

## SOMMAIRE

<b>Vos interlocuteurs</b>	<b>Fiche 1</b>
<b>Article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008</b>	<b>Fiche 2</b>
<b>Objectifs des expérimentations</b>	<b>Fiche 3</b>
<b>Module 1 : forfait missions coordonnées</b>	<b>Fiche 4</b>
<b>Module 2 : nouveaux services aux patients - cadrage général</b>	<b>Fiche 5</b>
<b>Module 2 : éducation thérapeutique du patient</b>	<b>Fiche 6</b>
<b>Module 3 : coopération entre professionnels de santé</b>	<b>Fiche 7</b>
<b>Module 4 : capitation ou forfait pour les maladies chroniques</b>	<b>Fiche 8</b>
<b>Exercice libéral et organisation juridique des structures pluri-professionnelles</b>	<b>Fiche 9</b>
<b>Rôle des agences régionales de santé</b>	<b>Fiche 10</b>
<b>Association et participation des organismes d'assurance maladie complémentaire</b>	<b>Fiche 11</b>
<b>Liquidation et circuit de facturation</b>	<b>Fiche 12</b>
<b>Les spécificités des sites relevant du régime des mines (à paraître)</b>	<b>Fiche 13</b>
<b>Evaluation des expérimentations</b>	<b>Fiche 14</b>
<b>Critères à remplir par le site</b>	<b>Fiche 15</b>
<b>Informations à fournir par le site</b>	<b>Fiche 16</b>
<b>Articulation entre les différents financements</b>	<b>Fiche 17</b>

→ LES EXPERIMENTATIONS

## 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 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.**

## ARTICLE 44

### DE LA LOI DE FINANCEMENT POUR 2008

« I.-Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées l'article L. 6323- du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale:

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé mentionnées à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique. A cet effet, les conventions qu'elles passent avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires sont signées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret<sup>1</sup>, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement. (...)

<sup>1</sup> Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé

## 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 pluri-professionnel 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 1<sup>er</sup> 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 pluri-professionnelle 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'efficience. Ce forfait est modulé par les ARS en fonction du taux d'atteinte des objectifs du module 1.

- **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 juillet 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 » annoncé par le Président de la République.

Une évaluation nationale est prévue. Elle permettra de déterminer l'impact sur l'efficience du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et partant, les conditions de leur éventuelle généralisation.

## → LES EXPERIMENTATIONS

## MODULE 1

# FORFAIT MISSIONS COORDONNEES

Le **1er module « forfait missions coordonnées »** 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. Il est versé en totalité à la structure qui détermine ensuite 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 FIQCS ou des collectivités locales.

### ➤ Calcul du forfait

Il est calculé à partir de 2 critères : la patientèle du site et le temps passé par chaque professionnel de santé au sein du site.

Le forfait se décompose donc en 2 parties :

- une **1<sup>ère</sup> partie dite A** rémunérant le temps de management de la structure, fonction du nombre de patients ayant désigné leur 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. Les patients ALD (**ALD exonérante**) sont également inclus dans la patientèle considérée.
- et une **partie B 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>Partie A</b>	<b>Nombre de patients ayant un MT dans la structure (x)</b>	$x < 2700$ patients	$2700 < x < 6300$ patients	$6300 < x < 12400$ patients	$x > 12400$ patients
		6 900€	13 800€	22 500€	45 000€
<b>Partie B</b>	Supplément pour le 1 <sup>er</sup> ETP médecin généraliste	8 900€			
	Supplément pour les autres ETP médecins généralistes <sup>2</sup>	3 000€			
	Supplément pour chaque ETP de professionnel de santé supplémentaire, hors médecin généraliste	1 400€			

Un outil de simulation est mis à disposition des ARS pour leur permettre d'estimer le montant auquel leurs sites pourront prétendre.

<sup>2</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. Pour les SASPAS, ils sont comptés comme « professionnel de santé supplémentaire » et non comme médecin généraliste car ils ne sont pas encore diplômés.

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 2700 :

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

Partie A = 6 900 €

Partie B = 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 de la 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 pluri-professionnel 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 B

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 B 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 la HAS, à l'exception de ceux portant sur l'efficacité. Ces indicateurs sont, à ce jour, stabilisés hormis celui relatif à la diminution du recours à l'hospitalisation qui est en cours d'élaboration.

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 désormais disponible.

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

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 B du forfait
Règles/exemple	100%	15 596€
si $t < 60\%$	50%	$15\ 596€ * 0,8 = 12\ 477€$
si $60 < t < 100\%$	80%	$15\ 596 € * (0,20 * 0,80 + 0,80) = 14\ 972€$
si $t > 100\%$	115%	$15\ 596€ * (0,30 * 1,15 + 0,80) = 17\ 857,42 €$

## ANNEXE

<b>Objectifs de qualité des pratiques</b>	<b>Indicateurs</b>
Dépistage des cancers	Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans, supérieur 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 au taux national
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 au taux national*
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients de moins de 75 ans ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (pression artérielle mesurée sur site inférieure à 140/90 mmHg ou 135/85 mmHg en automesure, au moins sur 3 contrôles annuels) d'au moins 50%*
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HbA1c par an d'au moins 65%*
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 bénéficié d'une évaluation des facteurs de risque cardiovasculaires d'au moins 40 %*
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 d'au moins 50%*
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients pour lesquels une consultation de soutien aux aidants a été proposée, d'au moins 50%*
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux (compresse et/ou pansement hydrocolloïdes) prescrits par des IDE, d'au moins 10%
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 est 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. les modalités d'organisation des échanges pluri-professionnels autour des cas complexes sont protocolisés 2. des réunions de concertation ont lieu au minimum une fois par trimestre 3. l'analyse des pratiques professionnelles entre médecins a lieu au moins une fois par mois 4. l'analyse des pratiques professionnelles entre professionnels de santé a lieu au moins une fois par mois 5. Les protocoles pluri-professionnels de pratiques sont adaptés au minimum une fois par an Au minimum 2 items sur 5 doivent être remplis
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 délivrance en nombre de boîtes dans le répertoire pour les antibiotiques supérieur à 90% **
	Taux de délivrance en nombre de boîte dans le répertoire pour les antihypertenseurs supérieur à 65%**
	Taux de délivrance 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 transports assis professionnalisés 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°4), 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'éducation thérapeutique 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 » consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville. En effet, en l'absence de financements adaptés pérennes, l'offre d'éducation thérapeutique en médecine de ville n'a émergé que de manière parcellaire et majoritairement à l'hôpital.

