

## SOMMAIRE

<b>Vos interlocuteurs</b>	<b>Fiche 1</b>
<b>Objectifs des expérimentations</b>	<b>Fiche 2</b>
<b>Module 1 : forfait pour l'activité coordonnée</b>	<b>Fiche 3</b>
<b>Module 2 : nouveaux services aux patients - cadrage général</b>	<b>Fiche 4</b>
<b>Module 2 : éducation thérapeutique du patient</b>	<b>Fiche 5</b>
<b>Module 3 : coopération entre professionnels de santé</b>	<b>Fiche 6</b>
<b>Module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques</b>	<b>Fiche 7</b>
<b>Exercice libéral et organisation juridique des structures pluridisciplinaires</b>	<b>Fiche 8</b>
<b>Rôle des agences régionales de santé</b>	<b>Fiche 9</b>
<b>Association et participation des organismes d'assurance maladie complémentaire</b>	<b>Fiche 10</b>
<b>Liquidation et circuit de facturation (à paraître)</b>	<b>Fiche 11</b>
<b>Les spécificités des sites relevant du régime des mines (à paraître)</b>	<b>Fiche 12</b>
<b>Evaluation des expérimentations</b>	<b>Fiche 13</b>

## VOS INTERLOCUTEURS

### Votre équipe au ministère pour le pilotage national des expérimentations

#### Pour la direction de la sécurité sociale :

- Marine JEANTET, conseillère médicale du directeur de la sécurité sociale au 01 40 56 52 08 – [marine.jeantet@sante.gouv.fr](mailto:marine.jeantet@sante.gouv.fr)
- Séverine SALGADO : chef du bureau 1B charge des relations avec les professionnels de santé au 01.40.56.71.22 – [severine.salgado@sante.gouv.fr](mailto:severine.salgado@sante.gouv.fr)
- Sabrina SAHTEL : référente pour les questions juridiques et fiscales au 01.40.56.75.57 – [sabrina.sathel@sante.gouv.fr](mailto:sabrina.sathel@sante.gouv.fr)
- Julie PAYET : référente pour les questions relatives aux systèmes d'information, à l'évaluation des expérimentations, à la participation des organismes d'assurance maladie complémentaire et au suivi des conventions au 01.40.56.65.42 – [julie.payet@sante.gouv.fr](mailto:julie.payet@sante.gouv.fr)
- Caroline BUSSIÈRE : référente à la mission de la coordination et de la gestion du risque pour les modules 2 et 4 au 01.40.56.52.91 – [caroline.bussiere@sante.gouv.fr](mailto:caroline.bussiere@sante.gouv.fr)
- Emilie RENARD : référente à la mission de la coordination et de la gestion du risques pour les modules 2 et 4 au 01.40.56.54.90 – [emilie.renard@sante.gouv.fr](mailto:emilie.renard@sante.gouv.fr)

#### Pour la direction générale de l'offre de soins :

- Vincent BEAUGRAND, chef du bureau R2 1<sup>er</sup> recours au 01.40.56.53.02 – [vincent.beaugrand@sante.gouv.fr](mailto:vincent.beaugrand@sante.gouv.fr)
- Perrine RAME-MATHIEU, bureau R2 1<sup>er</sup> recours au 01.40.56.40.38 – [perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr](mailto:perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr)
- Dominique RENARD, bureau PF3 coopérations et contractualisation au 01.40.56.53.01 – [dominique.renard@sante.gouv.fr](mailto:dominique.renard@sante.gouv.fr)
- Marie-Andrée LAUTRU, sous-direction des ressources humaines au 01.40.56.52.12 - [marie-andree.lautru@sante.gouv.fr](mailto:marie-andree.lautru@sante.gouv.fr)

#### Pour l'évaluation des nouveaux modes de rémunération

L'équipe en charge de l'évaluation des expérimentations est l'IRDES/Prospère. La personne référente est Julien MOUSQUES au 01.53.93.43.62.

**Vous êtes invités à nous faire part de vos questions ou de tout problème que vous rencontrez, en mettant en copie les autres ARS, afin de partager la diffusion de l'information.**

## OBJECTIFS DES EXPERIMENTATIONS

### L'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours se modernise

Depuis quelques années, l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours connaît des mutations profondes sous la pression conjuguée des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale.

De plus en plus de professionnels de santé, notamment les plus jeunes, aspirent à une activité différente de celle de leurs aînés et envisagent de se regrouper. Ce mode d'exercice favorise en effet les échanges et la coordination entre les professionnels de santé et permet une meilleure prise en charge médicale des patients.

Il encourage également une meilleure coopération entre professionnels, optimisant les interventions de chacun, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques.

Enfin, il permet de développer des services innovants pour les patients comme la prévention, l'éducation à la santé, mais aussi l'accompagnement des patients dans leurs démarches administratives (ouverture de droits), l'orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, la prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), etc.

Ainsi, un exercice regroupé et pluridisciplinaire constitue une offre de soins de 1<sup>er</sup> recours performante et attractive pour les professionnels de santé.

### Envisager des rémunérations adaptées à ces nouvelles modalités d'exercice

La rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux n'encourage cependant pas ces initiatives. En effet, le paiement à l'acte ne favorise pas de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients. Des financements complémentaires par le Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS) existent mais il ne s'agit pas de financements pérennes.

C'est pourquoi, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte.

L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficacité des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ces expérimentations, prévues sur une période de 5 ans (2008-2012), concernent toute structure pluridisciplinaire ambulatoire (maisons, centres, pôles et réseaux de santé) qui a formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins et s'engageant à participer à la permanence des soins. Elles sont pilotées par les ARS au niveau régional.

Une 1<sup>ère</sup> vague d'expérimentations est entrée dans sa phase opérationnelle le 1<sup>er</sup> janvier 2010, et concerne plus de quarante sites répartis dans 6 régions (Bretagne, Bourgogne, Franche-Comté, Île-de-France, Lorraine et Rhône-Alpes).

Elle concerne deux modules :

- **Module n°1 : « Missions coordonnées »**

Il consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité. L'évaluation ex post mesurera l'amélioration de la coordination des soins et de la qualité des pratiques.

- **Module 2 : « Education thérapeutique »**

Il vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon plus autonome.

En juin 2010, un nouvel appel à candidatures sera lancé dans toutes les régions qui devra s'articuler avec le déploiement du plan d'action « maisons de santé pluridisciplinaires » annoncé par le Président de la République.

Deux niveaux d'évaluation sont prévus :

- Une évaluation nationale qui permettra de déterminer l'impact sur l'efficacité du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et partant, les conditions de leur éventuelle généralisation,
- Et une évaluation locale par les ARS qui permettra de déterminer le taux d'atteinte des objectifs du module 1 et la modulation en conséquence du forfait.

## MODULE 1

# FORFAIT POUR L'ACTIVITE COORDONNEE

Le 1er module « forfait pour l'activité coordonnée » consiste à expérimenter un forfait pour l'activité coordonnée, conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité. Il s'agit de rémunérer le temps passé à la coordination, notamment le temps dédié au management de la structure et aux concertations interprofessionnelles. Il est **cumulable avec le module 2** relatif à l'éducation thérapeutique du patient (ETP).

### ➤ Principes

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer les activités coordonnées en plus du paiement à l'acte. C'est la structure qui reçoit le forfait et détermine librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels de santé qui la composent.

Le professionnel de santé reste payé à l'acte aux tarifs conventionnels pour son activité de soins auprès de ses patients.

Le forfait est garanti jusqu'en 2012.

Durant la période de l'expérimentation, le professionnel de santé continue à percevoir une dotation totale (expérimentation + FICQS) équivalente à celle reçue par le FICQS actuellement.

L'emploi de ce forfait est libre mais il n'a pas toutefois vocation à financer des investissements tels que les équipements informatiques, les aménagements de locaux, l'amélioration de plateaux techniques, qui continuent à relever du FICQS ou des collectivités locales.

### ➤ Montant du forfait

Ce montant comporte :

- une **dotation de base**, rémunérant le temps de management de la structure, fonction du nombre de patients ayant désigné médecin traitant (MT) au sein de la structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure 2 fois au cours de l'année. En revanche, la patientèle ALD est exclue car le règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale prévoit une rémunération forfaitaire spécifique (forfait « ALD » de 40€).
- et une **dotation fonction du temps passé par chaque professionnel de santé au sein de la structure**, rémunérant le temps nécessaire à la coordination. Le temps de présence au sein de la structure est comptabilisé en équivalent temps plein (ETP) : 1 ETP est égal à 11 demi-journées par semaine. Cette dotation est variable en fonction de l'atteinte des objectifs assignés à la structure.

