulation des courriels portant sur les rejets de facturation les plus fréquents – avec association de médecins, intégration pour début 2024• Etude de faisabilité de la signature électronique• Profil facturation / rejets avec datavisualisation via amelipro• Déploiement progressif de l'ApCV

2. OPTIMISER LES PROCESSUS DE FACTURATION FOCUS – SCOR / MEDECINS

Nombre et taux de médecins utilisateurs de SCOR



3. POURSUIVRE ET ACCÉLÉRER LES DÉMARCHES DE FACILITATION DE LA GESTION DES ALD

Pilote	Réalisé	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> Mesures internes pour augmenter la part des renouvellements à l'initiative du service médical Renforcement de la visibilité sur amelipro des ALD qui appellent une action du médecin Communication Osmose mise à la disposition des caisses pour inviter à la réalisation de protocoles de soins électroniques (PSE) 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'information des assurés arrivant à l'échéance de leur ALD : envoi par courriel d'une info sur l'échéance à venir Homogénéisation pour les assurés des autres régimes <ul style="list-style-type: none"> Pour la MGEN, travaux en cours en vue d'une intégration en 2025 Pour les AAT, travaux en cours avec la CAMIEG
HAS		<ul style="list-style-type: none"> Saisine par la DSS pour augmenter les durées de certaines ALD Inscription au programme de travail 2024 : avis sur l'opportunité d'ALD à durée indéterminée

4. INDIVIDUALISER DAVANTAGE LES RELATIONS ENTRE LE RÉSEAU DE L'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX

Pilote	Réalisé	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none">• Consignes envoyées aux médecins-conseil référents :<ul style="list-style-type: none">- Déploiement de solutions mobiles pour tous les praticiens-conseils- Appel des prescripteurs en cas de refus d'ALD ou fin d'AAT- Usage accru de l'EMS (amelipro)- Rappel du praticien dans les 24h par le service médical en cas d'échange infructueux- Présentation des travaux des GT sur les relations clients	<ul style="list-style-type: none">• Déploiement MSS au sein du service médical : à terme, solution complémentaire à EMS amelipro• Engagement de réponse dans les 48h suivant une demande via l'EMS ou une demande de rappel par un médecin conseil auprès du 3679

5. RENFORCER L'OFFRE DE SERVICE SUR AMELIPRO

Pilote	Réalisé	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> Nouvelle page d'accueil amelipro médecins Amélioration de l'ergonomie des modules EMS et ALD Montée en charge de l'EMS amelipro pour la gestion des prestations individuelles (IJ, DAP, invalidité, ATMP) 	<ul style="list-style-type: none"> Trajectoire d'amélioration avec implication directe d'un panel de médecins : travaux en cours pour instituer un accompagnement/suivi des remontées médecins sur amelipro (« un club utilisateurs ») Alimentation automatique dans le DMP des documents suivants <ul style="list-style-type: none"> eAAT (volet employeur) Certificat ATMP Protocole de soins électronique (PSE) Gestion des réclamations liées à la facturation médecins : déploiement national par vagues jusque mi-2024 de l'outil ReclaPS <ul style="list-style-type: none"> Perspectives : analyse de la possibilité de centraliser tout type de réclamation

6. ASSURER LA QUALITÉ DE L'ERGONOMIE DES LOGICIELS SÉGUR, LES AIDES À LA PRESCRIPTION ET À LA FACTURATION INTÉGRÉES DANS LES LOGICIELS

Pilote	Réalisé)	En cours (à fin 2023)
Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> • Campagnes d'accompagnement des médecins 	<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelles campagnes d'accompagnement dans le cadre de la feuille de route numérique
Ministère (DNS)	<ul style="list-style-type: none"> • Assouplissement et communication de la doctrine pour la qualification de l'identité nationale de santé par les médecins • Opération Sentinelle : 7 DNS experts sur logiciels référencés Ségur ont organisé les remontées terrain auprès de l'AM, de la DNS et des éditeurs • MSS : correction de plusieurs anomalies • Concertation / bilan du Ségur : séminaire médecine de ville le 20 nov. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuite de la mobilisation dans le cadre du Ségur, orientée vers l'amélioration de la qualité et de l'ergonomie des logiciels et leurs performances • Accès carte professionnel de santé en intégré logiciel pour le dossier médical partagé