Les programmes d'éducation thérapeutique 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 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) vise à favoriser le développement de ces programmes 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 de ces programmes 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 pluri-professionnelles 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'éducation thérapeutique 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.

## LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DU MODULE ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

### ➤ Principes généraux

L'équipe d'intervention doit être pluri-professionnelle et doit obligatoirement comprendre **au minimum** deux professionnels de santé de professions différentes. Si l'un de ces deux professionnels n'est pas un médecin, le programme doit être coordonné par un médecin.

Le programme d'éducation thérapeutique doit être accessible à toute personne le nécessitant dans le cadre des objectifs du programme et de son périmètre géographique. Pour favoriser leur accessibilité, les projets proposés doivent s'inscrire dans une offre de proximité (au plus près du lieu de vie des personnes).

A l'issue de la première année de fonctionnement, la file active du programme devra comprendre **au minimum 50 patients**. La file active du programme devra ensuite **augmenter chaque année d'au moins 10 %** pendant la durée de l'expérimentation.

Enfin, conformément aux principes votés dans le cadre de l'article 84 de la loi HPST, aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ne sera autorisé.

### ➤ Pathologies prioritaires et population cible

Les programmes devront **prioritairement, mais non exclusivement**, porter sur les pathologies suivantes : diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA et obésité. Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.

Par ailleurs, il vous est demandé d'inclure prioritairement dans ce cadre expérimental, les patients n'ayant jamais bénéficié de séances d'éducation thérapeutique ainsi que ceux étant dans les périodes charnières d'évolution de la maladie où le bénéfice est le plus important. Le cas échéant, leurs proches (parents, conjoints...) peuvent être inclus.

Afin d'aider les sites à mettre en œuvre ce module, le ministère diffusera à titre d'exemple les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre par les sites au fur et à mesure de leur disponibilité.

### ➤ Quelles sont les différentes étapes d'un programme d'éducation thérapeutique ?

Le programme proposé doit successivement se composer des phases suivantes :

- **Orientation vers le programme** : l'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient, **ce dernier étant tenu informé des principales étapes du déroulement du programme par les intervenants du programme**.
- **Diagnostic éducatif** : il doit permettre d'identifier les besoins du patient, d'évaluer ses potentiels, de prendre en compte ses attentes. Il est réalisé par un ou plusieurs professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un entretien individuel avec le patient.
- **Séances** : elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) et animées par un ou plusieurs professionnels au sein d'une équipe pluri-professionnelle. Le nombre de séances collectives peut dépendre de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient, le forfait qui vous est proposé est basé sur 3-4 ou 5-6 séances par patient (*cf.* point 3). Des séances individuelles pourront être envisagées en fonction de la pathologie et de l'état de la personne malade.
- **Evaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient** : elle est réalisée par le(s) professionnel(s) de santé ayant effectué le diagnostic initial au cours d'une séance individuelle.



## LE FINANCEMENT

### ➤ Le site peut recevoir trois types de forfaits

#### 1) Un forfait pour l'aide à la structuration initiale du projet

Un forfait de 1 000€ peut être alloué au site pour l'élaboration et la structuration initiale du programme. Ce forfait est alloué une seule fois en début de programme.

#### 2) Un forfait pour la formation des professionnels

Un forfait de formation de 1 000€ par professionnel (y compris les professionnels autres que de santé<sup>3</sup>) est versé sur justificatif de dépenses dans la limite de deux formations par an et par type de programme. Ce forfait, qui constitue une aide à la formation, contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources.

Il est alloué sous réserve que la formation ne soit pas, par ailleurs, financée par le dispositif de développement professionnel continu.

A noter que l'article 84 de la loi HPST prévoit que les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique seront déterminées par décret. Dans l'attente de la parution de ce décret, il est demandé aux sites de conclure un engagement de formation auprès de l'ARS.

#### 3) Un forfait par programme et par patient dont le montant varie en fonction du nombre de séances proposées aux patients

Un forfait par programme et par patient est alloué à la structure. Ce forfait se substitue au paiement à l'acte. C'est la structure qui reçoit le(s) forfait(s) et détermine librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels qui la composent. Un cofinancement AMO/AMC est possible, sous la forme d'une prise en charge d'une participation partielle dans le cadre du forfait par programme et par patient (voir *infra*).

Le montant du forfait par programme et par patient est fonction du nombre de séances proposées au patient :

- **250€ pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances** (ateliers collectifs ou séances individuelles) ;
- **300€ lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6.**

Ce forfait couvre :

- le diagnostic éducatif initial ;
- la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche ;
- l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'éducation thérapeutique pour le patient et la synthèse écrite ;
- les frais de fonctionnement : location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document ;
- les supports.

Une indemnisation de 100€ est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1<sup>ère</sup> séance.

---

<sup>3</sup> Exemple : les psychologues

### ➤ Quelle articulation avec les financements existants ?

Actuellement, les sites souhaitant développer un programme d'éducation thérapeutique peuvent recevoir des financements émanant principalement du FIQCS et du FNPEIS.

Le financement proposé aux sites dans le cadre des expérimentations se substitue aux autres sources de financement.

### ➤ Par qui et selon quelles modalités les financements sont-ils versés aux sites ?

Les forfaits sont versés aux sites expérimentateurs par la caisse locale unique (CLU).

Les forfaits « structuration initiale du projet » et « formation » feront l'objet d'une facturation papier de la structure vers la caisse locale unique (CLU).

S'agissant des **modalités de liquidation** des forfaits par programme et par patient, **elles sont en cours de mise en place et vous seront précisées ultérieurement**. Il est envisagé de proposer un forfait séable comme suit :

- forfait F1 = diagnostic éducatif + 1 séance (y compris frais de fonctionnement et supports) = 100€
- forfait F2 = 2 ou 3 séances (dont l'évaluation individuelle finale, frais de fonctionnement et supports) = 150€
- forfait F3 = 4 ou 5 séances (dont l'évaluation individuelle finale, frais de fonctionnement et supports) = 200€

Les forfaits ne sont facturables que lorsque l'ensemble des éléments qu'ils contiennent ont été réalisés. Ainsi, le forfait F1 ne pourra être facturé que si le diagnostic éducatif et la séance d'éducation thérapeutique ont effectivement eu lieu.