Les conventions doivent prévoir le rythme de versement des forfaits. Il est suggéré que 80 % soit versé dès le début de l'expérimentation et 20 % 3 à 6 mois plus tard.

- Les 4 classes de forfait

Quatre classes de forfaits ont été distinguées, selon la taille de la structure. Afin d'éviter les effets de seuil, elles sont applicables avec souplesse. De plus, une réévaluation du nombre de patients par site est possible chaque année :

	<i>Classe 1</i>	<i>Classe 2</i>	<i>Classe 3</i>	<i>Classe 4</i>
<b>Nombre de patients ayant un MT dans la structure (x)</b>	x < 2 300 patients	2 300 < x < 5300 patients	5 300 < x < 104000 patients	x > 10 400 patients
<b>Dotation fixe</b>	6 900€	13 800€	22 500€	45 000€
<b>Dotation variable</b>				
Supplément pour le 1 <sup>er</sup> ETP médecin généraliste	8 900€			
Supplément pour les autres ETP médecins généralistes <sup>1</sup>	3 000€			
Supplément pour chaque ETP de professionnel de santé supplémentaire	1 400€			

---

<sup>1</sup> Cette catégorie ne comprend ni les dentistes (quand bien même ils font partie de la catégorie "profession médicale"), ni les psychologues cliniciens.

- L'identification des professionnels de santé

Le terme professionnel de santé recouvre les professionnels identifiés comme tels dans la 4ème partie du Code de la santé publique :

- Professions médicales :
  - o Médecin
  - o Chirurgien dentiste
  - o Sage-femme
- Pharmaciens
- Auxiliaires médicaux :
  - o Infirmiers,
  - o Masseur Kiné,
  - o Pédicure-Podologue,
  - o Ergothérapeute,
  - o Psychomotricien,
  - o Orthophoniste,
  - o Orthoptiste,
  - o Manipulateur d'électro radiologie,
  - o Audioprothésiste,
  - o Opticien lunetier,
  - o Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées,
  - o Diététicien.

Ainsi, les ambulanciers ne doivent pas être comptabilisés dans le calcul du forfait. En revanche, les SASPAS (Stages Autonomes en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés) et les psychologues peuvent être comptabilisés, dans la mesure où ceux-ci participent aux activités de soins.

Le calcul s'effectue sur la base de l'équivalent temps plein (INSEE). L'exercice de l'activité peut avoir lieu dans et hors les murs s'il a un lien avec les patients suivis au sein de la structure. Cependant, ni l'activité de recherche, ni l'activité relative à la permanence des soins n'entrent dans le calcul du temps dédié à la coordination.

Exemple :

Exemple de calcul pour une MSP dont le nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant au sein de la structure est inférieur à 2300 :

Professions	Equivalent temps plein dans le cadre des expérimentations
2 médecins généralistes	2
2 infirmières dont une à temps plein et une travaillant 7 demi-journées sur 11	1,64
1 psychologue	1

Dotation fixe = 6 900 €

Dotation variable = 8 900 + 3 000 + 1 400\*2,64 = 15 596€

Pour la première année de l'expérimentation, le montant versé aux sites est égal au montant maximal théorique pour leur permettre de mettre en place l'expérimentation dans de bonnes conditions. Cette MSP peut donc prétendre pour la 1<sup>ère</sup> année à un total de 22 496 € pour le module 1.

### ➤ La prise en compte de la précarité de la patientèle

Le montant total de la dotation peut être adapté en fonction du **taux de précarité** de la patientèle afin de prendre en compte les efforts particuliers (temps passé, démarches administratives, etc.) nécessaires à la prise en charge de ces patients. A ce jour, la définition des critères de précarité reste à préciser dans un souci d'uniformisation entre les différentes ARS.

### ➤ Les forfaits locaux

Les sites qui le souhaitent peuvent mener des actions locales **ciblées de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation à la santé en population générale, et spécifiques**. Il peut s'agir par exemple, de séances de sensibilisation à la lutte contre l'obésité ou de prévention des infections sexuellement transmissibles en milieu scolaire.

L'exercice regroupé et pluridisciplinaire se prête particulièrement à ce type d'actions, la plupart des actions existantes étant aujourd'hui financées par le FICQS.

Les sites souhaitant réaliser ce type d'actions sont invités à présenter un dossier à l'ARS qui étudiera la conformité du projet avec le projet régional de santé et vérifiera la présence d'objectifs clairs assortis d'indicateurs de moyens et de résultats lui permettant d'évaluer le service rendu. Le cas échéant, l'ARS pourra alors accorder une dotation locale supplémentaire en sus du forfait « missions coordonnées ».

Ces forfaits étant destinés à financer des actions répondant à un besoin local particulier, ils se distinguent donc du forfait « missions coordonnées » du module 1 qui lui, rémunère le temps de coordination. Ils diffèrent également du module 2 qui porte sur « l'éducation thérapeutique du patient ».

### ➤ Modulation de la dotation variable

La 1<sup>ère</sup> année, le montant versé aux sites est égal au montant maximal théorique pour leur permettre de mettre en place l'expérimentation dans de bonnes conditions. Le versement de la dotation variable sera par la suite conditionné à l'atteinte **d'objectifs** auxquels le site souscrit par convention avec l'Agence régionale de santé.

Ils visent à évaluer l'apport de l'exercice coordonné **à la qualité des soins et à l'efficacité des pratiques**. Ils sont donc calculés sur les **résultats agrégés** de tous les professionnels de la structure et non, professionnel par professionnel.

#### • Présentation des objectifs et des indicateurs

Ces objectifs, au nombre de 16, sont de trois sortes :

- qualité des soins
- travail coordonné pluri-professionnel
- efficacité définie comme le bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention.

A ces objectifs, sont associés des indicateurs qui permettent d'apprécier leur niveau de réalisation. Ces indicateurs, retenus par le ministère de la santé sur la base des travaux de la loi d'orientation pour la santé publique, de la HAS, de la CNAMTS et de proposition des sites notamment, sont au nombre de 24. La liste des indicateurs actualisés est présentée en annexe.

Pour mémoire, tous les indicateurs ont été validés par l'PHAS, à l'exception de ceux portant sur l'efficacité. Ces indicateurs sont, à ce jour, stabilisés à l'exception de celui relatif à la diminution du recours à l'hospitalisation qui est en cours d'élaboration.

Précision : l'indicateur « le site possède un espace de travail informatique commun » peut renvoyer à la possibilité de travailler en réseau ou encore à la mise en place d'un intranet.

Il est possible au site de choisir certains indicateurs en fonction de ses activités et priorités d'action :

- au minimum 4 indicateurs parmi les 12 indicateurs de qualité des pratiques,
- 4 indicateurs parmi les 7 indicateurs de coordination des soins.

Les objectifs d'efficience sont obligatoires car ils conditionnent l'équilibre économique du modèle. Ils permettent de participer à l'effort de chacun en faveur du meilleur soin au juste coût. Les sites pourront choisir des indicateurs relatifs à l'objectif de diminution du recours à l'hospitalisation dès qu'ils seront disponibles. Les sites sont d'ailleurs invités à faire des propositions d'indicateurs qui leur paraîtraient pertinents.

Les indicateurs obligatoires constituent donc un socle commun qui facilitera le moment venu l'évaluation des expérimentations.

Un guide de codage détaillant les modalités de recueil et de codage de ces indicateurs est en cours de finalisation et vous sera adressé prochainement.

- **Formule de modulation du forfait**

Le montant définitif du forfait est fonction du niveau global de réalisation des objectifs, c'est-à-dire qu'il est fait masse des résultats constatés pour déterminer un taux moyen de réalisation.

- si le taux global de réalisation est inférieur à 60%, la dotation variable du forfait est diminuée de 20 %.
- si le taux global est compris entre 60 et 100%, la dotation variable est égale à : dotation variable \* (0,20 \* taux de réalisation constaté + 0,80)
- si le taux global est égal ou supérieur à 100 %, la dotation variable est majorée pour être égale à : dotation variable \* (0,30 \* taux de réalisation constaté + 0,80).

Toutefois, ces modalités seront affinées, en lien avec les ARS, en fonction des résultats obtenus et des conditions de mise en œuvre de l'expérimentation.

