

UNION NATIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

CONSEIL

Réunion du 10 septembre 2020

Point III

Objet : Orientations en vue de la négociation d'avenants aux conventions nationales et accords interprofessionnels à la suite de la crise sanitaire et au Ségur de la santé

Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est appelé à définir ses orientations relatives à la négociation d'avenants aux différentes conventions nationales et accords interprofessionnels conclus avec les représentants des professions de santé à la suite de la crise sanitaire liée au COVID-19 et dans le prolongement des conclusions du Ségur de la santé de juillet 2020.

I- Contexte et éléments de bilan

Ces négociations se placent dans un contexte particulier et inédit : elles visent à tirer collectivement les enseignements de la crise sanitaire liée au COVID-19 en procédant à des aménagements structurants, via les différentes conventions nationales pluri et mono professionnelles, afin d'adapter et assouplir notre système de santé pour mieux prendre en compte les besoins des professionnels de santé et des assurés.

1.1. L'exercice coordonné

La crise sanitaire a confirmé que là où elles existaient, les formes d'exercice coordonné même embryonnaires ont pu participer efficacement à la gestion de la crise.

L'exercice coordonné a suscité un vif intérêt des professionnels de santé pendant la crise sanitaire. Les communautés professionnelles ainsi que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé (CDS) sont apparus comme des organisations-clés apportant une réponse souple, rapide et organisée aux besoins de coordination.

La période de crise sanitaire a montré l'intérêt de pouvoir fédérer les professionnels de santé autour d'organisations coordonnées avec notamment la mise en place de centres COVID, la distribution des EPI (équipements de protection individuelle), la mobilisation conjointe des médecins, des pharmaciens et des professionnels paramédicaux, les coopérations avec les

collectivités territoriales mais aussi une gestion commune de la crise avec les établissements de santé de leur territoire, ou des collaborations inédites avec les EHPAD. Ces retours d'expérience illustrent l'intérêt de la démarche portée par les CPTS pour apporter des réponses de proximité, adaptées à chaque territoire, selon des modèles d'organisation adaptés aux équipes et aux territoires. On peut citer comme exemple le territoire des Hauts-de-France, sur lequel les pharmaciens implantés souhaitaient mettre en place une CPTS antérieurement à la crise épidémique, mais n'avaient pas encore fédéré les autres professionnels de santé. La mise en place d'un centre dédié à la prise en charge des patients suspects Covid a permis de relancer le projet, plus particulièrement avec les médecins généralistes du territoire.

En miroir à la réactivité dont les professionnels de santé ont fait preuve dans ces circonstances, l'accompagnement des démarches favorisant la structuration de l'exercice coordonné est à accélérer.

La dynamique amorcée autour de l'exercice coordonné via la réforme « Ma santé 2022 » doit être poursuivie en lien avec les objectifs du Ségur de la santé qui met l'accès aux soins et la coordination entre les différents secteurs de l'offre de soins en tête des orientations stratégiques pour transformer notre système de santé.

Les négociations à venir se situent ainsi dans la droite ligne de ces réformes qui visent à créer un véritable engagement collectif de tous les acteurs de soins au service de la population de leur territoire, en renforçant le développement de l'exercice coordonné, via notamment les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui permettront une réelle structuration territoriale des soins ainsi qu'une coordination interprofessionnelle dynamique, et pourront aider ainsi à faire face efficacement aux épidémies.

Depuis juin 2019, les CPTS disposent d'un accord conventionnel interprofessionnel signé par 41 organisations professionnelles représentatives des professionnels de santé et organismes gestionnaires de centres de santé qui vise à leur apporter un soutien financier afin de favoriser la coordination entre professionnels de santé et apporter des réponses organisationnelles aux besoins spécifiques de la population de chaque territoire.

En février 2020, la Direction Générale de l'Offre de Soins dénombreait 533 projets de CPTS à des stades de maturité différents (contre 308 projets en juin 2019), dont 60 CPTS déjà en fonctionnement et 158 projets en phase d'amorçage (lettre d'intention validée par l'ARS). Pour accompagner les porteurs de projet, l'Assurance Maladie a notamment développé l'outil Rézone-CPTS qui les aide à constituer leur projet de santé au plus près des spécificités de leur territoire.