Selon le nombre de séances effectuées, la structure recevra  $F1+F2= 250€$  ou  $F1+F3= 300€$ .

A noter qu'en cas d'abandon du programme par le patient avant la 2<sup>ème</sup> séance (dont diagnostic éducatif), la structure ne reçoit que F1 à titre d'indemnisation.

### ➤ Quel droit de tirage pour les patients ?

A ce stade de la mise en œuvre du module 2 :

- **un même patient ne peut bénéficier que d'un seul programme par an pour une même pathologie.** Pour un même programme, le droit de tirage peut s'étaler sur une année glissante. Par exemple, un patient bénéficie d'un diagnostic initial qui conduit à lui proposer un programme de 3 séances. Il participe à une première séance en mars de l'année n. Les 2 séances suivantes du même programme pourront être suivies par le patient jusqu'en mars de l'année n + 1. Au-delà de cette date, si le programme n'a pas été achevé, le patient pourra le suivre de nouveau mais il conviendra de considérer qu'il s'agit du démarrage d'un nouveau programme donnant droit à de nouveaux forfaits versés à la structure selon les règles précisées ci-avant. Cette possibilité n'est ouverte qu'une seule fois sur la durée des expérimentations.
- **Un même patient ne peut bénéficier que de deux programmes pour des pathologies différentes** (par exemple diabète et HTA) sur la durée des expérimentations.

L'objectif principal pour le site est bien d'encourager le patient à mener jusqu'à son terme le programme d'éducation thérapeutique qui lui a été proposé et qu'il a accepté de suivre.

## LES ENGAGEMENTS DES SITES

Le site accepte de renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat, notamment :

- Evolution annuelle de la file active de patients ;
- Accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances) ;
- Contenu du programme : nombre de séances individuelles/nombre de séances collectives ;
- Pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
- Pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
- Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

En fin d'année, l'ARS invite les sites expérimentateurs à un échange sur les résultats, les conditions et difficultés de l'expérimentation.

## LA PARTICIPATION DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Conformément à une orientation nationale de la FNMF, des mutuelles ont choisi de cofinancer le forfait par programme à hauteur de 30% mais uniquement pour leurs adhérents qui ne sont pas en ALD. 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.

Le ministère souhaite, conjointement avec la FNMF, que cette participation se fasse dans le cadre des systèmes de liquidation habituels.

L'expérimentation ne doit pas générer de reste à charge pour le patient. Par ailleurs, les mutuelles ne souhaitent pas rembourser ex post les CPAM des frais liés à leurs adhérents. Aussi, il est nécessaire que le professionnel pratique un tiers-payant et envoie un flux direct à la mutuelle participante.

Il est ainsi envisagé que pour chaque forfait (F1, F2, F3 décrits *supra*) deux codes soient mis en place par l'assurance maladie obligatoire (AMO) selon que le ticket modérateur soit ou non pris en charge par une mutuelle :

- un code forfait correspondant à une prise en charge à 100% par l'AMO destiné à prendre en charge les patients ne répondant pas aux critères de la FNMF (c'est-à-dire des patients adhérents à une mutuelle de la FNMF participante à l'expérimentation dans les sites ayant signé une convention avec les mutuelles et qui ne sont pas en ALD) ;
- un code forfait correspondant à une prise en charge à 70% par l'AMO et 30% par l'assurance maladie complémentaire (AMC) destiné à prendre en charge les patients répondant aux critères de la FNMF. La part complémentaire serait maîtrisée à la source par un DRE ou un flux Noemie 1. Cependant, la FNMF souhaite que les PS émettent des flux directs vers les OC. Par ailleurs, cette solution suppose que le praticien connaisse l'organisme complémentaire de son patient.

En tout état de cause, la participation des organismes complémentaires suppose des développements informatiques complémentaires.

## 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 à l'hôpital, 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 pluri-professionnel.

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.

Les ARS sont aussi invitées à susciter la mise en place de dispositifs de coopération.

### 1. Dans le cas où les sites promoteurs souhaitent adhérer à un protocole non encore autorisé

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.

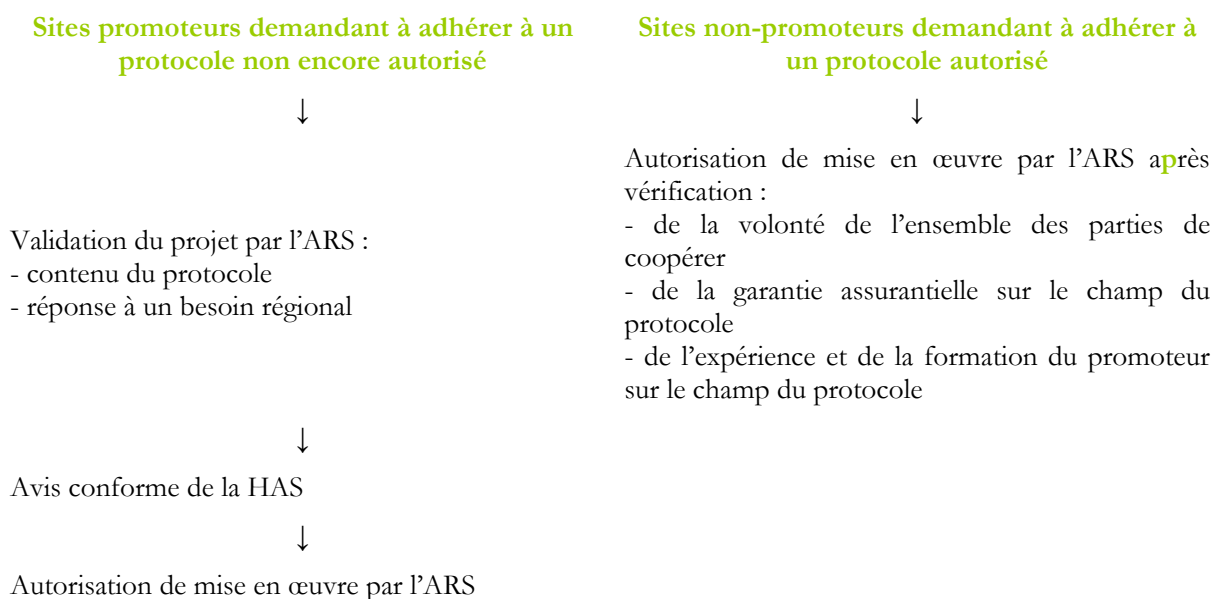
Après avis conforme de la Haute Autorité de santé, le directeur général de l'ARS autorise sa mise en œuvre par arrêté.