Pour la première année de l'expérimentation, le montant versé est égal au montant théorique pour permettre aux sites de mettre en place les expérimentations dans de bonnes conditions

- **Exemple**

	Taux global de réalisation (t)	Dotation variable du forfait
Règles/exemple	100%	15 596€
si $t < 60\%$	50%	$15\ 596\text{€} * 0,8 = 12\ 477\text{€}$
si $60 < t < 100\%$	80%	$15\ 596\ \text{€} * (0,20 * 0,80 + 0,80) = 14\ 972\text{€}$
si $t > 100\%$	115%	$15\ 596\ \text{€} * (0,30 * 1,15 + 0,80) = 17\ 857,42\ \text{€}$

## ANNEXE

Objectifs de qualité des pratiques	Indicateurs
Dépistage des cancers	Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans, supérieur de 10%* sur 2 ans par rapport au taux de couverture national
	Taux de couverture du dépistage individuel et organisé du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans supérieur de 20 à 30%* au taux national sur 2 ans
Prévention contre la grippe saisonnière	Taux de patients de plus de 65 ans, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une IDE, d'au moins 50%
	Taux de couverture vaccinale chez les patients de 65 ans ou plus supérieur de 10 à 20% au taux national*
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients de moins de 75 ans ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (au moins sur 3 contrôles annuels) présentant au moins une fois par an une pression artérielle mesurée sur site, inférieure ou égale à 140/90 mmHg et suivie par automesure supérieur d'au moins 40%*
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c par an compris entre 65% et 75%*
Prévention de l'obésité	Taux d'enfants âgés de 6 à 16 ans, examinés au moins deux fois dans l'année par le MT ou une IDE, dont le poids, la taille et l'IMC sont tracés dans le dossier médical au moins 2 fois dans l'année, d'au moins 80%
Prévention du risque cardiovasculaire	Taux de patients masculins âgés de plus de 45 ans ayant au moins deux facteurs de risques cardiovasculaires supplémentaires et bénéficiant une fois par an d'une mesure de prévention intégrée dans le dossier médical, compris entre 40 et 50%*
Dépistage Alzheimer	Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer compris entre 50 et 60%*
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients pour lesquels un soutien aux aidants a été proposé, compris entre 30 et 50%*
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux (compresses et/ou pansement hydrocolloïdes) prescrits par des IDE, d'au moins 5%
Lombalgies chroniques	Taux de patients lombalgiques ou lombosciatalgiques, en arrêt de travail de plus de 3 mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluriprofessionnelle MG/kiné +/- pharmaciens +/- psychologue, d'au moins 50%

Objectifs de coordination et de continuité des soins	Indicateurs
Continuité des soins	Dossier de patient commun : chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé ou sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant
	Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site : en dehors des heures de fonctionnement du site, un répondeur/serveur/affichage signale les coordonnées du lieu/moyen de prise en charge recommandés
	Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site : Dans le cadre des horaires de fonctionnement du site, la continuité des soins est assurée par les professionnels de santé, c'est-à-dire qu'un professionnel de santé toujours sur place aux heures d'ouverture de la structure en dehors de la permanence des soins.
	Coordination des soins avec une structure extérieure : le site a établi une coordination (le cas échéant traduite par une convention écrite) dans au moins un des champs suivants: - médicaux (SAU, HAD,...), - "sociaux" (réseaux, aides sociales, SSIAD...), - santé mentale (secteur)
Partage d'information	Espace de travail informatique commun : les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun (à distinguer d'un dossier médical partagé)
	Réunion de concertation : des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site : 1. des réunions de concertation ont lieu selon un rythme programmé avec un ordre du jour et un compte rendu 2. l'analyse des pratiques y est traitée au moins une fois par mois les protocoles pluri-professionnels de pratiques bénéficient d'une adaptation permanente
Organisation des pratiques	Les protocoles : les professionnels du site suivent les malades chroniques avec des protocoles sous la forme d'aide-mémoires sur support papier ou électronique

Objectifs d'efficience	Indicateurs
Bon usage des médicaments génériques	Taux de prescription en nombre de boîtes dans le répertoire pour les antibiotiques supérieur à 90% **
	Taux de prescription en nombre de boîte dans le répertoire pour les antihypertenseurs supérieur à 65%**
	Taux de prescription en nombre de boîtes dans le répertoire pour les statines supérieur ou égal à 70%**
Diminution du recours à l'hospitalisation	En attente
Bon usage des transports sanitaires	Taux d'utilisation de véhicules sanitaires légers d'au moins 75%*

\* Suivant la disponibilité des données, les taux cibles sont susceptibles d'évoluer

\*\* Indicateurs CAPI

## MODULE 2

# NOUVEAUX SERVICES AUX PATIENTS

### CADRAGE GENERAL

Le module 2 « nouveaux services aux patients » n'a pas vocation à se limiter à la seule éducation thérapeutique. Pour autant, les services pouvant être financés dans ce cadre doivent répondre à un certain nombre de caractéristiques. Les projets qui ne relèveraient pas du module 2, pourraient, à certaines conditions, relever du forfait local du module 1 (cf fiche n°2), voire à d'autres sources de financement hors expérimentations de l'article 44 comme des financements réseaux (FIQCS) ou des fonds de prévention de l'assurance maladie.

#### Un cadre générique extrapolable et adaptable à toutes les pathologies

La démarche des expérimentations ne vise pas à financer des dispositifs de prise en charge par pathologie mais bien de favoriser l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge pouvant être mises en œuvre pour des affections diverses (entrée par structure et mode d'exercice et non plus par affection). Au surplus, les projets s'inscrivant dans le cadre du module 2 doivent correspondre à de nouveaux services. Par exemple, la préparation de la sortie d'hospitalisation répond à ce critère.

En matière de faisabilité et de mise en œuvre opérationnelle, ces nouveaux forfaits/modules de prise en charge appellent une adaptation des systèmes de facturation et de liquidation par les régimes d'assurance maladie ; la mise en place de circuits de facturation et de liquidation ad hoc en matière d'éducation thérapeutique du module 2 facilitera la mise en place à l'avenir de nouveaux forfaits. Pour autant, les services autres que l'ETP devront s'inscrire dans les circuits déjà mis en place moyennant, le cas échéant, des adaptations à la marge.

**En termes d'évaluation**, il est nécessaire que le nouveau service soit expérimenté par plusieurs sites afin de disposer de données de comparaison suffisantes en vue d'une éventuelle généralisation. Une validation au niveau national est donc un préalable indispensable à toute mise en œuvre afin de disposer d'une expertise scientifique en vue de l'élaboration et de la diffusion d'un cahier des charges qui puisse être proposé à l'ensemble des régions expérimentatrices.

## MODULE 2 : EDUCATION THERAPEUTIQUE

Le 2<sup>ème</sup> module « éducation thérapeutique du patient » (ETP) consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'ETP en médecine de ville. En effet, en l'absence de financements adaptés pérennes, l'offre d'ETP en médecine de ville n'a émergé que de manière parcellaire et en majorité à l'hôpital.

Les programmes d'ETP visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

L'article 84 de la loi HPST vise à favoriser le développement des programmes d'ETP dans une logique de qualité et de proximité. A terme, ces programmes devront se conformer au cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé, être autorisés par les agences régionales de santé (ARS) et évalués par la Haute Autorité de Santé.

Dans cette perspective, et en lien avec la mise en œuvre de ces dispositions, le module 2 expérimente un paiement forfaitaire des programmes d'ETP structurés en médecine de ville.

### LE ROLE DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Les ARS ont pour mission de conclure des conventions avec les sites intéressés pour participer à ces expérimentations. Ces sites doivent présenter les caractéristiques suivantes, communes à tous les modules expérimentés :

- exercice pluri-professionnel de premier recours ;
- exercice coordonné dans une même zone géographique (dossier partagé dans les limites déontologiques, réunions pluridisciplinaires régulières, protocoles de soins, identification d'un coordonnateur d'équipe ou de soins...) ;
- accompagnement du patient dans son parcours de soins (contact avec l'hôpital, articulation avec les intervenants médico-sociaux) ;
- mise en place d'un exercice dédié à la prévention ;
- participation à la permanence des soins, en cohérence avec l'organisation locale (sauf pour les centres de santé).

Un projet de santé formalisé doit décrire le mode de fonctionnement de la structure répondant à ces exigences.

Les ARS sélectionneront en priorité les dossiers qui porteront, en outre, l'accent sur :

- l'accès aux soins avec la garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et de consultations non programmées ;
- la continuité des soins, la journée et pendant les congés des professionnels, impliquant une large amplitude horaire d'ouverture en dehors des horaires de la permanence des soins.

Les sites présentant les caractéristiques précitées et souhaitant mettre en œuvre des programmes d'ETP structurés doivent présenter aux ARS des projets répondant aux conditions précisées ci-après.

Ces conditions seront bien entendu susceptibles d'évoluer en fonction de l'évolution du cadre réglementaire et, notamment, de la sortie des textes de mise en œuvre de l'article 84 de la loi HPST.

## MODULE 3

# COOPERATIONS

## ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE

Les coopérations entre professionnels de santé sont une dimension essentielle de la modernisation et de la restructuration de l'offre de 1<sup>er</sup> recours. Elles favorisent en effet l'efficacité du système de soins et peuvent limiter les effets des déséquilibres démographiques.

L'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 relative aux patients, à la santé et aux territoires souhaite favoriser les coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il dispose ainsi que les professionnels peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.

Dans ce contexte, l'objectif du module 3 est de s'articuler avec l'application de l'article 51 en recherchant la rémunération adéquate des professionnels engagés dans ce dispositif de coopérations.

### L'état d'avancement au niveau central

Un comité de suivi de l'application de l'article 51 de la loi HPST a été mis en place. Animé par la direction générale de l'offre de soins, il réunit la direction de la sécurité sociale et la Haute Autorité de santé. Chargé d'assurer la cohérence dans l'application de l'article et de susciter des protocoles de coopération, il organise notamment le recensement et la veille des initiatives promues par les professionnels et propose le cas échéant des adaptations des projets.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, en offrant par ailleurs un cadre législatif adapté à la mise en place de rémunérations expérimentales, doit permettre de favoriser la mise en œuvre des coopérations entre professionnels dans le secteur ambulatoire. Les pré-requis sont les mêmes que pour les autres modules : les structures porteuses du projet de coopérations doivent notamment justifier d'un projet de santé répondant au cahier des charges des expérimentations et d'un exercice pluridisciplinaire.

Un arrêté du 31 décembre 2009 (publié au JO du 15 janvier 2010) relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé vient compléter le dispositif législatif en proposant notamment un modèle-type de coopération et en dressant la liste des pièces à fournir aux ARS par les promoteurs.

### **Le rôle des agences régionales de santé : impulsion et accompagnement**

L'article 51 de la loi HPST laisse aux professionnels de santé l'initiative d'instaurer entre eux une démarche de coopération. En effet, il dispose que ce sont les professionnels de santé qui soumettent à l'ARS des protocoles de coopération ayant pour objet d'opérer des transferts d'activité et d'actes de soins.

L'ARS vérifie :

- le contenu du protocole, en particulier l'objet et la nature de la coopération, notamment les disciplines ou les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés,
- et qu'il correspond à un besoin de santé constaté au niveau régional.

L'ARS soumet ensuite ce protocole à la Haute Autorité de santé chargée de son évaluation scientifique.

Après avis conforme de la Haute Autorité de santé, le directeur général de l'ARS autorise sa mise en œuvre par arrêté.

Les professionnels de santé qui souhaitent adhérer à un protocole autorisé, sont tenus de faire enregistrer leur demande d'adhésion auprès de l'ARS, laquelle vérifie que la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée, que le demandeur dispose d'une garantie assurantielle portant sur le champ défini par le protocole et qu'il a fourni la preuve de son expérience dans le domaine considéré et de sa formation. L'enregistrement de la demande vaut autorisation.

Les professionnels s'engagent à procéder, au suivi de la mise en œuvre du protocole selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé (à paraître prochainement) et à transmettre les informations relatives à ce suivi à l'agence régionale de santé et à la Haute Autorité de santé.

**Dans ces conditions, les ARS sont chargées de recenser les démarches de coopérations déjà mises en place dans leur région, de susciter et promouvoir des projets en présentant le cadre législatif et réglementaire aux structures pluridisciplinaires et d'assurer ensuite un accompagnement des sites et un suivi des expérimentations.**

Par ailleurs, les ARS sont tenues de veiller au respect par les professionnels de la **bonne information des patients**. En effet, ces derniers doivent être informés, par les professionnels de santé, de leur engagement dans un protocole de coopération interdisciplinaire, et des conséquences en matière de réorganisation des modes d'intervention.

## MODULE 4

# CAPITATION OU FORFAIT POUR LES MALADIES CHRONIQUES

Le module 4 a pour ambition d'expérimenter une rémunération forfaitaire de la prise en charge d'un patient atteint de maladie chronique par une équipe soignante. Ce forfait (annuel ou trimestriel) par patient a vocation à remplacer la totalité des actes et forfaits facturés précédemment par les professionnels de santé pour le traitement de ces patients.

La mise en place d'une telle expérimentation suppose un calibrage robuste du forfait et une acceptabilité des patients. Elle suppose également de lever certains risques (sélection des patients et productivité plus faible du système de soins).

La DSS a organisé un séminaire de travail en janvier 2010 sur le thème des forfaits à la pathologie associant les services du ministère de la santé et des sports, la CNAMTS, des chercheurs, des institutionnels, des économistes de la santé, la FNMF et des professionnels exerçant dans des sites expérimentateurs.

Ce séminaire a permis de mettre en exergue différentes questions suscitées par le forfait à la pathologie :

- Un champ difficile à définir :

- Comment différencier le « parcours de soins du patient dans le cadre de la prise en charge de sa pathologie chronique » et son « parcours de soins dans le cadre de sa prise en charge globale » ? Cette différenciation est-elle pertinente ? Comment prendre en compte les polyopathologies ?
- Quels sont les soins qui sont intégrés dans le forfait ? l'impact d'un tel forfait sera en effet différent selon qu'il inclut uniquement les actes des professionnels de santé ou bien également les dépenses de médicaments et les coûts d'hospitalisation. Qui supporte le risque en cas de dépassement du forfait ?

- Un calibrage économique délicat :

- Nécessité d'avoir des soins protocolisés et standardisés pour pouvoir construire les forfaits au juste coût ;
- Nécessité d'avoir une patientèle suffisamment grande pour pouvoir équilibrer les coûts ;
- Par ailleurs, faut-il fixer le forfait en fonction des coûts constatés ou prospectifs ? Si l'on part de coûts constatés, l'actualisation d'un tel forfait sera délicat.

- Une mise en œuvre très rare à l'étranger : les modèles de forfaits choisis à l'étranger sont majoritairement des forfaits à la capitation et non à la pathologie (seuls 2 modèles de forfait à la pathologie ont été recensés).

- Une transposition difficile en France :

- Risque d'une adhésion limitée de la population (mode de rémunération peu incitatif à la qualité, remise en cause du libre choix du médecin par le patient, sélection adverse),
- Faiblesse de l'informatisation des cabinets médicaux
- Quelle répartition prévoir entre AMO et AMC ?

Ainsi, les exemples étrangers et les questions de faisabilité soulevées lors de ce séminaire invitent plutôt à **poursuivre la réflexion autour d'un forfait à la capitation, c'est-à-dire au volume de leur patientèle, ajusté à la morbidité** plutôt qu'autour d'un forfait à la pathologie qui n'apparaît ni pertinent ni réalisable

### **PERSPECTIVES**

La suite des travaux doit permettre, à partir de la base des données de consommation de soins d'un échantillon d'assurés sociaux, d'identifier les variables explicatives de la consommation de soins permettant de répartir les patients en groupes homogènes et de proposer un certain nombre de forfaits à la capitation, en précisant les éléments qui contribuent à établir leur niveau.

Gérard de Pourville est chargé par la ministre de coordonner ces travaux et de faire des propositions.

## EXERCICE LIBERAL ET ORGANISATION JURIDIQUE DES STRUCTURES PLURIDISCIPLINAIRES

L'exercice au sein de structures pluridisciplinaires - maisons de santé (exercice dans un lieu unique) ou pôles de santé (exercice dans des lieux différents de professionnels de santé libéraux sur un même territoire) - répondent à la fois aux attentes des professionnels libéraux en terme de qualité de travail et de vie privée et de la population en terme d'accès et de continuité des soins.

Néanmoins, le développement de ces structures suppose de sécuriser leurs statuts juridiques et le régime fiscal et social des professionnels de santé et rencontre des obstacles de deux types :

➤ Des obstacles déontologiques au regroupement de plusieurs professionnels de santé au sein d'une même structure

- Application du droit au respect de la vie privée du patient et du secret des informations en cas de partage de dossiers patient entre praticiens d'une maison de santé,
- Application du libre du choix du médecin par le patient,
- Exclusion au sein des maisons de santé de certaines professions de santé qui ont une activité tout ou partie commerciale des professions non réglementées ou mal définies,
- Interdiction du partage d'honoraires entre des médecins de disciplines différentes (cette interdiction a été néanmoins levée pour les activités de télémedecine et dans le cadre de coopérations entre professionnels de santé),

➤ Des obstacles dus à la complexité des montages juridiques

Dans la pratique, les maisons et pôle de santé ne sont pas constitués en une seule forme juridique, au contraire, tout est affaire de contexte local avec utilisation de structures existantes et attractives. Ainsi, certains modèles juridiques qui ont fait leur preuve sont proposés aux maisons de santé, mais ces montages juridiques sont complexes et avec des conséquences fiscales différentes.