PERSPECTIVES COMPLÉMENTAIRES

- **Pour poursuivre les efforts, structurer le suivi des observations et des demandes des médecins** relevant de la simplification administrative.
- **Faciliter le recrutement et la gestion RH pour les médecins**, notamment d'assistants médicaux (réalisé : communication Osmose en faveur du dispositif « Tese » de l'Urssaf).
- **Améliorer le recours aux droits des médecins en tant qu'assurés sociaux** : amélioration du processus d'IJ et d'accès aux droits (arrêts maladie, congés parentaux...).

CAMPAGNE BON USAGE DU SYSTÈME DE SANTÉ (LANCÉE LE 8 OCT. 23) – ÉLÉMENTS DE RÉSULTAT

- **Si la mémorisation spontanée de la campagne par le grand public reste moins élevée que des campagnes comparables (sans doute en raison d'un contexte médiatique et publicitaire très chargé), les scores d'incitation, de compréhension et d'agrément sont positifs :**
 - En cohérence avec la stratégie de diffusion, le spot TV « lapin » sur l'annulation des rendez-vous est le mieux mémorisé,
 - La campagne plaît à 9 personnes sur 10 que ce soit auprès des Français ou parmi les généralistes, et dépasse ainsi de près de 10 points le référentiel (87% vs réf. 68%-78%).
 - Le grand public se dit incité à adopter les bons réflexes : 9 Français sur 10 estiment ainsi que cette prise de parole pousse à annuler les rendez-vous en cas d'empêchement
- **Selon l'étude, les médecins, naturellement plus sensibles au sujet évoqué sont plus nombreux à avoir identifié spontanément la campagne (53%), avec notamment un bon score de reconnaissance du spot « lapin ».**
 - Les médecins, comme les assurés, reconnaissent le bien-fondé de cette campagne (95%)

02.

LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

Missions socles	2 missions socles de l'ESS (obligatoires)	<u>Activités</u> de l'ESS
	Accès aux soins de spécialité pour tous	<ul style="list-style-type: none">Proposer une organisation permettant de donner un accès rapide à un avis spécialisé (exemple : ouverture agenda, téléexpertise, téléconsultation ou consultation avancée, organiser l'accès aux soins non programmées en journée)
Coordonner tous les acteurs	<ul style="list-style-type: none">Faciliter et optimiser la collaboration entre acteurs du 1^{er} et 2^{ème} recours et si besoin 3^e recours avec gradation des soins (mise en place d'au moins un parcours de soins sur une pathologies avec protocole et arbre décisionnel ...) de préférence en utilisant les outils numériques comme la télémédecine (exemple : téléexpertises, téléconsultations, télésurveillance...)	

Missions annexes

Déploiement de bonnes pratiques, formation, santé publique, etc.

FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

Conditions

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, *a minima*, **départemental** (avec une cible possible régionale pour les ESS arrivées à maturité), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée .
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins **20%** des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre, à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration de la d'au moins **50 %** des spécialistes de la spécialité concernée présents sur son territoire
- **Suppression de l'intégration des paramédicaux dans le cahier des charges (par rapport à la proposition du début d'année)**

Financement

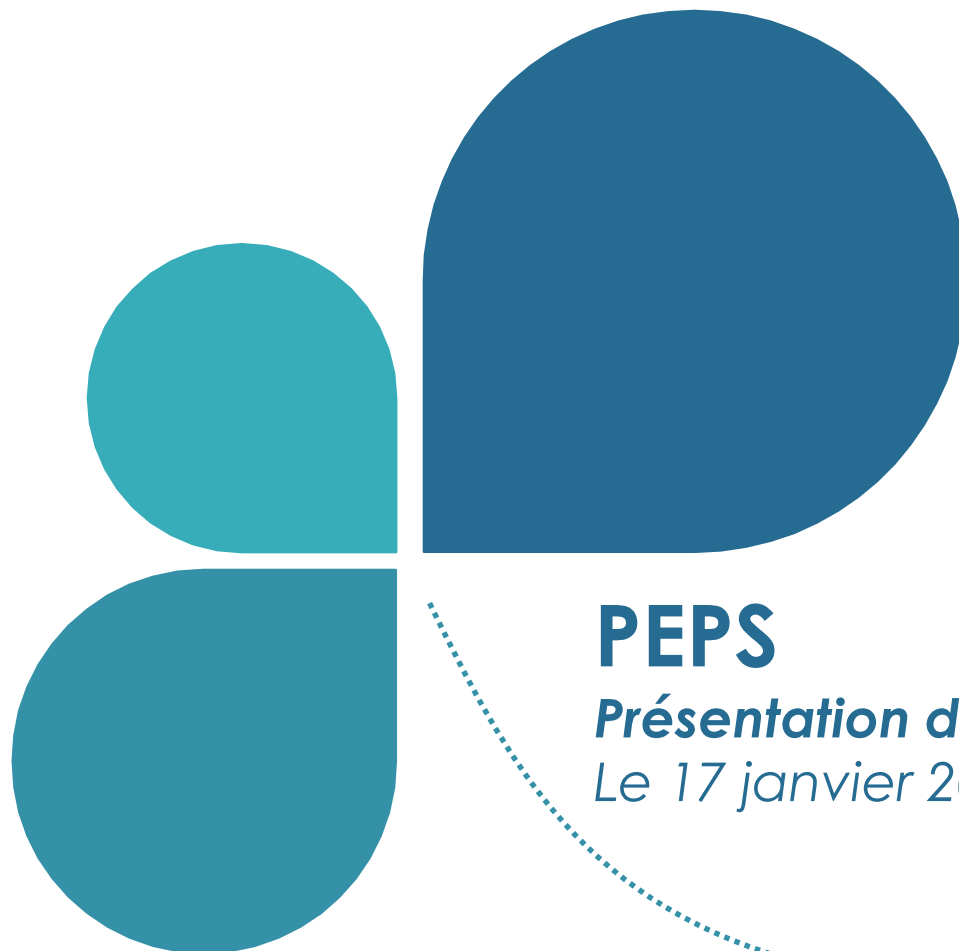
- Le financement d'une ESS s'effectue selon **deux dotations** :
 - Un **crédit d'amorçage de 40 000 euros**, à l'acceptation de la lettre d'intention simplifiée, afin de pouvoir rédiger le projet de santé.
 - Une **dotations annuelle dès la première année entre 50 000 et 100 000 euros pour les missions socles** en fonction de la taille (selon le nombre de PS ?), puis complément en fonction des missions optionnelles
- Un suivi régulier de la montée en charge du dispositif est proposé, afin d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour prendre en compte la diversité de leurs tailles

03.

PRÉSENTATION PEPS



ARTICLE 51, l'innovation en santé



PEPS

Présentation de l'expérimentation

Le 17 janvier 2024



Qu'est-ce que PEPS ?



PEPS, une expérimentation de l'Article 51



Expérimentation co-portée par le
Ministère de la Santé (DSS) et
l'Assurance Maladie



Lien vers le cahier des charges [ici](#)

PRÉSENTATION DE L'EXPÉRIMENTATION

Le **paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)** est une expérimentation qui offre la possibilité à une équipe de professionnels d'être **rémunérée collectivement** par un **forfait substitutif à l'acte**.