### 2. Dans le cas où les sites promoteurs souhaitent adhérer à un protocole déjà autorisé

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.

Pour récapituler :



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 pluri-professionnelles 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.

## → LES EXPERIMENTATIONS

## 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 délicate.

- 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 assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire ?

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, responsable de la chaire Santé à l'ESSEC, est chargé par la ministre de coordonner ces travaux et de faire des propositions.



## → LES EXPERIMENTATIONS

## EXERCICE LIBERAL ET ORGANISATION JURIDIQUE DES STRUCTURES PLURI-PROFESSIONNELLES

L'exercice au sein de structures pluri-professionnelles - 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 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 pôles de santé ne sont pas constitués en une seule forme juridique. Plusieurs montages juridiques sont possibles et entraînent des conséquences fiscales différentes :

Ainsi, les structures peuvent associer :

- 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.

### Solution immédiate

**A ce jour et dans l'état actuel de nos connaissances et de la législation, il ressort que deux statuts juridiques semblent répondre le mieux aux besoins liés à l'exercice pluri-professionnel : la société civile de moyens (SCM) ou le groupement d'intérêt économique (GIE) à condition qu'ils soient dédiés à la coordination et qu'ils associent tous les professionnels de santé de la structure.**

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 s'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).

### Perspectives à moyen terme

A moyen terme, et sous réserve d'expertise juridique et fiscale complémentaire menée au niveau national, il est envisagé de faire évoluer certains statuts juridiques existants pour permettre aux structures de disposer de statut autorisant :

- l'interprofessionnalité,
- la réception de subvention publique (Etat, Assurance maladie, collectivités territoriales...),
- la redistribution des sommes entre ses membres (professionnels de santé libéraux),
- dans un cadre sécurisé au niveau fiscal et social et,
- avec des règles simplifiées en matière d'entrée et de sortie des professionnels de santé au sein de la structure.

Un groupe de travail, qui s'est réuni sur le sujet le 1<sup>er</sup> Juillet 2010, a proposé d'expertiser les trois statuts juridiques qui répondent le mieux aux différents besoins recherchés par les professionnels exerçant au sein de structures pluri-professionnelles,

Des modifications législatives et réglementaires sont donc envisagées pour permettre à ces structures de se constituer sous la forme :

- **d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS),**
- **d'une société civile interprofessionnelle (SCP),**
- **et d'une société d'exercice libéral interprofessionnelle (SEL).**

## 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 relais 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 dans la fiche 15 ;
- 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 1). 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

##### **Au sein de 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 chargé 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 versements des forfaits, 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)

##### **Au sein de 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 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

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

Identification des signataires

**Entre :**

**Le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) de XXXX**

*Adresse*

Représentée par son Directeur Général

*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 directeur du RSI (le cas échéant)**

Représenté par XXXX

*Adresse*

**Le directeur de la MSA (le cas échéant)**

Représenté par XXXX

*Adresse*

**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 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 des professionnels de santé,

### **Contexte général de l'expérimentation :**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit que des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé et des maisons de santé peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans. 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 l'ARS 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 l'ARS 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 l'ARS ou de leur mandataire.
- Se tenir à jour de ses obligations et/ou cotisations sociales, fiscales et parafiscales.

- Soumettre sans délai à l'ARS, 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'ARS 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, l'ARS 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 l'ARS comme une condition substantielle de l'octroi des financements attribués dans le cadre de cette convention.**

### **3.2. Engagements de l'agence régionale de santé**

L'agence s'engage 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, l'ARS 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 l'agence 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 **XXXXX**

au compte de **XXXXX**

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'agent comptable de la CPAM ses nouvelles coordonnées bancaires accompagnées d'un nouveau RIB.

### 3.3.3. Modalités de versement des forfaits des modules 1 et 2

*Versement du module 1 et du "forfait par programme et par patient" du module 2 :*

- pour les sites entrant dans les expérimentations en début d'année et les poursuivant jusqu'en fin d'année civile, le forfait annuel peut être versé en 2 fois: 80% en début d'année et 20% en fin d'année civile

- pour les sites intégrant les expérimentations en cours d'année civile, les forfaits sont proratisés.

Exemple: une signature au 1<sup>er</sup> juin 2010 implique un forfait = forfait annuel \*7/12 (soit le nombre de mois dans l'expérimentation). Ce forfait proratisé peut-être versé en 2 fois: 80% à l'entrée et 20% en fin d'année. Cette règle s'applique également au site qui abandonne les expérimentations en cours d'année. Pour l'année suivante soit 2011, si le site reste dans les expérimentations, 80 % seront versés en début d'année, les 20 % restant en fin d'année.

*Versement du forfait élaboration du programme du module 2 :*

Il est versé dès l'entrée du site dans les expérimentations.

*Versement du forfait formation du module 2:*

Un forfait de formation de 1 000€ par professionnel (y compris les professionnels autres que de santé comme les psychologues) est mis à disposition sur production de justificatifs de dépenses dans la limite de deux formations par an et par type de programme. Ce forfait, qui constitue une aide à la formation, contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources. Il est alloué en l'absence de formation conventionnelle suivie par le professionnel sur ce sujet.

### 3.3.4. Les documents opposables

Les documents opposables servant à la liquidation sont la présente convention dont les CLU sont signataires et l'avenant pour la modulation des forfaits.

### 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 **XXXXX**

au compte de **XXXXX**

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. Modulation des forfaits :

Les ARS suivront annuellement l'ensemble des expérimentations qu'elles ont conduites. En liaison avec les organismes d'assurance maladie et les organismes complémentaires participant le cas échéant, les ARS moduleront les forfaits en fonction de l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du module 1 et du renseignement des indicateurs de suivi et d'activité dans le cadre du module 2

## 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

Une évaluation annuelle des expérimentations sera réalisée par PROSPERE et transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le Parlement sera également destinataire de cette évaluation.

L'évaluation devra :

- **Documenter l'apport de l'exercice regroupé pluri-professionnel 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

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 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 général de l'ARS. 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 général de l'ARS, 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 l'agence régionale de santé précisant cette demande et sa motivation.

Le Directeur Général de l'ARS 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 général de l'ARS, 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 l'ARS avec le site.

Les partenaires de la présente convention s'accorderont sur les mesures d'accompagnement nécessaires.

### **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.

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

Le Directeur Général de l'ARS 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 l'ARS de XXXX**

Représentée par son Directeur Général, M/Mme **XXXX**

**Pour la CPAM de XXXX/ et/ou le RSI ou la MSA ou autres** 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 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.

## LIQUIDATION ET CIRCUIT DE FACTURATION

### Organisation globale du circuit de facturation

#### 1. Une caisse locale unique

Chacune des ARS participant aux expérimentations désigne une caisse locale unique (CLU) relevant de préférence du régime général. Cette CLU est chargée de verser les nouveaux forfaits aux sites expérimentateurs sauf quand il s'agit d'un forfait pour un patient identifié qui peut alors être liquidé par la caisse habituelle du patient. Ce sera notamment le cas du forfait par patient du module 2.

Ainsi la CLU sera chargée de verser :

- le module 1 missions coordonnées, avec le cas échéant un forfait local pour des actions de promotion et d'éducation pour la santé,
- ainsi que les forfaits formation et conception des programmes pour le module 2.

#### 2. Remboursement de la CLU par les autres régimes obligatoires

Une fois les forfaits versés, la CLU se fait par la suite rembourser par les autres régimes obligatoires. Les financements sont répartis entre les régimes obligatoires selon une clé de répartition qui sera réalisée à partir de la clé FIQCS 2010 (disponible au deuxième semestre 2010) et d'une estimation de participation du régime minier.

A titre illustratif, la clé FIQCS pour 2009 était la suivante :

CNAMTS	87,461%
CCMSA-NSA	5,178%
RSI	4,644%
CCMSA-SA	2,717%
TOTAL	100%

Source : Arrêté du 27 février 2009 fixant la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de la participation au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins pour 2008

### Modalités de versement du module 1 « forfait missions coordonnées »

Les documents opposables servant à la liquidation sont la convention dont les CLU sont signataires ainsi que ses avenants.

L'ARS valide les sommes à verser et la CLU les verse aux sites expérimentateurs via une facturation manuelle.

#### 1. Identification des structures pour la liquidation

A l'exception des centres de santé, les sites ne disposent pas de numéros de structure. C'est pourquoi, la CNAMTS travaille avec les CLU à la création d'un numéro « pseudo finess » pour le temps de l'expérimentation. Ce numéro sera créé au 2<sup>ème</sup> semestre 2010 pour la liquidation. Il sera recensé dans le SNIIRAM (en plus du numéro du PS). A terme, la solution cible serait d'obtenir une double identification structure/professionnel de santé.

## 2. Echancier de versement pour le module 1

Le montant du forfait est prévu pour une année. Cependant, deux versements seront effectués par an par la CLU aux sites entrant dans les expérimentations en début d'année et les poursuivant jusqu'en fin d'année civile en 2010, 2011 et 2012. **Le premier versement sera versé en début d'année à hauteur de 80% et l'autre en fin d'année à hauteur de 20%.**

L'intégralité des forfaits sera versée en 2010, indépendamment de l'atteinte des objectifs de la structure. En revanche à partir de 2011, les montants des forfaits pourront être modulés en fonction de l'atteinte des objectifs. Chaque structure recevra au moins 80% du forfait. Les 20% restants seront donc ajustés en fonction de l'atteinte des objectifs.

## 3. Règles de proratisation pour les sites intégrant le module 1 en cours d'année

Pour les sites intégrant le module 1 en cours d'année civile, **les forfaits sont proratisés en fonction de la date de signature des conventions.** Ainsi, par exemple: une signature au 1<sup>er</sup> juillet 2010 implique un forfait égal au montant théorique annuel du forfait \*6/12 (soit le nombre de mois effectifs dans l'expérimentation).

Ce forfait proratisé peut-être versé en 2 fois: 80% à l'entrée et 20% en fin d'année. Cette règle s'applique également au site qui abandonne les expérimentations en cours d'année.

La modulation du forfait l'année suivante dépendra de la date d'entrée dans les expérimentations. Chaque site a en effet le droit à une année « blanche » pendant laquelle il démarre le recueil des indicateurs. Ainsi, si un site est entré dans les expérimentations à compter de septembre 2010, la modulation de son forfait n'interviendra au mieux qu'à compter de septembre 2011. Les modalités précises de modulation des forfaits seront précisées ultérieurement.

## Modalités de versement pour le module 2

Pour rappel, le module 2 est pour l'instant limité à l'éducation thérapeutique (ETP) et comprend 3 types de forfaits :

- Un forfait par programme et par patient dont le montant est fonction du nombre de séances d'ETP proposées au patient ;
- Un forfait de 1000€ destiné à l'élaboration et la structuration initiales du programme d'ETP accordé une seule fois en début de programme ;
- Un forfait de formation de 1000€ par professionnel accordé dans la limite de 2 formations par an et par type de programme.

D'autres services aux patients s'inscrivant dans ce module 2 sont en cours d'expertise et donneront lieu à des forfaits différents.

### 1. Facturation du forfait par programme et par patient

#### Echancier de paiement

- **Pour les sites entrant dans les expérimentations en début d'année 2010** et les poursuivant jusqu'en fin d'année civile, deux versements seront effectués, l'un en début d'année à hauteur de 80% de l'activité prévisionnelle d'ETP et l'autre en fin d'année à hauteur de 20% sous réserve que le nombre de programmes par patient initialement prévus soit bien réalisé. Dans le cas contraire, le solde négatif sera imputé par la caisse à l'acompte de 80% suivant (2011).

- **Pour les sites intégrant les expérimentations en cours d'année civile**, le forfait sera proratisé selon la même règle que pour le module 1. Ainsi, par exemple: une signature au 1<sup>er</sup> juillet 2010 implique un forfait annuel sur la base de l'activité prévisionnelle \*6/12 (soit le nombre de mois effectifs dans l'expérimentation).



Ce forfait proratisé peut-être versé en 2 fois: 80% à l'entrée et 20% en fin d'année sous réserve que le nombre de programmes par patient initialement prévus soit bien réalisé. Cette règle s'applique également au site qui abandonne les expérimentations en cours d'année.