Ils associent :

- une SCI pour l'investissement en locaux
- une SCM pour le partage des équipements et des charges de fonctionnement
- des SCP ou SEL uniquement par profession
- un contrat d'association pour l'exercice professionnel signé profession par profession (contrat d'exercice commun : CEC)
- un règlement intérieur permet d'orchestrer la structure interprofessionnelle

Aucun de ces statuts, individuellement, ne permet de faire fonctionner une structure pluri professionnelle. Un montage juridique entre ces différents statuts est donc nécessaire.

Par ailleurs, certains statuts juridiques ne sont pas adaptés à la perception de financements publics, à leur répartition entre professionnels de santé libéraux et à la neutralité en termes de conséquences fiscales (association loi de 1901, SCI, SCM etc.)

**Les associations (loi du 1er juillet 1901)** peuvent percevoir des subventions mais ne peuvent pas les reverser à leurs membres car dès lors qu'elles mettent en commun leur activité professionnelle en vue de partager des bénéfices ou de profiter de l'économie qui pourrait en résulter, elles risquent de perdre leur caractère non lucratif et par conséquent d'être requalifiées en sociétés commerciales et d'être assujetties aux impôts commerciaux (IS, TVA et taxe professionnelle).

**Les sociétés civiles immobilières (SCI)** quant à elles peuvent recevoir des subventions mais leur utilisation ne doit servir qu'à acquérir ou gérer un bien immobilier pour le louer. Elles ne peuvent pas partager le forfait expérimental entre leurs membres car elles s'écarteraient alors de leur objet exclusif et risqueraient de perdre leur statut de société de personnes et d'être ainsi requalifiées en sociétés commerciales avec toutes les implications fiscales que cela entraîne.

**A ce jour et dans l'état actuel de nos connaissances, il ressort que 2 statuts juridiques semblent plus adaptés à l'exercice pluridisciplinaire : la société civile de moyens (SCM) ou le groupement d'intérêt économique (GIE) dédié à la coordination et associant tous les professionnels de santé. Toutefois, ce point mérite d'être confirmé par une expertise juridique complémentaire.**

Les sites pourront ainsi percevoir des subventions et les partager entre leurs membres mais à condition pour les professionnels de santé membres de la structure de donner mandat à la personne morale (la structure) de recevoir la somme pour leur compte. Ainsi, pour pouvoir donner ce mandat, le site devra s'assurer que tous les professionnels de santé de la structure sont bien représentés en sein de la SCM ou du GIE.

Le choix entre l'un ou l'autre statut dépendra essentiellement de la qualité des professionnels à associer. En effet, la SCM ne peut comprendre que des personnes exerçant une activité libérale tandis que le GIE concerne toutes les activités commerciales, industrielles, agricoles, artisanales et libérales. Les sociétés de transports de taxis ou les pharmaciens par exemple peuvent faire partie d'un GIE mais pas d'une SCM.

Le délai moyen de création d'une SCM ou d'un GIE est de 15 à 21 jours. Les frais d'immatriculation au registre du commerce et des sociétés et au centre de formalité des entreprises s'élèvent à 83,96€.

La structure peut, à sa convenance, avoir recours à un juriste pour rédiger les statuts mais des contrats types sont disponibles sur internet ou auprès des syndicats ou des associations de gestion agréée (AGA).

A moyen terme, et sous réserve d'une expertise juridique complémentaire menée au niveau national, il est envisagé de créer un statut propre à l'exercice pluridisciplinaire qui devra permettre aux structures de recevoir des subventions de l'assurance maladie, de les répartir entre leurs membres, sans modifier le statut libéral des membres et sans conséquences fiscales défavorables par rapport à l'exercice libéral isolé.

## LE ROLE DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

QUE FAIRE SI VOUS SOUHAITEZ QUE VOTRE REGION PARTICIPE AUX EXPERIMENTATIONS ?

### 1°) VOUS ORGANISER EN INTERNE

Il convient de mettre en place une organisation chargée de l'accompagnement des candidatures et des sites, du pilotage et de l'évaluation des expérimentations.

Ainsi, il est fortement encouragé de nommer **un référent** qui sera l'interlocuteur unique de toutes les parties prenantes aux expérimentations : les professionnels bien sûr, mais également l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, les évaluateurs et le ministère de la santé.

Ce référent devra avoir été formé à **l'ingénierie de projet**.

En fonction de votre organisation propre, si **les délégations territoriales départementales** sont chargées d'accompagner la mise en œuvre et le suivi des regroupements de professionnels de santé, elles pourront utilement se faire le relai des expérimentations sur le terrain, et donc sensibiliser voire susciter des candidatures. Elles devront à tout le moins être tenues régulièrement informées de l'état d'avancement des expérimentations dans la région.

### 2°) FAIRE EMERGER DES PROJETS ET ACCOMPAGNER LES PROMOTEURS

Le référent aura pour mission :

- d'évaluer les besoins locaux et de susciter des candidatures ;
- d'évaluer les candidats potentiels dans la région au regard du cahier des charges retenu et qui est détaillé en annexe 1 ;
- d'accompagner les porteurs pour les aider à formaliser leur projet, à rechercher des financements complémentaires, à adapter leur système d'information ;
- de procéder à la rédaction des conventions d'expérimentations entre les ARS et les sites (cf. convention type en annexe 2). Ces conventions sont modifiables par avenant, le cas échéant ;

**Il est demandé d'envoyer pour relecture les conventions à la Direction de la sécurité sociale avant qu'elles ne soient signées afin d'éviter des difficultés ultérieures de mise en œuvre**

- d'informer les autres professionnels du même territoire de santé de la participation de leurs confrères pour éviter tout malentendu ou incompréhension ;

- de participer à l'évaluation des expérimentations, en recueillant notamment les informations nécessaires à celle-ci.

### 3°) ANIMER LE PILOTAGE REGIONAL

La mise en place et le suivi des expérimentations supposent la réunion régulière **d'un comité de pilotage régional** chargé de relayer les décisions du comité de pilotage national, de les adapter éventuellement aux spécificités locales et de concerter sur les modules et conventions. Animés par l'ARS qui en assure le secrétariat, ces Copil régionaux sont composés :

- d'au moins un représentant de l'assurance maladie,
- d'au moins un représentant régional de l'UNOCAM,
- des représentants d'un ou plusieurs sites expérimentateurs ou des organisations représentatives des structures regroupées,
- d'au moins un représentant d'une URPS, et à terme de la fédération régionale des URPS.

Selon les usages locaux, peuvent également participer au Copil régional les Ordres ainsi que des chercheurs et universitaires (facultés de médecine, économistes de la santé...).

### VOS INTERLOCUTEURS

#### Votre équipe au ministère pour le pilotage national des expérimentations

##### **Pour la direction de la sécurité sociale :**

- Marine JEANTET, conseillère médicale du directeur de la sécurité sociale au 01 40 56 52 08 – [marine.jeantet@sante.gouv.fr](mailto:marine.jeantet@sante.gouv.fr)
- Séverine SALGADO : chef du bureau 1B charge des relations avec les professionnels de santé au 01.40.56.71.22 – [severine.salgado@sante.gouv.fr](mailto:severine.salgado@sante.gouv.fr)
- Sabrina SAHTEL : référente pour les questions juridiques et fiscales au 01.40.56.75.57 – [sabrina.sathel@sante.gouv.fr](mailto:sabrina.sathel@sante.gouv.fr)
- Julie PAYET : référente pour les questions relatives aux systèmes d'information, à l'évaluation des expérimentations, à la participation des organismes d'assurance maladie complémentaire et au suivi des conventions au 01.40.56.65.42 – [julie.payet@sante.gouv.fr](mailto:julie.payet@sante.gouv.fr)
- Caroline BUSSIERE : référente à la mission de la coordination et de la gestion du risque pour les modules 2 et 4 au 01.40.56.52.91 – [caroline.bussiere@sante.gouv.fr](mailto:caroline.bussiere@sante.gouv.fr)
- Emilie RENARD : référente à la mission de la coordination et de la gestion du risques pour les modules 2 et 4 au 01.40.56.54.90 – [emilie.renard@sante.gouv.fr](mailto:emilie.renard@sante.gouv.fr)

##### **Pour la direction générale de l'offre de soins :**

- Vincent BEAUGRAND, chef du bureau R2 1<sup>er</sup> recours au 01.40.56.53.02 – [vincent.beaugrand@sante.gouv.fr](mailto:vincent.beaugrand@sante.gouv.fr)
- Perrine RAME-MATHIEU, bureau R2 1<sup>er</sup> recours au 01.40.56.40.38 – [perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr](mailto:perrine.rame-mathieu@sante.gouv.fr)
- Dominique RENARD, bureau PF3 coopérations et contractualisation au 01.40.56.53.01 – [dominique.renard@sante.gouv.fr](mailto:dominique.renard@sante.gouv.fr)
- Marie-Andrée LAUTRU, sous-direction des ressources humaines au 01.40.56.52.12 - [marie-andree.lautru@sante.gouv.fr](mailto:marie-andree.lautru@sante.gouv.fr)

#### Pour l'évaluation des nouveaux modes de rémunération

L'équipe en charge de l'évaluation des expérimentations est l'IRDES/Prospère. La personne référente est Julien MOUSQUES au 01.53.93.43.62.