L'ambition de PEPS est de permettre aux équipes d'optimiser la prise en charge de leurs patients notamment en libérant du temps médical et en renforçant **la coopération et la coordination entre les professionnels de santé**.

#Objectifs



1 - Améliorer la qualité du parcours et optimiser la prise en charge des patients



2 - Améliorer la qualité de vie au travail des soignants



3 - Améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses



4 - Gagner en pertinence en diminuant le nombre d'actes évitables



#L'équipe PEPS

- Au moins 5 professionnels de santé volontaires travaillant au sein d'une MSP ou d'un CDS.
- Une équipe pluriprofessionnelle : au minimum 2 médecins généralistes - volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire - et au moins 1 infirmier (Asalée, IPA y compris).

Les professionnels de santé des équipes candidates peuvent entrer ou sortir de l'expérimentation à tout moment, tant que les conditions d'éligibilité sont bien respectées (au moins 5 professionnels de santé dans l'équipe, dont 1 infirmier et 2 médecins généralistes).

#La rémunération PEPS

La rémunération PEPS est substitutive pour la patientèle médecin traitant sur un périmètre d'actes (*actes cliniques : consultations, visites...*).

Le forfait rémunère l'activité de l'équipe selon le profil et le nombre de patients médecin traitant et les caractéristiques de la structure.

#Versement

La rémunération est versée à la structure (SISA ou CDS) pour l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle participante sous forme de 4 avances trimestrielles et du versement d'un solde,
Les membres de l'équipe sont libres dans l'utilisation et la répartition de la rémunération qui en est faite.

15 équipes ont basculé au paiement forfaitaire en équipe

Actuellement
3 MSP et 12 centres de santé

Liste des structures

13 depuis début 2021

- CDS Village 2 santé
- MSP des Allymes
- MSP Caduceus
- CDS Richerand
- CDS Municipaux Nanterre
- CDS Municipaux Malakoff
- CDS Medico-dentaire Salvador Allende
- CDS Municipaux Champigny-sur-Marne
- MSP Collectif Santé
- CDS Participatif Le Château En Santé
- CDS ACSBE La Place Santé
- CDS Municipaux Gennevilliers
- CDS Municipal Docteur Pesqué

+ 2 depuis début 2022

- CDS Communal Simone Veil
- CDS La Case de Santé

Cartographie



57 349

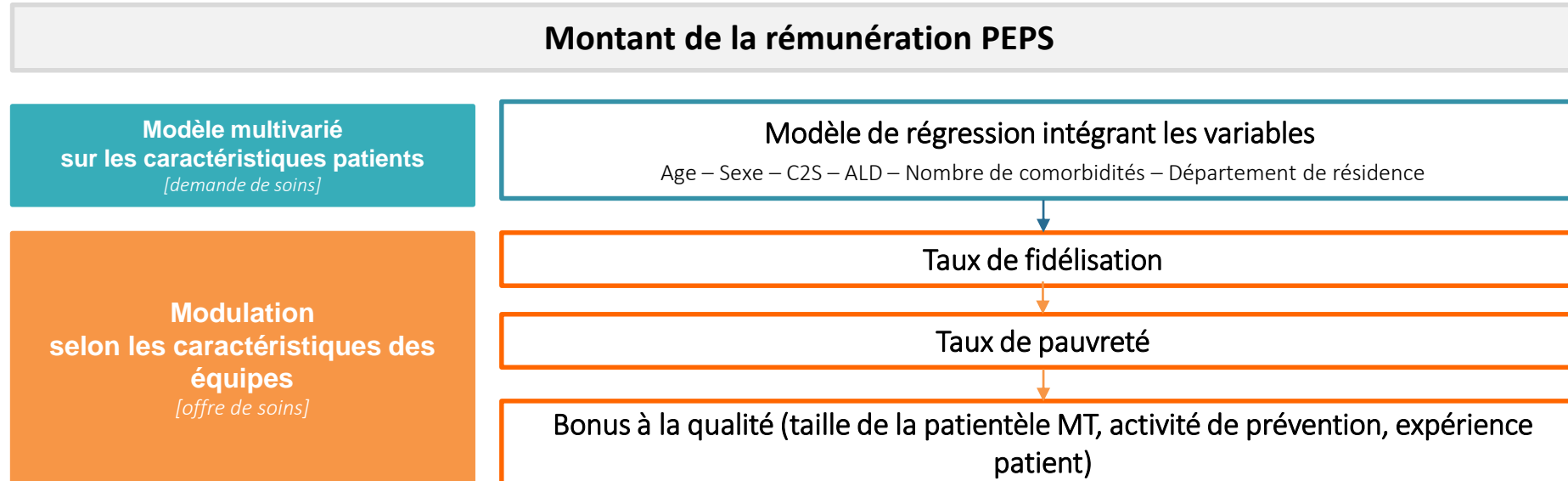
Patients sont concernés par PEPS au 31 décembre 2022



Rémunération



	MÉDECIN GÉNÉRALISTE
<i>Inclus et substitués par le forfait</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations médicales • Visites médicales • Téléconsultation • Majorations et compléments associés
<i>Non inclus et non substitués par le forfait</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Indemnités kilométriques, actes techniques, soins réalisés dans le cadre de la PDSA • Autres rémunérations forfaitaires : <ul style="list-style-type: none"> • <i>ROSP</i> • <i>Forfait structure</i> • <i>Forfait médecin traitant, etc.</i>



Ces modalités de rémunération sont susceptibles d'évoluer car des modifications sont en cours de tests.

Afin d'avoir de la visibilité sur le montant des forfaits, les expérimentateurs ont à leur disposition un outil qui donne le montant du forfait en fonction des caractéristiques du patient

Simulateur de rémunération PEPS

ENTREE

Patient	
Sexe	Homme
Age	45
ALD	
ALD neurologique	Non
ALD cardiologique	Non
ALD Cancer	Non
ALD diabète	Non
ALD psychiatrique	Non
Nombre d'autres ALD	0
Bénéficiaire de la C2S	Non
Département de résidence	1
Etablissement	
Nom de l'établissement	(Aucun)

SORTIE

Le forfait modélisé et modulé
associé au patient consommant
pour votre structure est de :

64.79 €

Précision sur le modèle multivarié

- Le modèle multivarié permet d'attribuer à un patient un montant de forfait qui dépendent de ses caractéristiques pour s'ajuster au risque.
- Pour évaluer ce montant, on se base sur un échantillon aléatoire de 1,5 millions d'individus.
- Le montant du forfait est alors équivalent au montant de dépense moyen constaté pour des patients aux caractéristiques identiques.

Précision sur le taux de fidélisation

Le taux de fidélisation permet d'ajuster le montant des rémunérations en fonction des actes que les patients font à l'extérieur de la structure. L'objectif est d'éviter de rémunérer des soins réalisés à l'extérieur et donc d'éviter un surcoût pour l'Assurance Maladie.



Retours d'expérience



Paroles de professionnels

D'après les premiers retours d'expérience de la part des expérimentateurs, nous constatons des résultats positifs sur la transformation des pratiques, la qualité de vie au travail des professionnels ainsi que la qualité de la prise en charge des patients.

En effet, d'après les équipes expérimentatrices, le financement forfaitaire a permis de renforcer la coordination pluriprofessionnelle, le partage de l'information entre les professionnels et la délégation de tâches permettant ainsi une libération du temps médical. La réorganisation s'appuie en grande partie sur la coopération entre les médecins et les infirmiers de la structure. Nous remarquons également que les professionnels sont incités à une pratique médicale efficace, par l'orientation vers le professionnel de l'équipe le plus pertinent selon la situation du patient et au développement d'activités en dehors des nomenclatures existantes (prévention, éducation à la santé du patient...).