Durant la crise sanitaire, malgré une suspension des validations des projets de santé, il a été constaté un fort attrait pour l'exercice coordonné : des CPTS composées d'une soixantaine d'adhérents ont vu leur nombre d'adhésions augmenter jusqu'à 200 pendant la période épidémique.

Début juin 2020, un tiers des CPTS ayant un projet de santé validé avaient signé un contrat prévu par l'ACI des CPTS, soit 19 contrats signés par des porteurs de projets, l'ARS et l'Assurance maladie au sein de 6 régions distinctes :

- 1 contrat en Normandie ;
- 3 contrats en Ile-de-France ;
- 1 contrat en Grand Est ;

- 8 contrats en Centre-Val-de-Loire ;
- 1 contrat en Nouvelle-Aquitaine ;
- 5 contrats en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Ces communautés professionnelles signataires couvrent en moyenne un territoire représentant 112 600 habitants.

Parmi les différentes professions adhérentes aux communautés professionnelles territoriales de santé, 70% du total des adhésions est constitué par les médecins généralistes (1 adhérent sur 3 d'une CPTS est un médecin généraliste), les infirmiers, les pharmaciens et les masseurs-kinésithérapeutes.

Au-delà des 19 contrats signés, 23 contrats ACI CPTS étaient cours de signature en juin. 8 nouveaux contrats ont été signés en juillet et août.

L'ACI offre un cadre souple et pragmatique de mise en œuvre des CPTS. S'il définit des missions prioritaires socles (l'accès au médecin traitant, l'accès aux soins non programmés, l'organisation de parcours visant à mieux prendre en charge des patients atteints de pathologies chroniques, la prévention), les CPTS ont la possibilité de mettre en œuvre et développer ces missions de manière progressive dans le temps. Les missions dites « optionnelles » peuvent quant à elles être déployées tout au long de la période du contrat.

Parmi les CPTS signataires de l'ACI ayant choisi de travailler en priorité sur la mise en place de parcours, 5 d'entre elles (soit un quart) ont choisi d'apporter des réponses à la prise en charge des personnes âgées sur leur territoire. Parmi les thèmes retenus pour la mission en faveur de l'organisation de parcours pluri-professionnels, 18% concernent l'articulation entre le 1^{er} et le 2nd recours et 12% des thèmes concernent l'organisation des entrées/sorties en établissements de santé.

Concernant la mission en faveur du développement des actions territoriales de prévention, plus de la moitié des thèmes retenus concerne l'accès aux soins et la prévention auprès des populations vulnérables, la couverture vaccinale et le dépistage des cancers.

Si les CPTS apportent une réponse structurée à l'échelle des territoires, les maisons de santé et les centres de santé sont des organisations d'exercice coordonné apportant une prise en charge globalisée à l'échelle d'une patientèle. Ces formes d'exercices coordonnés sont donc complémentaires et permettent de structurer au mieux les parcours des patients dans un contexte de coordination des soins primaires mais également de lien ville-hôpital.

Les CPTS, les MSP et les centres de santé sont les 3 modes d'exercice coordonné qui disposent d'un financement de l'Assurance maladie, mais ces organisations ne résument pas l'ensemble des organisations de soins coordonnés. Les équipes de soins primaires (ESP) et les équipes de soins spécialisées (ESS), définies par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé visent une coordination organisée autour d'un projet de santé co-construit autour d'une patientèle.

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. L'équipe de soins primaire contribue à la

structuration des parcours de santé des patients en coordination avec les acteurs du premier recours. Elle vise notamment, par son projet, l'amélioration de la coordination des soins et de la prise en charge de soins non programmés ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une équipe de soins spécialisée est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins spécialistes d'une ou plusieurs spécialités, hors médecine générale, choisissant d'assurer leurs activités de soins de façon coordonnée avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, dont les équipes de soins primaires, sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent entre eux.

Ces équipes peuvent représenter un premier degré de coordination souple, flexible correspondant aux besoins des professionnels de santé autour de parcours ou de prises en charge, qui ont vocation à se développer en complémentarité et non en concurrence avec les autres formes de coordination pour assurer la cohérence de l'ensemble des dispositifs et dès lors qu'elles fournissent de véritables améliorations pour les patients comme pour les professionnels de santé concernés.

1.2. Valorisation de l'engagement des médecins libéraux dans les dispositifs de prise en charge des soins non programmés

Dans un contexte de tension et de difficulté d'accès aux soins des populations, a fortiori dans une situation de crise sanitaire, le Ministre de la Santé souhaite mettre en place un **service d'accès aux soins (SAS)**. Annoncé dans le Pacte de refondation des urgences le 9 septembre 2019, le SAS vise à orienter les patients ayant un besoin urgent ou immédiat en vue de leur trouver une réponse adéquate au sein du système de santé. Le Ségur de la santé en fait l'un de ses objectifs prioritaires.

Pour mémoire, la fréquentation des services d'urgence a doublé en 20 ans, passant de 10 à 21 millions de recours annuels¹. Entre 1996 et 2014 le nombre de passages aux urgences a presque doublé (+95 % de 10.1 à 19.7 millions de passages par an) alors que la population a augmenté de 11% (de 59.5 millions à 66.1 millions). Or, le nombre des véritables urgences médicales n'a pas varié significativement.

Ces éléments de constat plaident pour un renforcement du rôle de la médecine de ville ainsi que du lien ville-hôpital.

En ville, les patients à ce jour ont plusieurs moyens pour contacter les professionnels de santé :

- la journée, ceux-ci peuvent contacter leur médecin traitant lorsqu'ils en ont un ;
- la nuit et les jours fériés, les patients peuvent contacter le 15 ainsi que des médecins de ville, des pharmaciens et des dentistes soit par le 116 117, le 3237, le 3915, ou d'autres numéros spécifiques.

1

Professeur Carli et T Mesnier. Pour un pacte de refondation des urgences. Ministère de la santé et des solidarités- Décembre 2019

La journée, en l'absence de disponibilité de leur médecin traitant ou s'ils n'en disposent pas, il peut être difficile pour les patients de trouver des professionnels ayant des plages disponibles pour les prendre en charge, dans un contexte où la faiblesse de la démographie médicale implique souvent une activité très soutenue des médecins libéraux. C'est l'une des raisons pour laquelle les populations se tournent vers les services et structures d'urgence hospitalières, même si ce recours aux urgences a également d'autres explications.

Le service d'accès aux soins vise à assurer au patient, lors de l'absence de son médecin traitant, un contact unique dans sa demande de conseils, d'avis et de gestion de ses problèmes de santé que ce soit en urgence ou en soins non programmés. Il doit avoir pour but d'organiser une réponse aux demandes de soins 24h/24 et 7J/7 en articulation avec la permanence de soins ambulatoire (PDSA). Ce service doit permettre la possibilité d'une orientation immédiate vers le moyen de prise en charge le plus adéquat. Ainsi le SAS doit être un service universel accessible à tous sur tous les territoires, quel que soit le lieu d'appel. Le SAS repose sur deux volets, l'un numérique et l'autre téléphonique :

- une plateforme digitale et un site internet permettant d'accéder à une information précise sur l'offre de soins et de prendre rendez-vous rapidement chez un professionnel de santé ;
- un numéro d'appel unique santé à contacter dans toute situation d'urgence ou pour tout besoin de prise en charge rapide opérationnelle 24H/24 et 7J/7.

Le SAS est donc identifié comme la clef de voute d'une nouvelle organisation des réponses aux demandes de soins. Il doit reposer sur une **co - construction ville-hôpital équilibrée**.

Sa mise en place nécessitera ainsi une véritable synergie entre professionnels et acteurs concernés et une véritable implication de la médecine de ville. D'ailleurs, les objectifs affichés par le Président de la République dans son discours du 18 septembre 2018 concernant les soins non programmés étaient clairs : « *Les urgences non vitales doivent donc pouvoir être prises en charge en ville par les professionnels organisés dans leur communauté professionnelle (...) ils devront s'organiser collectivement pour assurer une permanence de soins non programmés de jour.* »

C'est notamment le rôle des CPTS que d'organiser les soins non programmés en ville dans le cadre d'une articulation indispensable avec la régulation médicale par les Samu. L'ACI des CPTS apporte un soutien financier aux professionnels de santé proposant une organisation visant à permettre la prise en charge le jour-même ou dans les 24h de la demande d'un patient du territoire en situation d'urgence non vitale.

Cette mission peut par exemple se traduire par la mise en place de plage de soins non programmés ouvertes par les médecins du territoire dans le cadre d'une régulation, l'accès simple à des examens de radiologie/biologie ou encore à tout autre dispositif d'organisation propre aux professionnels du territoire.

La négociation conventionnelle avec les médecins a vocation à définir les modalités permettant de valoriser leur engagement dans la régulation et la réalisation des soins non

programmés mis en place dans les territoires dans le cadre des CPTS ainsi que dans le SAS.

1.3. Télémédecine et télésoin

La crise COVID-19 a amené les acteurs à innover et a bousculé les modes de prise en charge et les pratiques. Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont mis en place à titre transitoire des mesures dérogatoires pour faciliter la télésanté afin de permettre aux professions médicales et paramédicales d'assurer la continuité des soins des patients tout en évitant les déplacements des patients pour limiter la propagation du virus.

1.3.1. La télémédecine

Pour les médecins, les dérogations aux dispositions réglementaires et à la convention médicale (avenant 6) consistent à :

- prendre en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire les téléconsultations pour l'ensemble des patients, afin de faciliter la facturation et le paiement à distance, en permettant le tiers payant ;
- lever les obligations de connaissance préalable et d'orientation par le médecin traitant, dérogations aux règles de l'avenant 6 sur le parcours de soins pour faciliter l'accès à la téléconsultation pour les patients atteints ou susceptibles d'être atteints de covid-19 ;
- autoriser la téléconsultation par téléphone pour tenir compte de la difficulté d'accès de certains patients au numérique.

Ces mesures se sont traduites par un recours massif à la téléconsultation.

En février 2020, avant la crise du COVID-19, on dénombrait environ 40 000 téléconsultations facturées et plus de 3000 médecins ayant facturé une téléconsultation. Au cœur de la crise, la situation a considérablement évolué : entre mars et avril 2020, on comptabilisait 5,5 millions de téléconsultations, et au 30 avril 2020, on comptabilisait au total près de 5,8 millions de téléconsultations remboursées, avec plus de 36 000 médecins téléconsultant en mars 2020 et jusqu'à 56 000 en avril.

Par ailleurs, le développement de la télé-expertise a été réel même s'il reste limité. On est ainsi passé de 2 785 télé-expertises facturées entre le 10 février (date d'entrée en vigueur du dispositif) et le 31 décembre 2019 à 8 630 télé-expertises de niveaux 1 et 2 au 1^{er} semestre 2020.

Les sages-femmes ont été autorisées à réaliser des consultations à distance pour assurer le suivi de leurs patientes quand elles l'estiment pertinent et qu'aucun examen physique direct n'est nécessaire. Les téléconsultations ont également été autorisées pour la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et d'autres actes (séances de préparation à la naissance...).

Les téléconsultations ont représenté entre 14 et 22% de toutes les consultations des SF pendant la période avec un pic du 06 au 19/04.

1.3.2. Le télésoin

Le télésoin consiste à réaliser des soins à distance entre un patient et un auxiliaire médical. Pour assurer la continuité des soins, la possibilité de facturer ces actes de télésoin a été créée et déployée dans un cadre dérogatoire.

Pour les infirmières : le télésuivi par les infirmiers a été mis en place et pris en charge pour les patients atteints de covid-19, sur prescription médicale et sans obligation de connaissance préalable du patient.

Pour certaines professions – notamment les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes - l'ouverture du télé-soin a été réalisée pour tout ou partie de leur activité à la condition de l'obligation de connaissance préalable du patient (réalisation d'un premier soin en présentiel). Les actes de télésoin autorisés sont prescrits et pris en charge à 100% par l'AMO au même tarif que l'acte réalisé en présentiel.

Cette stratégie a été un succès, accélérant l'usage de la télésanté, et à la lumière de ces éléments, il s'agit donc aujourd'hui de tirer pleinement partie de cet essor de la télémédecine et du télésoin dans un cadre conventionnel.

1.4. Développement du numérique en santé

En dehors de la nécessité de mieux prendre en charge et d'organiser les soins non programmés, parmi les conclusions du Ségur de la Santé publiées le 21 juillet dernier, figure également le **développement du numérique en santé**, qui est un des enjeux majeurs de demain pour la santé en France.

En effet, la transformation du système de santé passe par un développement massif et cohérent du numérique en santé en France.

Des investissements importants sont prévus pour bâtir un parcours de santé outillé par des services numériques ergonomiques, interopérables et faciles d'usage pour les professionnels de santé.

Ils doivent par ailleurs garantir l'accès des patients à leurs propres données de santé et préparer au mieux l'arrivée en janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS).

Des actions devront donc être prévues pour accélérer le développement de la télésanté, pour concrétiser les outils du service d'accès au soin (SAS), et pour stimuler l'écosystème pour la création de services numériques réellement innovants et l'analyse des données de santé dans un cadre éthique et sécurisé.

En complément, des modalités d'incitation forte à l'usage des outils numériques devront être portées au travers des conventions nationales avec les professionnels de santé afin d'accélérer l'usage des services numériques en cours de déploiement ou d'expérimentation. Il s'agit notamment des principaux services de la feuille de route du numérique en santé comme le Dossier Médical Partagé (DMP), la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) dont une incitation à l'usage est aujourd'hui intégrée au forfait structure, la généralisation de la e-prescription et de l'application Carte Vitale en cours d'expérimentation ou encore la e-CPS.

L'intégration du DMP et de la MSS dans le forfait structure des médecins et des forfaits d'aides à l'équipement informatique des autres professions couplée à un accompagnement terrain significatif par l'assurance maladie a d'ores et déjà permis de franchir un premier niveau d'usage.

En juin 2020, 9,3 millions de DMP ont été créés. 17.46% des DMP sont alimentés d'au moins un document médical. L'enjeu est d'augmenter significativement l'alimentation des DMP par les professionnels de santé, notamment avec le Volet de Synthèse Médicale pour les médecins.

Pour ce qui concerne la MSS, près de 240 000 professionnels de santé sont équipés d'au moins une MSS ce qui représente 61% des libéraux. Au-delà de l'équipement en MSS, il est désormais nécessaire de promouvoir les échanges effectifs entre les professionnels de santé via leur MSS et en janvier 2022 les échanges avec les patients via l'Espace Numérique de Santé.

La e-prescription est en cours d'expérimentation dans trois départements. Aujourd'hui, 64 médecins libéraux et 48 pharmacies sont équipés de la solution e-prescription, 130 000 e-prescriptions créées par les médecins expérimentateurs et 16 600 dispensations de e-prescriptions transmises par ces pharmacies expérimentatrices. La généralisation, prévue en 2022, doit faire l'objet de discussions avec les syndicats des différentes professions dans le cadre des négociations conventionnelles afin d'inciter les professionnels de santé à utiliser ce nouveau mode de prescription.

L'application carte vitale dont la généralisation est prévue en 2022 est en expérimentation dans deux départements (Rhône et Alpes-Maritimes) auprès des assurés du Régime général et de la MSA, et des PS de ces circonscriptions. L'expérimentation est prolongée jusqu'en avril 2021 du fait du gel des sollicitations pendant l'état d'urgence de la crise sanitaire.

Actuellement, 370 assurés et 173 PS sont dans le processus d'expérimentation. Les Feuilles de Soins Electroniques tests réalisées avec l'application carte Vitale ont toutes fonctionnées ainsi que celles en réel.

La généralisation de la e-carte vitale, prévue en 2022, doit faire l'objet de discussions avec les syndicats des différentes professions dans le cadre des négociations conventionnelles afin d'inciter les professionnels de santé à s'équiper pour utiliser ce nouveau mode d'identification numérique de leurs patients dans les usages actuels de facturation.

L'utilisation de l'Identifiant National de Santé pour référencer des données de santé par numériques deviendra obligatoire au 1/01/2021. Sa généralisation représente un fort enjeu de sécurisation des données de santé en garantissant l'identité du patient. Son déploiement dans les logiciels des Professionnels de Santé démarre mais doit être accélérée afin d'être en appui du déploiement du numérique en santé.

II- Lignes directrices du Ministre de la santé et des solidarités

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-5 CSS, le Ministre des solidarités et de la santé a adressé à l'UNCAM, le 19 août, un courrier définissant ses lignes directrices pour la future négociation d'avenants aux différentes conventions nationales et aux accords cadre interprofessionnels, afin de tirer les enseignements de la crise sanitaire liée au COVID-19 et des conclusions du Ségur de la santé. Des négociations doivent ainsi s'ouvrir :

- avec l'ensemble des représentants des professionnels de santé pour faire évoluer l'accord conventionnel interprofessionnel sur les communautés professionnelles territoriales de santé (ACI CPTS).
- avec les représentants des médecins, notamment pour prévoir les modalités de financement de la régulation et de l'effectif de la réponse aux demandes de soins non programmés.
- avec l'ensemble des professions médicales et paramédicales pour tirer les enseignements de l'essor de la télésanté et pour faire de ce dispositif un outil de renforcement de l'accès aux soins.

Les négociations autour de l'exercice coordonné répondent à un triple objectif :

- de déploiement accéléré des CPTS sur le territoire, en simplifiant les modalités d'adhésion et de suivi de l'ACI et en adaptant leur financement ;
- de consolidation de leurs missions, et d'inscription d'une nouvelle mission de préparation et de réponse aux menaces et crises sanitaires graves ;
- d'appui conventionnel aux équipes de soins primaires et équipes des soins spécialisés.

Les négociations avec les représentants des médecins devront conduire à :

- définir un cadre national pour valoriser l'engagement des médecins libéraux dans les futurs dispositifs de prise en charge des soins non programmés et du service d'accès aux soins (SAS) ;
- assouplir les conditions de prise en charge des actes de télémédecine, notamment en tirant le bilan des dérogations mises en place durant la crise sanitaire ;
- renforcer l'accès et la continuité des soins au domicile (personnel ou établissements), notamment par l'incitation aux visites gériatriques des médecins libéraux ;

- réduire les délais d'accès aux consultations spécialisées de second recours, avec des mesures à destination des spécialistes, notamment pour les spécialités dont l'activité est caractérisée par un faible recours aux actes techniques (gynécologues médicaux, pédiatres, et psychiatres notamment), tout en renforçant la qualité et la pertinence des soins.

Les négociations avec les autres professions doivent permettre d'ouvrir largement la télésanté à l'ensemble des professionnels de santé conventionnés, dans la continuité des dérogations ouvertes rapidement en raison de la crise sanitaire :

- pour développer la télémédecine pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes
- déployer le télésoin pour les professions non médicales, en priorité pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes mais également pour les autres professions de santé conventionnées.

Les négociations avec l'ensemble des professions doivent enfin permettre d'améliorer la circulation des données de santé. Centré autour de l'alimentation du DMP, en cohérence avec le développement du numérique en santé, un effort significatif et des dispositifs incitatifs possiblement temporaires devront être déployés dans chacune des conventions.

III- Propositions d'orientations

Conformément aux lignes directrices du Ministre des solidarités et de la santé, et compte tenu du contexte et des enjeux décrits supra, les grands axes des prochaines négociations d'avenants aux différentes conventions nationales impactées sont les suivants.

- Orientations communes -

Proposition n°1 : Développer et renforcer le déploiement de l'exercice coordonné

Les négociations se situent dans la droite ligne des actions de l'Assurance Maladie pour promouvoir l'exercice coordonné, que ce soit par le financement conventionnel ou par l'accompagnement par les caisses des structures.

Il est proposé de conduire des négociations autour d'un avenant à l'ACI CPTS, qui devront porter sur :

- l'accélération du déploiement des CPTS, avec une simplification des modalités d'adhésion à l'ACI et un dispositif incitatif pour les CPTS rejoignant rapidement l'ACI,
- l'intégration d'une nouvelle mission dédiée à la réponse aux crises sanitaires graves, dans le contexte d'un état d'urgence sanitaire, et l'évolution de certaines missions, notamment la mission soins non programmés qui devra être vue en cohérence avec la mise en place du SAS,

Le développement de l'exercice coordonné pourrait nécessiter également d'accompagner le déploiement des équipes de soins primaires et des équipes de soins spécialisées. Cet accompagnement devra rester pleinement cohérent avec à la fois la logique des CPTS et le soutien au déploiement des MSP et des centres de santé. L'avenant ainsi négocié devra veiller à ce qu'il n'y ait pas de concurrence entre les différents modes d'exercice coordonné.

Les différentes mesures prises dans l'avenant à l'ACI CPTS pour le déploiement de l'exercice coordonné pourront par ailleurs nécessiter une évolution de l'ACI MSP et de l'accord centres de santé, compte tenu du rôle des centres de santé et des MSP dans la prévention et dans la coordination des parcours.

⇒ *Conventions : ACI CPTS, potentiellement convention médecin (ESS), ACI MSP et accord CDS*

Proposition n° 2 : Définir les modalités de participation et de financement des médecins libéraux aux soins non programmés

Il s'agira de définir, dans la convention médicale, les modalités d'intervention des médecins de ville dans le cadre de l'organisation du dispositif SAS et de définir leur rémunération, tant au niveau de la régulation que de la réalisation des soins. Ces modalités devront s'appuyer sur les organisations de soins non programmés déjà en place ou en cours de déploiement par les CPTS.

Des évolutions pourront être proposées à l'accord conventionnel interprofessionnel avec les maisons de santé pluri professionnelles, pour renforcer les incitations à la mise en place de plages de soins non programmés.

⇒ *Conventions : convention médecin, ACI MSP, accord CDS*

Proposition n° 3 : Développer la télésanté

Pour les médecins, il conviendra de capitaliser sur les dérogations autorisées durant la crise sanitaire afin de faire évoluer certaines dispositions conventionnelles fixées dans l'avenant 6 – comme la règle d'une consultation présenteielle dans les 12 mois précédents ou le recours à des praticiens en dehors du territoire pour des besoins de soins légitimes.

Il conviendra également d'élargir la population éligible à la télé expertise, afin d'améliorer la prise en charge des patients nécessitant un avis spécialisé.

Pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, la priorité de l'accord conventionnel sera d'inscrire la possibilité de réaliser des téléconsultations et des actes à distance, ainsi que leurs conditions de réalisation et de facturation.

Pour les professions non médicales conventionnées, les accords conventionnels devront définir pour chacune de ces professions les actes et leurs conditions de réalisation et de

facturation entrant dans le télésoin, dans la continuité des dérogations ouvertes pendant la crise sanitaire.

⇒ *Conventions : convention médecin, sages - femmes, chirurgiens - dentistes, infirmières, masseur – kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pharmacien*

Proposition n° 4 : Prévoir les conditions de l'essor du numérique en santé

La feuille de route du numérique en santé a identifié plusieurs chantiers indispensables au déploiement des outils numériques au service des patients et des Professionnels de la santé. Le chantier phare de la feuille de route du numérique est l'Espace Numérique de Santé qui doit permettre à l'utilisateur de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de soins en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social.

L'ENS dont seront dotés tous les citoyens à compter de janvier 2022, s'appuie sur deux outils utilisés par les Professionnels de Santé. Il s'agit notamment du DMP qui constituera la pierre angulaire de partage des données médicales dans l'ENS et la messagerie sécurisée qui sera l'outil permettant aux patients de communiquer des données de santé avec leurs Professionnels.

Le succès de l'ENS repose ainsi sur l'augmentation significative de l'usage des outils numériques par les professionnels de santé et notamment DMP et MSS. Mais le succès de l'ENS repose aussi par une utilisation de l'ENS lui-même par les professionnels.

Il s'agira ainsi d'inscrire dans les conventions des incitations financières à l'usage des services prioritaires de la feuille de route du numérique : DMP, MSS, e-prescription, e carte vitale , INS, e- carte CPS. Ces incitations auront vocation à être principalement temporaires dans une logique d'amorçage des différents services concernés.

⇒ *Conventions : convention médecin, sages - femmes, chirurgiens - dentistes, infirmières, masseur – kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens, professionnels de la LPP, transporteurs sanitaires*

Proposition n°5 : en complément des mesures communes, aménager le texte de la convention médicale autour des thématiques suivantes :

- **Amélioration de l'accès aux soins par le biais de mesures tarifaires et de nomenclature**, pour encourager notamment la prise en charge des personnes âgées et leur maintien à domicile, ainsi que d'autres mesures de nomenclature en particulier pour des spécialités à activité clinique. D'autres mesures devront être prises afin de favoriser la prise en charge des patients en situation de handicap. De même, des dispositions visant à la création de consultation spécifiques de prévention pour des publics ciblés (jeunes adultes par exemple) pourraient le cas échéant être proposées par les partenaires conventionnels.

- **Renforcer la qualité et la pertinence des soins des médecins spécialistes, notamment avec la mise en place d'un dispositif** valorisant auprès des médecins la prescription des médicaments biosimilaires, comme proposé dans le cadre des rapports Charges et Produits 2019 et 2020.
- **Révision du dispositif OPTAM-OPTAM CO** : Il s'agira d'actualiser la période de référence sur 2017/2018/2019, d'ouvrir à de nouveaux médecins cette option, et de permettre un suivi du dispositif plus réactif.