**Vous êtes invités à faire part, dès que possible, de toutes questions ou problèmes se présentant, en mettant en copie les autres ARS, afin de partager la diffusion de l'information.**

## ANNEXE 1 :

### PRE REQUIS DES PORTEURS DE PROJET

\*Les candidats doivent être des **structures pluridisciplinaires** (centres, maisons et pôles de santé) présentant les caractéristiques suivantes :

- exercice pluri-professionnel de premier recours ;
- exercice coordonné dans une même zone géographique (dossier partagé dans les limites déontologiques, réunions pluridisciplinaires régulières, protocoles de soins, identification d'un coordonnateur d'équipe ou de soins... ) ;
- accompagnement du patient dans son parcours de soins (contact avec l'hôpital, articulation avec les intervenants médico-sociaux) ;
- mise en place d'un exercice dédié à la prévention ;
- participation à la permanence des soins, en cohérence avec l'organisation locale (sauf pour les centres de santé).

\* Un **projet de santé formalisé** doit décrire le mode de fonctionnement de la structure répondant à ces exigences.

\* Seront sélectionnés en priorité les dossiers mettant, en outre, l'accent sur :

- **l'accès aux soins** avec la garantie d'une offre de premier recours à tarifs opposables et de consultations non programmées ;
- la **continuité des soins**, la journée et pendant les congés des professionnels, impliquant une large amplitude horaire d'ouverture en dehors des horaires de la permanence des soins.

## ANNEXE 2

### **MODELE TYPE DE CONVENTION DE MISE EN OEUVRE ET DE FINANCEMENT DES EXPERIMENTATIONS DE NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION**

Identification des signataires

**Entre :**

**Le directeur de la Mission régionale de santé de XXXX**

Adresse  
Représentée par son Directeur (URCAM et ARH)  
Nom du Directeur

**Le directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie de XXXX** en sa qualité de caisse référente pour la mise en place du dispositif en région ci-après désignée par « la caisse locale unique »

Adresse  
Nom  
Ou son agent comptable

Adresse  
Nom

**Le ou les organismes d'assurance maladie complémentaire** volontaires pour participer à l'organisation, au financement et au suivi de l'expérimentation.

Adresse  
Nom

**ET**

**Le professionnel de santé/ le représentant du centre de santé ou de la maison de santé ou du groupement de professionnels** : M/Mme **XXXX** agissant pour le compte de la maison de santé pluridisciplinaire de .../du centre de santé de.../du pôle de santé de.../du réseau de santé de..., ci après désigné par « le site »

Adresse  
Nom

Vu l'article 44-I de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008,

Vu le décret du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé,

### Contexte général de l'expérimentation :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé. L'adhésion à ces expérimentations est volontaire et collective.

Ces modes de rémunération viennent compléter le paiement à l'acte ou s'y substituer afin de tester dans quelle mesure un mode de rémunération différent permet de garantir une meilleure qualité et efficacité de l'exercice de la médecine de premier recours.

La mise en œuvre de ces expérimentations constitue un des instruments de la **modernisation de l'offre de soins de premier recours** en favorisant la **qualité et l'efficacité des soins** passant notamment par :

- une meilleure organisation des soins de 1<sup>er</sup> recours,
- une meilleure collaboration entre professionnels optimisant les interventions de chacun, notamment dans le cas des maladies chroniques,
- le développement de pratiques innovantes et de services aux patients : ouverture de droits, accompagnement des démarches administratives, information, prévention, éducation à la santé, orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), collaboration avec les réseaux de santé locaux, sécurité et veille sanitaire...
- pour finalement rendre le métier des professionnels de santé de premier recours plus attractif et garantir, à terme, la continuité du maillage territorial des soins de 1<sup>er</sup> recours.

Elle permet aux professionnels de santé volontaires de s'engager dans une démarche novatrice en cohérence avec les objectifs fixés par la loi de santé publique, et conformément, le cas échéant, aux avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé.

## Article 1- Objet de la présente convention

### Il a été convenu ce qui suit :

La présente convention a pour objet :

- de définir les droits et obligations du site bénéficiaire, de la Mission régionale de santé et des financeurs,
- de fixer les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment :
  - la durée,
  - le montant des rémunérations,
  - les conditions de versement des financements et de prise en charge par les organismes d'assurance maladie,
  - les modalités annuelles et pluriannuelles de suivi et d'évaluation de l'expérimentation,
  - les conditions de dénonciation de la convention,
  - les garanties accordées aux sites en cas de cessation des expérimentations.
- de déterminer les modalités de participation des organismes d'assurance maladie complémentaire signataires à l'organisation, au financement, au suivi de l'expérimentation et notamment des indicateurs.

## Article 2 – Durée de la présente convention

La convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil suivant la date de sa signature ou à la date de sa signature.

Elle ne peut, en l'état actuel de la législation, se poursuivre au-delà du 31 décembre 2012.

## Article 3– Engagements des parties

En cas de modifications réglementaires ou de modification nominative des signataires la présente convention fera l'objet d'avenant.

### 3.1. Engagements de l'attributaire

Le site s'engage à s'inscrire au titre des modes de financement décrits à l'annexe 1 et à en respecter les obligations et modalités pour prétendre au versement des financements prévus, notamment les indicateurs de suivi retenus.

Les professionnels de la structure s'engagent à fournir à la Mission régionale de santé et, le cas échéant, aux organismes complémentaires participants, toutes les informations relatives à leur activité et à leur mode d'organisation et les données nécessaires à l'évaluation de ces expérimentations. Ces informations, sous réserve de garanties de confidentialité, pourront être transmises au prestataire retenu pour l'évaluation globale des expérimentations.

Ils devront :

- Tenir une comptabilité conformément aux règles et usages en la matière, avec l'assistance des expertises requises, dont un commissaire aux comptes dès 153 000 euros de subventions publiques perçues par la structure promotrice.
- Justifier de tout document, pièce ou information relative tant au projet financé qu'aux dépenses engagées, à la première demande de la Mission Régionale de Santé, ou de leur mandataire.
- Se tenir à jour de ses obligations et/ou cotisations sociales, fiscales et parafiscales.

- Soumettre sans délai à la Mission Régionale de Santé, toute modification juridique ou administrative de la structure ou de l'un de ses promoteurs, et plus particulièrement toute modification statutaire, et tout évènement susceptible de porter atteinte à la continuité de l'activité (licenciement, congé longue maladie, démission, retrait de partenariat).
- Appliquer les dispositions relatives au redressement ou liquidation judiciaire de la structure financée prévues à l'article 7.2 de la présente convention.

Par ailleurs, ils devront :

- Effectuer, auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, les démarches de déclaration ou d'autorisation prescrites par la loi de 1978.
- Appliquer les dispositions du Code de la Propriété intellectuelle en matière de propriété et de publicité des travaux menés dans le cadre de l'action financée. Les études et résultats publiés, édités, divulgués sous le nom du bénéficiaire quel que soit le support, devront mentionner le financement de l'assurance maladie. L'utilisation, par le bénéficiaire, des logos de l'ARH et l'URCAM est soumise à la validation du financeur. Le financeur bénéficie d'un droit à communiquer sur le projet.

En cas de non fourniture des justificatifs aux délais fixés, la Mission régionale de santé aura la possibilité de suspendre le financement, dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente convention.

**Le respect de ces obligations est considéré par la Mission Régionale de Santé comme une condition substantielle de l'octroi des financements attribués dans le cadre de cette convention.**

### **3.2. Engagements de la Mission régionale de santé**

La Mission Régionale de Santé s'engage par l'entremise de l'ARH ou de l'URCAM à ordonnancer les paiements.

Elle s'engage à fournir au site les données nécessaires au suivi de la présente convention.

A cet effet, au démarrage de l'expérimentation, elle communique aux médecins concernés une analyse chiffrée de leur patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle leur fournit chaque trimestre, le niveau d'atteinte des objectifs.

A chaque date d'anniversaire, elle transmet aux médecins concernés un tableau récapitulatif des données de l'année écoulée.

Elle convoque le site à un entretien annuel visant à examiner les raisons pour lesquelles les résultats obtenus ont été dépassés ou au contraire les raisons justifiant le fait que le site n'ait pas atteint ses objectifs.

Suite à cet entretien, la Mission régionale de santé aura la faculté de moduler les financements accordés au site sur la base de modalités déterminées en annexe 1.

### **3.3. Engagements de la caisse locale unique**

La caisse locale unique est désignée par la Mission régionale de santé après consultation des organismes locaux d'assurance maladie de la région.

Selon l'échéancier et les modalités prévues ci-dessous, la caisse locale unique verse les financements ordonnancés et organise en collaboration avec son agent comptable le suivi de la consommation des crédits à partir des justificatifs demandés.

Après vérification par la caisse primaire de l'intégralité, de la conformité et du caractère probant des justificatifs transmis par le site, la caisse primaire conserve auprès des services comptables l'ensemble des justificatifs exigés.

Pendant toute la durée de la convention, le site peut demander un rendez-vous à un praticien-conseil auprès de la caisse pour tout élément d'information sur le suivi du présent contrat. Ce rendez-vous est accordé dans les 15 jours.

### 3.3.1. Echéancier

La caisse locale unique s'engage à effectuer les versements au site destinataire désigné dans la présente convention en respectant l'échéancier prévu en annexe (trimestriellement ou annuellement), sous réserve de production par le promoteur des pièces indiquées en conditions.

### 3.3.2. Versements

Conformément à l'échéancier, les paiements susvisés seront effectués par l'Agent Comptable, M/Mme **XXXX** de la Caisse primaire d'assurance maladie de **XXXX** en sa qualité de caisse locale unique :

à l'ordre de **XXXXXX**

au compte de **XXXXXX**

ouvert Banque

tel qu'il ressort du RIB (à joindre) à la présente convention

Banque : **XXXXXX**

Agence : **XXXX**

Numéro de Compte : **XXXXXX**

Clé : **XXX**

En cas de changement d'organisme financier teneur du compte, le site notifie à l'agent comptable de la CPAM ses nouvelles coordonnées bancaires accompagnées d'un nouveau RIB.

## 3.4. Engagements de l'organisme d'assurance maladie complémentaire

Le ou les organismes d'assurance maladie complémentaire volontaires s'engagent à participer à l'organisation, au financement et au suivi de l'expérimentation et notamment des indicateurs.

### 3.4.1. Echéancier

L'organisme d'assurance maladie complémentaire s'engage à effectuer un versement complémentaire à celui effectué par la caisse locale unique au site désigné dans la présente convention en respectant l'échéancier prévu en annexe (trimestriellement ou annuellement), sous réserve de production par le promoteur des pièces indiquées en conditions.

### 3.4.2 Versements

Conformément à l'échéancier, les paiements susvisés seront effectués par l'organisme d'assurance maladie complémentaire dénommé **XXXX** :

à l'ordre de **XXXXXX**

au compte de **XXXXXX**

ouvert Banque

tel qu'il ressort du RIB (à joindre) à la présente convention

Banque : XXXXX  
Agence : XXXX  
Numéro de Compte : XXXXX  
Clé : XXX

En cas de changement d'organisme financier teneur du compte, le site notifie à l'organisme d'assurance maladie complémentaire précité ses nouvelles coordonnées bancaires accompagnées d'un nouveau RIB.

#### **Article 4– Montant du financement**

Le financeur accorde au site un financement imputé sur le risque selon des modalités prévues en annexe.

Le financement est déterminé annuellement en fonction des caractéristiques de la structure.

Toute modification relative au financement fera l'objet d'un avenant à la convention, en cas de modification du montant ou en cas de modification des modalités de versement ou d'exécution.

#### **Article 6– Modalités de suivi et d'évaluation**

##### **6.1. Les rapports annuels d'activité**

Au plus tard le **XXXX** de chaque année, le site fournit un rapport d'activité dans lequel il indique au minimum :

- le nombre de patients pris en charge,
- le nombre de professionnels de santé ou autres concernés,
- la description des actions particulières mises en œuvre, les moyens de coordination utilisés (réunions, formations, etc)
- le suivi des indicateurs indiqués en annexe,
- un bilan financier assorti de documents comptables,
- pour les réseaux de santé, un relevé annuel des rémunérations dérogatoires.

Certains des indicateurs pourront être fournis directement par la Mission régionale de santé.

##### **6.2. Le rapport d'évaluation (paragraphe à étoffer avec le prestataire choisi pour l'évaluation)**

Les Missions régionales de santé réaliseront annuellement l'évaluation de l'ensemble des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettront aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Parlement sera également destinataire des évaluations.

L'évaluation annuelle de ces expérimentations portera notamment sur :

- la mise en place effective des expérimentations (satisfaction des professionnels de santé et des patients, y compris effet pervers le cas échéant),
- les résultats en termes sanitaires et de santé publique (amélioration des indicateurs retenus dans certaines pathologies de type maladie chroniques, amélioration des indicateurs de prévention, etc.),
- les modifications des modes d'organisation (impact sur l'organisation du temps, des interactions et de l'activité : délégations de tâches médecins-paramédicaux, durée de la

- consultation, nouvelles prises en charge de type petites urgences, attractivité sur de nouveaux professionnels, etc.),
- les résultats économiques (efficacité de la prescription, nombre de consultations et actes des différents professionnels, recours à l'hospitalisation, etc.)

Elle débutera l'année suivant l'entrée en vigueur de la convention afin de laisser le temps aux sites de s'installer et d'ajuster leur fonctionnement collectif. Toutefois, les sites devront se mettre en mesure de fournir des éléments en vue de l'évaluation lors de cette première année. Notamment, des données relatives à la patientèle pourront être recueillies dans cette période.

L'évaluation sera réalisée par les Missions régionales de santé en liaison avec les organismes d'assurance maladie et les organismes complémentaires participants le cas échéant.

Cette évaluation est conduite sur la base des critères définis en annexe 2 sous la forme d'une liste d'indicateurs à suivre par les promoteurs au regard de chaque module.

L'évaluation finale doit permettre la justification de l'atteinte ou non des objectifs fixés et l'appréciation de la plus-value de ces expérimentations.

## **Article 7– Exécution de la convention**

### **7.1. Litige**

En cas de désaccord sur la mesure des objectifs à atteindre, le site peut demander à être reçu par le directeur de la Mission régionale de santé. A l'issue de cette rencontre, un bilan contradictoire sera adressé au directeur de la caisse locale unique.

Dans un délai maximum de deux semaines à compter de la date de réception du document, le directeur de la caisse ajoute ses observations éventuelles et arrête le bilan établi contradictoirement. Un exemplaire est adressé au site.

### **7.2. Dispositions relatives à la cessation d'activité**

En cas de cessation d'activité le site doit informer par écrit le directeur de la Mission régionale de santé, l'agent comptable de la caisse locale unique et communiquer le nom, l'adresse et la qualité de l'administrateur judiciaire.

S'il s'agit d'une association, en tant que personne morale sans but lucratif mais ayant un objet économique, celle-ci relève du champ des procédures de redressement et de liquidation judiciaire.

Ainsi, en cas de dépôt du bilan par le président de l'association au tribunal de grande instance du siège, ce dernier doit aussi respecter les obligations d'information prévues au premier paragraphe.

Les paiements seront effectués par l'agent comptable sur la domiciliation bancaire précisée par l'administrateur judiciaire pendant la période d'observation et/ou de poursuite d'activité.

Le non respect de cette obligation d'information à la charge du président de l'association aboutit en cas d'erreur de paiement de l'agent comptable mis en cause par l'administrateur judiciaire à une obligation immédiate de restitution des sommes indûment perçues à la charge du président de l'association.

A cette fin, le budget prévisionnel devra être certifié par l'administrateur judiciaire.

Dans un souci de sécurité, les paiements seront effectués par l'agent comptable mensuellement.

### **Article 8- Dénonciation de la convention**

La présente convention peut-être dénoncée à chaque date d'anniversaire par le site, en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à la Mission régionale de santé précisant cette demande et sa motivation.

Le directeur de la Mission régionale de santé en informe la caisse locale unique.

Les versements effectués et utilisés conformément à l'objet de la convention ne feront pas l'objet d'une récupération par la caisse locale unique.

Une suspension transitoire des versements peut être néanmoins décidée par le directeur de la Mission régionale de santé, dans l'attente de production de justificatifs ou suite à l'analyse des raisons justifiant le fait que le site n'ait pas atteint ses objectifs.

### **Article 9- Garanties accordées aux expérimentateurs**

A la cessation des expérimentations, un bilan sera réalisé par la Mission régionale de santé avec le site. En cas de difficulté à pérenniser l'activité, le bilan prévoira l'octroi de financements complémentaires pendant une durée maximale de deux ans afin de garantir le maintien temporaire des emplois ou à défaut des mesures de reclassement.

### **Article 10- Mise en œuvre de la présente convention**

La présente convention entre en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil suivant la date de sa signature ou à la date de sa signature.

Elle est conclue pour la durée mentionnée à l'article 2 de la présente convention soit jusqu'au 31 décembre 2012.

Le Directeur de la MRS et l'Agent Comptable de la caisse locale unique sont chargés de son exécution et de son suivi.

Fait à **XXXX** en cinq exemplaires le **XXXX**,

#### **Pour la Mission régionale de santé de XXXX**

Représentée par son Directeur (URCAM ou ARH), M/Mme **XXXX**

**Pour la CPAM de XXXX** en sa qualité de caisse unique pour la mise en place du dispositif en région. Représentée par son directeur ou son agent comptable, M/Mme **XXXX**

**Pour le ou les organismes d'assurance maladie complémentaire** représenté par M/Mme **XXXX**

**Pour le professionnel de santé/ le représentant du centre de santé ou de la maison de santé ou du groupement de professionnels, M/Mme **XXXX** agissant pour le compte :**

- de la maison de santé pluridisciplinaire de **XXXX**
- du centre de santé de **XXXX**
- du pôle de santé de **XXXX**
- du réseau de santé de **XXXX**

## ASSOCIATION ET PARTICIPATION DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLEMENTAIRE

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que les organismes d'assurance maladie complémentaires sont associés, s'ils le souhaitent, à ces expérimentations.

Partenaires incontournables dans l'organisation des soins, la qualité des soins, la gestion du risque et la maîtrise de la dépense dans l'intérêt des assurés, les organismes complémentaires ont donc été associés d'emblée aux réflexions sur les expérimentations de nouveaux modes de rémunération.

Au niveau national, ils sont membres du comité de pilotage et la Mutualité a participé au comité de sélection des 1<sup>ères</sup> MRS expérimentatrices et des sites. Ils participent également, s'ils le souhaitent, aux comités de pilotage régionaux. La Mutualité et Malakoff Médéric sont les organismes complémentaires les plus intéressés par ces expérimentations.

Aucun organisme complémentaire n'a souhaité participer financièrement au module 1. En revanche, la Fédération Nationale de la Mutualité française (FNMF) s'est montrée particulièrement intéressée par le **module 2 relatif à l'éducation thérapeutique**. Ainsi, conformément à une orientation nationale de la FNMF, des mutuelles ont choisi de cofinancer ce forfait à hauteur de 30% mais uniquement pour leurs adhérents qui ne sont pas en ALD. Cette participation est donc inégale selon les régions et fonction de l'implantation locale de ces mutuelles. Elle est également compliquée à mettre en œuvre car elle nécessite d'identifier au sein des structures de soins les patients bénéficiaires de la mutuelle participante et éligibles à un cofinancement du forfait. Toutefois, certaines mutuelles ont choisi d'aller plus loin et ont proposé de cofinancer pour tous les patients de la structure de soins, adhérents ou non à leur mutuelle et relevant ou pas d'une ALD, ce qui facilitera la mise en œuvre technique.

Concrètement, pour assurer ce cofinancement, il est prévu d'utiliser les circuits habituels de liquidation. Toutefois, il reste encore à lever certains obstacles d'ordre technique, les mutuelles ne souhaitant pas rembourser la caisse locale unique dans un second temps, mais préférant utiliser des flux directs avec les professionnels. Ces points sont détaillés dans la fiche 11.

En tout état de cause, ces modalités de participation ne présagent pas de futurs partages du financement entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Dès lors, les ARS doivent susciter au niveau local la participation des assurances complémentaires et **toute proposition doit être expertisée**, en lien avec le ministère : certaines peuvent préférer le paiement à la performance, d'autres s'engager sur du parrainage ou de l'accompagnement de projet de création de sites, d'autres sur les modules coopérations ou forfait à la pathologie, avec des calendriers différents. Une association innovante des organismes complémentaires permettra de crédibiliser les expérimentations.

## EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS

### Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation devra :

- Documenter l'apport de l'exercice regroupé pluridisciplinaire en termes de performance des soins et services délivrés (qualité, efficacité, équité) ainsi qu'en termes d'attractivité de l'offre, comparativement à celui des autres modes d'exercice (regroupé mono-disciplinaire ou isolé). Elle précisera, le cas échéant, l'organisation qui semble la plus efficace. En effet, les éléments à notre disposition sont encore très parcellaires et ne permettent pas d'affirmer qu'une maison de santé ou qu'un centre de santé produisent des soins de meilleure qualité que des professionnels isolés.
- Mesurer l'impact des incitations financières sur l'atteinte des objectifs et plus spécifiquement sur les pratiques des professionnels de santé et l'organisation des sites expérimentateurs.
- Analyser la viabilité économique globale des modèles envisagés.

Elle apportera une aide à la décision en vue d'arrêter ou de généraliser ces expérimentations et proposera, le cas échéant, les aménagements nécessaires.

### Mise en œuvre et pilotage de l'évaluation

Cette évaluation est coordonnée sur le plan méthodologique par l'équipe PROSPERE qui regroupe l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la Société française de médecine générale et le CERMES (Centre de recherche médecine, science, santé et société).

Deux comités techniques ont été institués pour piloter cette évaluation :

- un **comité de pilotage** dont la mission consiste à discuter, valider les questions et orientations proposées par le comité technique ainsi qu'à débattre des conclusions et des recommandations. Il est composé des mêmes membres que ceux des différents comités de pilotage des expérimentations et se réunira deux fois la 1<sup>ère</sup> année puis une fois par an.
- un **comité technique** qui a pour mission de bâtir concrètement l'évaluation. Il s'appuie aujourd'hui sur la DSS, la CNAMTS et PROSPERE ainsi qu'en tant que de besoin la HAS.

### Méthodologie proposée

Il est proposé d'effectuer une **évaluation contrôlée avant / après**, c'est-à-dire en comparant les résultats avec des groupes témoins locaux et nationaux pour vérifier que les modifications observées sont bien en lien avec l'expérimentation.

Ceci suppose une évaluation rétrospective à l'entrée dans les expérimentations (pour documenter l'avant) et prospective (pour documenter l'après).

### Indicateurs choisis

3 catégories d'indicateurs devront être renseignées par le site dans le cadre de l'évaluation, en plus des indicateurs spécifiques prévus pour le module 1 et 2 :

- Des indicateurs descriptifs caractérisant les sites et leur environnement : par exemple l'organisation du travail (horaires d'ouverture, horaires de travail des professionnels, processus de travail, existence de staffs pluridisciplinaires, etc.), leurs systèmes d'information, mais aussi la zone d'attraction et les données socio-économique du bassin d'implantation de la structure.
- Des indicateurs de résultats visant à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluridisciplinaire en termes d'efficacité, de coût et d'efficience : consommation de soins des assurés (y compris dépenses hospitalières), répartition et adressage des patients entre professionnels, taux de recours au spécialiste, etc.
- Des indicateurs servant de variables d'ajustement tels que par exemple des indicateurs de précarité ou d'état de santé de la patientèle : l'âge, le genre, le nombre de bénéficiaires de la CMU et le nombre de patients en affections longues durée.

L'IRDES fournira aux sites des grilles de recueil pour ces différentes dimensions.

### Recueil des données

Une partie des données pourra être recueillie par l'assurance maladie, soit à partir du système d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIRAAM) soit à partir du système d'information du régime minier pour les sites miniers, pour constituer le T0 la première année d'entrée dans l'expérimentation puis pour suivre l'évolution des indicateurs.

Une autre partie des données devra être recueillie par les sites. Ces données sont limitées en nombre afin de ne pas solliciter excessivement les sites. L'IRDES communiquera aux sites un protocole d'évaluation précisant les données à recueillir ainsi que leurs modalités de recueil.

### Calendrier de l'évaluation

Une première vague concernera les sites ayant signé les conventions au 30 juin 2010. La seconde vague aura lieu à partir de janvier 2011 et portera sur les sites nouvellement inclus, suite à l'extension des expérimentations à l'ensemble des régions.