"PEPS nous permet de nous sentir valorisés et reconnus dans notre travail" MG

"Lorsque je fais une consultation longue avec un patient qui en a besoin, je ne me dis plus que je fais perdre de l'argent au centre" MG

"L'augmentation des patients MT n'est pas juste un gain en terme financier. Cela permet une structuration du parcours du patient et ça le responsabilise dans son parcours" MG

"On gère les patients en équipe, il y'a un croisement des regards sur un même cas " IDE

"Quand un patient MT arrive à l'accueil, je suis beaucoup plus détendue. J'ai le temps de faire la discussion" Accueillante

"Les parcours des patients sont plus coordonnés" IDE

Evolution de la patientèle MT moyenne par MG dans les MSP

2019	2020	2021	2022
833 patients / MG	902 patients / MG	1006 patients / MG	942 patients / MG

Départ d'un médecin et arrivée de deux autres dans une des MSP

Si on ne prend pas en compte le changement d'équipe dans une MSP qui induit forcément une baisse de patientèle moyenne, les équipes ont augmenté leur patientèle MT par MG de 21 à 23% depuis leur entrée dans l'expérimentation.



Podcasts réalisés avec des expérimentateurs PEPS :

- [Julie Boitard \(Richerand\)](#)
- [Elisa Marais \(Simone Veil\)](#)
- [Carole Coquantif \(Château en Santé\)](#)



PEPS 2



Les suites de l'expérimentation envisagées par l'équipe nationale projet

01

Ouvrir une **nouvelle phase expérimentale (PEPS 2) de courte durée** afin de traiter l'ensemble des sujets restants du modèle économique. L'expérimentation se déroulerait de juillet 2024 à Juillet 2026

02

Intégrer de nouvelles MSP. L'objectif est d'avoir autant de MSP que de CDS dans l'expérimentation PEPS 2. Il y a d'ores et déjà une dizaine de MSP spontanément volontaires pour tester le modèle PEPS à l'occasion d'une V2.

- D'après les retours des équipes, le nouveau mode de rémunération introduit par PEPS permet des **changements de pratiques** au sein des équipes de professionnels en renforçant notamment la **coordination** et la **délégation de tâches**.
- Ces changements de pratique permettent selon les équipes une **sensible augmentation de leur file active médecin traitant**.
- Ce mode de rémunération améliore de manière importante le **sentiment de bien-être au travail des soignants**, conjugué à une nette **amélioration de la qualité des soins perçue par les équipes**.
- Les réorganisations permises par le passage à un paiement au forfait ne sont possibles qu'à une échelle globale, donc **au niveau de la patientèle MT totale d'une structure**, pour dégager suffisamment de marges de manœuvre et afin de mutualiser les risques et les ressources humaines.
- A l'heure actuelle, le **panel d'expérimentateurs** est largement constitué de **centres de santé**. Or, les **MSP matures** sont des structures particulièrement adaptées à ce mode de rémunération et une forte demande est remontée du terrain pour accroître le nombre de MSP rémunérées au forfait dans une éventuelle suite de l'expérimentation.

QUESTIONS POUR DISCUSSION

- 1 **Quel est votre regard sur cette expérimentation dont les premiers retours d'expérience des médecins et des patients semblent positifs ?**
- 2 **Pour les groupes de médecins libéraux volontaires qui souhaiteraient s'inscrire dans cette démarche, comment la convention peut se saisir de ce sujet pour s'approprier ce nouveau mode de rémunération ?**
- 3 **Quelles garanties les partenaires conventionnels peuvent-ils insérer pour s'assurer que ce modèle de rémunération reste à la seule main des médecins généralistes libéraux volontaires et qu'ils restent maîtres de leur outil de travail ?**
 - Exemples : statut juridique, financement, etc.