### Modalités de facturation

Afin d'identifier une solution à plus long terme, la CNAMTS expertise la faisabilité d'émettre des flux électroniques à la place des facturations papier. Les professionnels pourraient alors facturer, via les numéros « pseudo Finess », des codes prestation spécialement créés et correspondant aux différents forfaits. Compte tenu du contexte expérimental, le circuit de liquidation doit également éviter un reste à charge au patient ainsi qu'une pénalité s'il est hors parcours de soins.

Un point d'information aura lieu mi-septembre sur ce sujet. Dans cette perspective et pour accélérer le travail de la CNAMTS, **les ARS ayant des sites expérimentateurs sont invitées à retourner au ministère le questionnaire concernant l'équipement informatique de leurs sites.** Dans l'attente, la facturation se fera manuellement.

## **2. Facturation des forfaits « formation » et « élaboration du programme »**

Ces deux forfaits étant versés ponctuellement, ils feront l'objet d'une facturation manuelle vers la CLU, à l'instar des forfaits du module 1.

### Versement du forfait formation du module 2

Un forfait de formation de 1 000€ par professionnel (y compris les professionnels autres que de santé comme les psychologues) est mis à disposition sur **production de dépenses** dans la limite de deux formations par an et par type de programme. Ce forfait, qui constitue une aide à la formation, contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources. Il est alloué dans la mesure où cette formation n'est pas déjà financée par le dispositif professionnel de développement continu.

### Versement du forfait élaboration du programme du module 2

Il est versé dès l'entrée du site dans les expérimentations.

## **3. Prise en charge et participation éventuelle des organismes complémentaires**

La CNAMTS propose de créer deux codes pour chaque forfait selon qu'une partie de la prise en charge est assurée ou pas par un organisme complémentaire :

- un code forfait correspondant à une prise en charge à 100% par l'AMO destiné à prendre en charge les patients ne répondant pas aux critères de l'organisme complémentaire participant ;
- un code forfait correspondant à une prise en charge à 70% par l'AMO + 30% par l'AMC destiné à prendre en charge les patients répondant aux critères de l'organisme complémentaire participant.

## → LES EXPERIMENTATIONS

## EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS

### Les objectifs de l'évaluation

L'évaluation devra :

- Documenter l'apport de l'exercice regroupé pluri-professionnel 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 pluri-professionnels, 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 pluri-professionnel 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.

## QUI PEUT PRETENDRE AUX EXPERIMENTATIONS ?

### QUELS CRITERES DOIT REMPLIR LE SITE POUR ETRE PORTEUR DE PROJET ?

Un socle minimal est requis pour les structures qui se portent candidates aux expérimentations. Les candidats doivent nécessairement présenter les caractéristiques suivantes pour être porteurs de projet :

- \* L'exercice au sein de la structure est **pluri-professionnel** et **de premier recours** : La structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute)
- \* Un **projet de santé formalisé** décrit le mode de fonctionnement de la structure et comporte les points suivants :
  - Prendre en compte les besoins de santé du territoire et proposer une **offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS**.
  - **Témoigner d'un exercice coordonné** des professionnels de la structure
    - ☐ en interne, par exemple par l'organisation de réunions pluri-professionnelles régulières ou la mise en place de protocoles de prise en charge ;
    - ☐ en externe, avec les autres acteurs de santé du territoire (autres maisons de santé, hôpital, SSIAD, etc.).
  - **Témoigner d'une prise en charge globale du patient** allant de la prévention (participation à des campagnes de dépistage, par exemple) au suivi (dans le cas de maladies chroniques, par exemple).
  - **Assurer la continuité des soins** en permettant une prise en charge des demandes de soins non programmées (large amplitude des horaires d'ouverture ou mise en place de consultations non programmées par exemple).
  - **Mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé**, informatisé ou non, entre les professionnels de la structure.
- \* La structure doit être le **lieu d'exercice principal** des professionnels et doit être aisément **identifiable par la population**.
- \* la structure doit s'engager à **accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation** (étudiants en médecins en stage de 2<sup>ème</sup> cycle, internes...).

Les structures suivantes ne peuvent s'inscrire dans le cadre des expérimentations :

- \* les structures non pluri-professionnelles, c'est-à-dire par exemple les centres de santé consacrés aux soins dentaires et les centres de soins infirmiers.
- \* les services universitaires de médecine préventive et promotion de la santé (SUMPPS) car ils ne sont pas des services de 1<sup>er</sup> recours.

Certains **réseaux de santé** peuvent également s'inscrire dans le cadre des expérimentations dès lors qu'ils respectent l'ensemble des critères définis précédemment, à savoir qu'ils exercent une activité de 1<sup>er</sup> recours, qu'ils comportent au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical et qu'ils ont un projet de santé. Ce peut être le cas par exemple des réseaux de proximité polyvalents ou des réseaux gériatriques. En revanche, les réseaux monothématiques pour lesquels l'entrée s'effectue par une pathologie, tels que les réseaux de prise en charge de la douleur ou les réseaux diabète ne peuvent s'inscrire dans le cadre des expérimentations.

## QUELLES INFORMATIONS LE SITE EXPERIMENTATEUR DOIT-IL FOURNIR ?

Dans le cadre des expérimentations, le site s'engage à renseigner un certain nombre d'indicateurs qui serviront :

- **à la modulation des forfaits.** Ces indicateurs sont déclaratifs c'est-à-dire renseignés directement par les professionnels du site au moyen d'un masque de saisie (en cours d'élaboration). Ils se distinguent des indicateurs obtenus au moyen des bases de données existantes (SNIIRAM<sup>4</sup>)
- **à l'évaluation des nouveaux modes de rémunération**

Certains indicateurs renseignés dans le cadre de la modulation pourront être utilisés dans l'évaluation.

### 1- Indicateurs à renseigner dans le cadre de la mise en œuvre des modules

- Dans le cadre du module 1 « forfait missions coordonnées » :

Pour rappel<sup>5</sup>, le site choisit :

- au minimum 4 indicateurs de qualité des pratiques parmi les 12 proposés
- au minimum 4 indicateurs de coordination des soins parmi les 7 proposés
- tous les indicateurs d'efficience

**Une partie de ces indicateurs sont déclaratifs** (se référer à l'annexe 1 fiche 4 pour le détail des indicateurs). Un guide de codage ainsi qu'un masque de saisie pour les indicateurs déclaratifs sont à votre disposition.

- **6 indicateurs de qualité des pratiques sont déclaratifs parmi les 12 proposés :**

- L'indicateur de lutte contre l'hypertension artérielle (HTA) ;
- L'indicateur de prévention de l'obésité chez l'enfant ;
- L'indicateur de prévention du risque cardiovasculaire ;
- L'indicateur de dépistage de la maladie d'Alzheimer ;
- L'indicateur d'accompagnement des aidants des patients atteints de la maladie d'Alzheimer,
- L'indicateur relatif à la prise en charge des lombalgies chroniques ;

---

<sup>4</sup> Système d'information inter-régime de l'assurance maladie

<sup>5</sup> Cf fiche 4, présentation du module 1

- **les 7 indicateurs de coordination et de continuité des soins proposés sont déclaratifs :**

- L'indicateur « dossier de patient commun »
- L'indicateur « continuité des soins en dehors des heures d'ouverture »
- L'indicateur « continuité des soins aux heures de fonctionnement du site »
- L'indicateur « coordination des soins avec une structure extérieure »
- L'indicateur « réunions de concertation avec les professionnels du site »
- L'indicateur « protocole maladies chroniques »
- L'indicateur « espace de travail informatique commun »
- Les indicateurs d'efficacité seront a priori renseignés par les bases de l'assurance maladie

➤ Dans le cadre du module 2 « nouveaux services aux patients » :

Le site renseignera les indicateurs suivants :

- L'évolution annuelle de la file active de patients suivant le module
- L'accessibilité géographique de la structure (nombre de sites, territoire géographique couvert)
- Le contenu du programme proposé : nombre de séances individuelles / nombre de séances collectives
- Le pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
- Le pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
- Le pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances ;

## **2- Indicateurs à fournir dans le cadre de l'évaluation des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (programme Prospère)**

➤ Des indicateurs descriptifs

Le site devra remplir des indicateurs concernant sa structure, son financement et son organisation.

- **Indicateurs de structure :**

- Concernant l'organisation de la structure : histoire de la structure et projet d'activité ou médical ; modalités d'organisation interne ; modalités d'organisation externe et coordination ; statut, forme juridique, contrat, règlement intérieur ; accessibilité physique, horaire et financière ; soins et services de santé délivrés (prévention, soins aigus/chronique, rééducation) ; systèmes d'information médicale et informatisation.
- Concernant la perception de l'organisation par les professionnels : perception des modalités d'organisation interne et satisfaction des professionnels<sup>6</sup> au moyen d'enquêtes.

- **Indicateurs de financement** reposant sur des données comptables et financières (produits, charges, clefs de répartition, honoraires)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Les précisions quant aux indicateurs seront données ultérieurement

<sup>7</sup> Un travail sur les processus d'anonymisation et de sécurisation est en cours

- **Indicateurs d'organisation des soins :**

- Concernant les processus de coopération entre professionnels de santé de la structure : protocolisation des coopérations, avant/après expérimentation, natures et formes des protocoles de suivi des patients
- Concernant la perception de coopérations par les professionnels : satisfaction, sentiment d'une culture de « groupe »

- Des indicateurs de résultats

Il s'agit d'apprécier l'impact des nouveaux modes de rémunération sur l'efficacité, le coût et l'efficience de la prise en charge des patients. **Cette dimension est notamment évaluée grâce aux indicateurs renseignés dans le cadre des modules 1 et 2.**

L'évaluation de l'efficacité, réalisée sous forme d'une enquête auprès de la structure et des dossiers patient, se déroule en deux temps : intermédiaire et final. Dans cette perspective, les informations à renseigner par le site sont :

Les indicateurs renseignés correspondraient :

- Pour partie à des indicateurs figurant dans le module 1, tels que :
  - Dépistage (cancer du colon, cancer du sein, Alzheimer) ;
  - Vaccination (grippe) ;
  - HTA (chiffres tensionnels)
- Pour partie à des indicateurs additionnels concernant notamment :
  - Le suivi du diabète (exemples : prescriptions médicamenteuses, suivi biologique) ;
  - Le suivi d'autres pathologies chroniques (notamment BPCO, insuffisance cardiaque) ;
  - Le suivi de l'obésité (mesure IMC),
  - Le suivi du risque cardio-vasculaire (mesure et suivi de l'évolution)

L'efficience sera appréciée à l'aune des indicateurs d'efficacité et des indicateurs de coûts.

### **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).

L'IRDES communiquera aux sites un protocole d'évaluation précisant les données à recueillir ainsi que leurs modalités de recueil.

### **Recueil des données**

En plus des données recueillies par les sites, 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.



## ARTICULATION DES DIFFERENTS FINANCEMENTS

Les maisons, centres ou pôles de santé concernés par ces expérimentations peuvent bénéficier de diverses aides financières dont certaines peuvent se cumuler avec les nouvelles rémunérations expérimentées. Voici un résumé des différentes modalités possibles de financement de ces structures et leur articulation.

### 1- Financement des dépenses d'investissement et d'ingénierie de projet

#### ➤ Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Le soutien au développement des maisons ou pôles de santé a été affirmé dans les orientations stratégiques du FIQCS dès 2008. Le ministère de la santé et des sports a reconduit pour l'année 2010 son engagement de financement.

Le montant maximal alloué à une même structure sur les crédits nationaux du FIQCS ne pourra dépasser, au total, **50 000 €**. Ce montant peut être porté à 100 000 € pour les projets situés dans un des 215 quartiers de la «Dynamique Espoir Banlieues».

50% minimum de la dotation FIQCS réservée à ce titre pour chaque région doit soutenir les maisons de santé ou projets implantés dans les zones dont l'offre de soins est déficitaire.

Les agences régionales de santé pourront, en outre, en opportunité, compléter l'aide financière octroyée via les crédits FIQCS nationaux par une aide prélevée sur l'enveloppe régionale qui leur est accordée au titre du FIQCS.

La subvention pourra être accordée **en deux temps** : en amont de l'ouverture de la structure, puis une fois la structure en fonctionnement.

