

Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation « contrat médecin traitant renforcé »

Décembre 2021

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 19 octobre 2021 sur la modification du cahier des charges de l'expérimentation « nouveau contrat médecin traitant » proposé par le groupe Ipso.

Après une première version du CDC transmise par l'ARS le 30 décembre 2018, de nombreux échanges avec le porteur ainsi qu'une séance d'accélérateur le 29 mars 2019, le comité technique a rendu un avis positif le 27 janvier 2020. La publication par arrêté du cahier des charges par le directeur de l'ARS Ile-de-France a eu lieu le 31 janvier 2020.

Les modifications du cahier des charges proposées par le porteur sont motivées par le basculement en 2022 d'une rémunération par un forfait mensuel moyen par patient à des forfaits différenciés par catégorie de patients prévu par le cahier des charges initial. En particulier, les précisions apportées à l'annexe 4 du document ont fait l'objet d'un travail conjoint entre les cabinets ipso et la Caisse d'Assurance Maladie. La nouvelle version a été transmise au comité technique de l'innovation le 18 octobre 2021. Le comité technique a rendu un avis favorable le 6 décembre 2021.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un «contrat médecin traitant renforcé » accompagnées d'un paiement du médecin traitant au forfait par catégorie de patients. Ce contrat engage les deux parties : le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

Les objectifs poursuivis sont de renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins de son patient tout en incitant les médecins traitants à prendre dans leur patientèle médecin traitant des patients complexes en proposant de nouvelles modalités de financement des soins primaires.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose une prise en charge coordonnée en fonction des caractéristiques somatiques des patients améliorant ainsi l'accès aux soins et la coordination entre les différents professionnels extérieurs au cabinet médical.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de financement des médecins traitants et des sages-femmes. A ce titre, il déroge aux articles L 162-2, 162-5, 162-9, L.162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée régionale et concerne les quatre cabinets gérés par le GIE IPSO: IPSO Saint-Martin (Paris 3ème), IPSO Nation (Paris 11ème), IPSO Porte d'Italie (Paris 13ème) et IPSO Ourcq (Paris 19ème).

Modalités de financement du projet

L'expérimentation vise à tester un nouveau modèle de financement des soins primaires avec, pour le médecin traitant (et les sages-femmes pour un seul forfait « santé de la femme »), une rémunération forfaitaire par patient mensuelle modulée en fonction des catégories de patients, se substituant à la facturation à l'acte et aux rémunérations forfaitaires conventionnelles actuelles¹.

Le planning de mise en œuvre du modèle de financement de l'expérimentation est le suivant :

- Année 2020 - Phase 1 : Mise en place du financement dérogatoire avec un forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant et une enveloppe annuelle « équipe » allouée sur la forme d'un droit de tirage visant à organiser et financer des soins ou services complémentaires pour les patients inclus dans l'expérimentation (éducation thérapeutique, consultation paramédicale ou hors nomenclature),
- Année 2021 - Phase 2 : Financement dérogatoire avec le forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant (le même que lors de la phase 1) et travaux effectués pour obtenir des forfaits mensuels calculés par catégories de patients,
- Années 2022, 2023, 2024 – Phase 3 : Mise en place effective des forfaits différenciés intégrant tout ou en partie les prestations nouvelles financées via l'enveloppe annuelle « équipe ».

Sur la base de la file active constatée en 2020 et partiellement en 2021 et sur la file active prévisionnelle pour les autres années, le besoin de financement au titre du FISS des montants dérogatoires est estimé à 13,60 M€ pour toute la durée de l'expérimentation réparti selon les prévisions suivantes : 0,07 M€ en 2020 (1 210 patients inclus), à 0,57 M€ en 2021 (prévision de 5 000 patients inclus), à 2,99 M€ en 2022 (prévision de 15 000 patients inclus) et à 4,38 M€ en 2023 (prévision de 22 000 patients inclus), et de 5,58 M€ en 2024 (prévision de 28 000 patients inclus).

S'ajoute à cela, l'aide à l'amorçage/ingénierie de projet d'un montant de 420 360 € pour toute la durée de l'expérimentation, financée par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France via le fond d'intervention régionale (FIR) : 1ère et 2ème années : 148 830 € par an, puis 3ème, 4ème et 5ème années : 40 900 € par an.

