



N°47/2021

Date : 19/11/2021

PROTOCOLES DE COOPERATION DE SOINS NON PROGRAMMES

Madame, Monsieur,

Six protocoles nationaux dans le cadre des maisons de santé-pluriprofessionnelles et centres de santé ont fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020).

Les six protocoles de soins non programmés portent sur :

- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'Etat et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

ROLE DES STRUCTURES AYANT MIS EN OEUVRE LES PROTOCOLES

1. **Se déclarer auprès de leur Agence Régionale de Santé (ARS)** via une application en ligne dédiée : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>

Elles déposent, pour chaque membre de l'équipe volontaire, les pièces justificatives suivantes :

- a) Accord d'engagement daté et signé
- b) Copie d'une pièce d'identité
- c) Numéro d'enregistrement au tableau ordinal ou fichier professionnel spécifique et son justificatif
- d) Attestation sur l'honneur de l'acquisition des compétences exigées pour la mise en oeuvre du protocole national.

2. **Renseigner un reporting déclaratif à échéance semestrielle** (30/06 et 31/12) à transmettre à l'ARS et à la CPAM précisant le nombre de protocoles par catégories de protocoles, le type de professionnel réalisant le protocole et la date de réalisation, selon le modèle figurant en pièce jointe.

LES GRANDS PRINCIPES DU DISPOSITIF :

- La prise en charge de ces soins non programmés se fait par des professionnels non médecins (professionnel délégué) en coopération formalisée par les protocoles avec le médecin généraliste déléguant au sein de structures pluri-professionnelles
- Les déléguants et délégués font partie de la même équipe pluridisciplinaire
- Chaque protocole précise les caractéristiques d'éligibilité des patients pouvant être pris en charge dans le cadre de ces protocoles et les critères d'exclusion
- Le professionnel délégué peut être amené à appliquer les prescriptions (médicaments, actes, arrêts de travail) prévues par chacun des protocoles.

Quatre professions de santé sont impliquées dans ces six protocoles : médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pharmacien.

La mise en œuvre des protocoles nécessite le consentement des patients.

LA REMUNERATION VERSEE DANS LE CADRE DE LA REALISATION D'UN PROTOCOLE DE COOPERATION

La mise en œuvre d'un de ces protocoles par l'équipe de soins autorise la **rémunération à hauteur d'un forfait de 25 € par patient inclus dans le protocole.**

Il s'agit d'une rémunération globale et forfaitaire à la structure CDS, MSP comprenant :

- Le temps de consultation du délégué
- L'éventuelle revoyure du médecin (déléguant) le jour même ou le lendemain
- Le temps de coordination entre professionnels de santé impliqués dans le protocole national de coopération
- Les charges de structure (gestion, informatique...)
- La formation des délégués

La rémunération est partagée entre les différents acteurs de la prise en charge du patient selon les principes définis par la structure.

➤ Cas particulier des 2 protocoles impliquant le masseur-kinésithérapeute :

En application des recommandations de la Haute Autorité de Santé, la mise en œuvre de ces protocoles prévoit un 2^{ème} contact par le délégué à J+3 pour le protocole « entorse de cheville », et entre la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine pour le protocole « lombalgie aiguë ».

Pour le protocole « entorse de cheville », ce 2^{ème} contact réalisé à J+3, s'il est effectué, peut être facturé 25 € pour l'équipe de soins dans les mêmes conditions que le 1^{er} contact.

Pour le protocole « lombalgie aiguë », ce 2^{ème} contact intervient entre la 2^{ème} et la 4^{ème} semaine après le 1^{er} contact. S'il est effectué, il peut être facturé 20 € pour l'équipe de soins mais ce 2^{ème} contact n'interdit pas la facturation d'éventuels actes réalisés par le déléguant le même jour et le lendemain contrairement au 1^{er} contact.

➤ Particularités pour les centres de santé :
Depuis le 1er juillet 2021, les CDS peuvent facturer les protocoles de coopération via Sésam vitale.

Modalités de facturation :

- N° Partenaire de santé : N° FINESS du centre de santé
- NIR du bénéficiaire des soins
- N° Prescripteur : n° AM prescripteur fictif dédié identifiant le protocole mis en oeuvre
- Code Acte GCO (pour le 2^{ème} contact du protocole lombalgie : GCO coefficient 0,8)
- Nature d'assurance : AS, MATER, AT, SMG
- Taux de prise en charge : 100% AMO
- Tiers-payant obligatoire

Nature du protocole concerné	n° AM prescripteur dédié	Cotation 1 ^{er} contact	Cotation 2 nd contact
Protocole Douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines	29199090 1	GCO 25€	GCO 0,8 20€
Protocole Traumatisme en torsion de la cheville	29199091 9	GCO 25€	GCO 25€
Protocole Eruption cutanée vésiculeuse prurigineuse de l'enfant de 12 mois à 12 ans	29199092 7	GCO 25€	Sans objet
Protocole traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans	29199093 5	GCO 25€	Sans objet
Protocole Pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans	29199094 3	GCO 25€	Sans objet
Protocole Odynophagie	29199095 0	GCO 25€	Sans objet

LES MODALITES DE PAIEMENT :

Compte tenu du caractère expérimental du dispositif, les patients pris en charge dans le cadre de ces protocoles seront pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et en tiers payant intégral même s'ils ne bénéficient pas d'un motif d'exonération du ticket modérateur.

La rémunération des protocoles n'est autorisée que pour les MSP adhérentes à l'accord ACI et pour les CDS signataires de l'accord national des centres.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :

La référente ARS :

Mme Sandrine MARCHETTI : sandrine.marchetti@ars.sante.fr

La Référente Organisation Coordonnée (ROC) de la CPAM :

Mme Virginie PASQUIER : virginie.pasquier@assurance-maladie.fr

En PJ :

- Le modèle de tableau à utiliser pour le reporting semestriel pour percevoir la rémunération des protocoles
- L'instruction de la Direction de la Sécurité Sociale du 18 janvier 2021 relative à la mise en oeuvre des protocoles de coopération des soins non programmés

Le lien de la vidéo réalisée par Avec santé pour la promotion du dispositif :
<https://www.avecsante.fr/formavec/6-protocoles-de-cooperation/>

Bien Cordialement,

La Responsable du Département Santé

Virginie PASQUIER