Ce soutien est destiné à financer :

- **des études de besoins et études pour l'ingénierie des projets en cours d'élaboration** : conseil et expertises fiscales, statut juridique des structures, informations des usagers sur leur droit d'accès au dossier médical et au partage des informations les concernant...
- **pour les structures déjà en fonctionnement** :
  - des **prestations d'ingénierie, d'accompagnement et de conseils nécessaires à la réalisation d'un projet d'agrandissement ou d'évolution** (expert-comptable, fiscaliste, avocat, étude de besoins du territoire,...),
  - à titre exceptionnel et en l'absence de soutien apporté antérieurement, des **investissements ponctuels**, en priorité pour les **systèmes d'information** (travaux, agrandissement, mise aux normes, ...) et **une aide pour certains équipements** (gros et petit matériel).

- **Financements non pérennes**
- **Cumulables** avec les expérimentations des nouveaux modes de rémunération
- **Critères requis** : respect du cahier des charges national (structure pluri-professionnelle et de 1<sup>er</sup> recours ayant un projet de santé cohérent avec le volet ambulatoire du SROS).

➤ **Pour les structures en milieu rural :**

- **Un financement spécifique décidé dans le cadre du Comité interministériel d'aménagement et de développement du territoire (CIADT)**

Dans le cadre du programme national de financement de 250 MSP sur la période 2010 – 2013 décidé par le CIADT du 11 mai 2010, d'autres financements peuvent être octroyés aux MSP au travers :

- de la dotation globale d'équipement (DGE),
- de la dotation de développement rural (DDR)
- et du Fonds national d'aménagement et du développement du territoire (FNADT).

- **Financements non pérennes**
- **Cumulables** avec les expérimentations des nouveaux modes de rémunération
- **Critères requis :**
  - Implantation du projet en milieu rural.
  - Respect du cahier des charges national (structure pluri-professionnelle et de 1<sup>er</sup> recours ayant un projet de santé cohérent avec le volet ambulatoire du SROS). Pour 2010, dans l'attente du SROS, les projets devront s'inscrire dans un territoire dont l'offre de soins nécessite d'être confortée au regard de la démographie médicale, des projets existants, de l'offre de soins adjacente et des modalités de recours aux soins de la population.

- **Les pôles d'excellence rurale (PER)**

Un appel à projet de la seconde génération de PER a été lancé le 9 novembre 2009 visant à accroître la capacité économique des territoires ruraux et à répondre aux besoins des populations dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires.

Les projets de maisons de santé retenus dans ce cadre, pourront bénéficier de financements spécifiques, pour autant qu'ils soient conformes au cahier des charges des PER (s'intégrant dans un projet territorial d'accès aux services ou bien porteur d'innovations : formation, télé-médecine...).

La date de fin du dépôt des dossiers de candidature pour la deuxième vague de cet appel à projet est fixée au 20 octobre 2010 et l'annonce des pôles d'excellence rurale sélectionnés aura lieu début 2011 (cf. Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale –DATAR- : <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr/>).

- **Financements non pérennes**
- **Cumulables** avec les expérimentations des nouveaux modes de rémunération
- **Critères requis :**
  - Critères territoriaux (cf <http://poles-excellence-rurale.datar.gouv.fr/>)
  - Respect du cahier des charges national (structure pluri-professionnelle et de 1<sup>er</sup> recours ayant un projet de santé cohérent avec le volet ambulatoire du SROS)

## 2- Financement du fonctionnement des structures

### ➤ **Financement ponctuel par le FIQCS**

Le FIQCS peut financer ponctuellement certaines dépenses de fonctionnement pour les structures déjà existantes.

Il s'agit notamment de :

- la **location de salles de réunion**
- et de la **rémunération des personnels de coordination** (secrétariat).

- **Financements non pérennes**
- **Cumulables** avec des financements concernant l'investissement provenant du FICQS et/ou DGE/DDR/FNADT/PER le cas échéant.
- **Critères requis** : Respect du cahier des charges national (structure pluri-professionnelle et de 1<sup>er</sup> recours ayant un projet de santé cohérent avec le volet ambulatoire du SROS)

### ➤ **Financement via les nouveaux modes de rémunération**

C'est justement l'objet des expérimentations prévues à l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

- **A terme, il s'agira de financements pérennes**
- **Cumulables** avec des financements concernant l'investissement provenant du FICQS et/ou DGE/DDR/FNADT/PER le cas échéant.
- **Critères requis** : Respect du cahier des charges (structure pluri-professionnelle et de 1<sup>er</sup> recours ayant un projet de santé cohérent avec le volet ambulatoire du SROS).

**NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

**→ LES EXPERIMENTATIONS**

Vous souhaitez participer aux expérimentations  
des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé.  
Merci de renvoyer ce formulaire à votre ARS, accompagné des documents nécessaires à l'examen  
de votre candidature.

**CANDIDATURE AUX EXPERIMENTATIONS DES  
NOUVEAUX MODES DE REMUNERATION**

**Votre structure est :**

- Une maison de santé pluridisciplinaire
- Un centre de santé
- Un pôle de santé

**Votre structure est-elle en fonctionnement ?**

- Oui  
Depuis : .....
- Non  
Date d'ouverture prévue : .....

**Coordonnées de la structure :**

Nom de la structure : .....  
Adresse : .....  
.....  
.....  
.....

Téléphone : .....  
Mail : .....

**Responsable(s) de la structure à contacter :**

- Madame
- Monsieur

Nom : .....  
Prénom : .....  
Téléphone : .....  
Mail : .....

**Professionnels exerçant au sein de la structure, en équivalent temps plein :**

Nombre de médecins généralistes : .....

Nombre de professionnels de santé non médecins généralistes (incluant psychologue et SASPAS) : .....

**Votre structure bénéficie-t-elle actuellement d'un financement FICQS ou FNPEIS ?**

Oui, lequel : .....  Non

**Dans le cadre des expérimentations, vous êtes intéressés par (plusieurs réponses possibles) :**

Le module 1 « missions coordonnées »

Le module 2 « nouveaux services aux patients »

Préciser le service proposé : .....

**Quelle est la date à partir de laquelle vous souhaitez intégrer les expérimentations ?**

.....

**Date :**

**Signature :**

**Merci d'envoyer à l'ARS les documents nécessaires à l'examen de votre candidature :**

- Descriptif de votre structure (nombre de professionnels impliqués, structure juridique, localisation, ...)
- Projet de santé de votre structure
- Financement actuel de votre structure