	2020	2021	2022	2023	2024	Total
FISS forfait*	72 258 €	499 783 €	2 599 200 €	3 812 160 €	4 851 840 €	11 835 241 €
FISS enveloppe annuelle complémentaire**	0 €	74 967 €	389 880 €	571 824 €	727 776 €	1 764 447 €
FIR- amorçage et ingénierie	148 830 €	148 830 €	40 900 €	40 900 €	40 900 €	420 360 €
Total	221 088 €	723 580 €	3 029 980 €	4 424 884 €	5 620 516 €	14 020 048 €

*Calculé sur le réel constaté pour la période Janvier 2020 à Septembre 2021 et sur la base de la file active prévisionnelle pour les autres années. Forfait substitutif au droit commun.

**Enveloppe maximale correspondant à 15% du montant total des forfaits versés par année calendaire ; calculée sur la base du montant réel constaté pour la période Janvier 2020 à Septembre 2021.

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est autorisée pour une durée de 5 ans, jusqu'au 31 janvier 2025.

¹: Rémunérations forfaitaires :

- Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT),
- Les dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP),
- Le Forfait Structure pour les médecins en bénéficiant (jusqu'à fin 2021 uniquement)¹.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

Les objectifs de l'expérimentation sont définis explicitement et la durée d'expérimentation, prévue sur 5 ans, est suffisante pour permettre d'observer la majorité des effets attendus.

L'évaluation cherchera notamment à répondre à plusieurs catégories de questions :

- Concernant l'expérience, l'accès aux soins ainsi que l'organisation du suivi des patients : Le dispositif permet-il de renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins de ses patients (amélioration du second recours) ? Les inégalités sociales de santé sont-elles réduites ? L'accès aux soins des patients s'est-il amélioré ?
- Concernant l'expérience et les pratiques des professionnels de santé : Est-ce qu'une délégation de certaines tâches à d'autres professionnels de santé est-elle constatée ? Permet-elle de réallouer le temps gagné pour les médecins traitants à une augmentation de la patientèle et/ou une amélioration du suivi de la patientèle ? L'expérimentation permet-elle d'inciter les médecins généralistes à inclure dans leur patientèle médecin traitant des patients complexes ? Est-ce que ce dispositif est assez attractif pour inciter les jeunes médecins généralistes à s'installer en libéral ?
- Une autre dimension de l'évaluation tentera d'observer l'impact en termes d'efficience de l'expérimentation : La prise en charge des patients est-elle efficiente (meilleur dépistage, meilleure prévention, meilleur suivi ciblé en fonction des facteurs de risque identifiés, diminution des actes inutiles ou redondants, diminution des hospitalisations) ? Le dispositif est-il reproductible à d'autres territoires ?

Pour ce faire l'évaluation reposera en particulier sur un volet qualitatif (entretiens patients, professionnels de santé...), ainsi qu'un volet quantitatif visant à mesurer des indicateurs de résultat, de satisfaction et expérience patient, de processus, de moyens. Les indicateurs sont clairement définis et apparaissent comme pertinents, leur horizon temporel semble réaliste.

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : Piloté par une structure qui dispose d'un système d'information performant permettant le recueil des données nécessaires à l'évolution du modèle ainsi que la gestion administrative de l'expérimentation (suivi des facteurs de risques par exemple) constitue un gage de capacité à faire. Des partenariats forts avec les acteurs extérieurs intervenant dans la prise en charge des patients sont également en cours intégrant le développement des outils de partage et d'échanges (MSS, DMP, Terr-e-Santé) ;
- *caractère efficient* : son caractère efficient réside dans la recherche d'une amélioration de la prise en charge des facteurs de risques des patients et le développement de la prévention en amont d'aggravations de l'état du patient ou d'apparitions de certains symptômes ou pathologies ;
- *caractère innovant* : l'expérimentation proposée est innovante au sens où elle repose sur une approche interdisciplinaire incluant des compétences nouvelles intégrées (technologiques, en management et organisation, etc.) permettant à l'équipe soignante formée autour du médecin traitant de proposer des solutions organisationnelle et financières innovantes à leur patient ;
- *reproductibilité* : l'expérimentation est reproductible dans la mesure où elle concerne potentiellement toutes les structures pluri-professionnelles de santé (maisons de santé ou autres structures d'exercice coordonné) ou les cabinets de groupe disposant d'un système d'information partagé et de ressources en appui pour la coordination.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation du nouveau cahier des charges, par le directeur de l'agence régionale d'Ile de France, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale