



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



# ORGANISATION TERRITORIALE ET REFORME DU FINANCEMENT DES SOINS

AVRIL 2022

Ce document est extrait du rapport annuel sur les charges et les produits publié par l'Assurance Maladie :

*Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022. Juillet 2021.*

# SOMMAIRE

<b>1. Faire évoluer les organisations et le mode de financement des soins de ville pour mieux répondre aux besoins de la population : pourquoi promouvoir les organisations coordonnées ?</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Un système qui a largement évolué</b> .....	<b>4</b>
2.1 Différents niveaux de coordination .....	4
2.2 Le regroupement des professionnels de santé est une réalité .....	5
2.3 Attractivité de l'exercice en équipe pour les jeunes médecins .....	7
2.4 Réponses à la démographie médicale des médecins généralistes en baisse .....	9
2.5 Amélioration d'accès aux soins dans les zones déficitaires .....	11
2.6 Honoraires plus élevés pour les médecins généralistes en MSP .....	13
2.7 Structure d'activité et de rémunération des infirmiers diplômés d'État libéraux (Idel) .....	14
2.8 Des résultats différenciés dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en fonction du lieu d'exercice .....	16
2.9 Une progression notable des indicateurs de suivi des maladies chroniques avant la crise sanitaire en 2020 et des résultats favorables pour les médecins généralistes en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) .....	16
2.10 Des efforts à poursuivre dans le domaine de la prévention .....	17
2.11 Un essor des téléconsultations en 2020. Un recours plus important à la téléconsultation en exercice regroupé .....	18
<b>3. Ces constats, couplés aux enseignements de la crise sanitaire de la Covid, incitent à aller « plus vite, plus loin, plus fort »</b> .....	<b>22</b>
<b>4. Adapter les modes de financement à l'exercice coordonné</b> .....	<b>24</b>
4.1 Un questionnaire international .....	24
4.2 Vers une palette de modes de paiement et d'organisation plutôt qu'une solution unique ? .....	24
4.3 L'expérimentation de nouveaux modes de paiement en soins primaires dans le cadre de l'article 51 .....	27
4.4 Articuler les incitatifs pour une cohérence d'ensemble .....	30
4.5 Le cas particulier des parcours de soins et des organisations complexes transversales .....	33
<b>6. Références</b> .....	<b>34</b>

*Ce document est un extrait du rapport annuel sur les charges et les produits de l'Assurance Maladie pour 2022. Il a vocation à apporter des éclairages sur un sujet particulier, à distance de la publication du rapport, permettant de valoriser les études produites lorsqu'elles résonnent avec l'actualité.*

# ORGANISATION TERRITORIALE ET REFORME DU FINANCEMENT DES SOINS

## 1. FAIRE EVOLUER LES ORGANISATIONS ET LE MODE DE FINANCEMENT DES SOINS DE VILLE POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS DE LA POPULATION : POURQUOI PROMOUVOIR LES ORGANISATIONS COORDONNEES ?

Au cœur de la relation entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie, les modes de financement et d'organisation des soins de ville ont connu des évolutions importantes au cours des vingt dernières années. Résultant pour partie d'une volonté commune des partenaires conventionnels et, pour partie, des transformations et des contraintes nouvelles qu'elles soient épidémiologiques, démographiques ou économiques, ces évolutions ont dessiné petit à petit un système de soins de ville très différent.

En France comme dans d'autres pays, la structuration des soins de ville pour permettre l'émergence d'organisations en mesure de faire face au défi de la transition épidémiologique est considérée comme une étape majeure dans la construction d'un système de santé plus efficace et efficient.

Au fil de rapports de propositions qu'elle remet chaque année au Parlement, l'Assurance Maladie a poursuivi ses efforts de documentation, de proposition et d'évaluation des principaux leviers mobilisables pour faire évoluer ces organisations et ces modes de financement, qu'il s'agisse du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) puis de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), de l'émergence d'organisations coordonnées comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou encore d'outils favorisant ces évolutions comme les outils numériques ou la téléconsultation.

Si nombre de ces transformations font aujourd'hui partie intégrante du système de soins français, beaucoup reste encore à faire pour relever les défis auquel le système est confronté. La présente partie du rapport de proposition de l'Assurance Maladie, porte l'ambition de faire un bilan de ces évolutions et de dessiner les perspectives à court et moyen terme, notamment à travers les démarches d'expérimentation de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

Le renforcement de l'exercice coordonné, sous ses différentes formes et ses différentes modalités, est au cœur des évolutions de la structuration des soins primaires. Autour d'un premier noyau de coordination habituellement composé du trio « médecin généraliste/infirmier/pharmacien », les besoins de prise en charge des patients nécessitent d'étendre la coordination à d'autres catégories de professionnels de santé – médecins spécialistes, kinésithérapeutes, orthophonistes, sages-femmes et dans certain cas les professionnels du médico-social et du social – afin d'assurer une prise en charge des patients dans toutes ses dimensions.

Si l'exercice coordonné – dans le sens où les professionnels travaillent ensemble – et l'exercice regroupé – dans le sens où les professionnels travaillent à côté ou dans la même structure – sont liés, ils ne sont pas forcément synonymes, et des organisations se forment « sans murs », pour assurer des niveaux de coordination plus larges (au niveau de territoire, comme les CPTS) ou plus souples (via des équipes de soins, comme les équipes de soins primaires – ESP – ou spécialisés – ESS).

De nouvelles formes d'exercice regroupé se sont affirmées ou ont émergé récemment, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou encore les CPTS. En juillet 2020, on recensait plus de 1 600 MSP en fonctionnement et plus de 500 CPTS en cours de déploiement.

Les politiques publiques encouragent très fortement l'exercice coordonné et ambitionnent d'en faire le mode d'exercice de référence par rapport à l'exercice isolé. L'Assurance Maladie accompagne cette évolution de longue date. L'objectif poursuivi à travers ce soutien est de favoriser un mode d'exercice dont les avantages apparaissent nombreux.

En premier lieu, il s'agit d'un mode d'exercice qui permet une meilleure réponse aux besoins des patients, en particulier porteurs de pathologies chroniques qui appellent des prises en charges pluriprofessionnelles parfois complexes. Dans un contexte fortement marqué par le vieillissement de la population et la transition épidémiologique, l'exercice coordonné est

un cadre facilitant l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles pluriprofessionnels pour la prise en charge et le suivi de ces patients, le maintien à domicile des personnes âgées ou l'accompagnement des personnes handicapées.

Fondé sur une démarche collective, l'exercice coordonné est le vecteur d'une meilleure organisation des soins. Ces organisations sont moins centrées sur les soins curatifs et plus sur la prévention et la promotion de la santé. Elles favorisent aussi des prises en charge plus globales, en équipe pluridisciplinaire, la délégation des tâches et un meilleur suivi du patient. Les équipes envisagent leur intervention non comme une succession d'actes individuels monoprofessionnels, mais comme une intervention globale pensée comme telle, répondant aux besoins du patient et reposant sur la synergie de leurs compétences propres.

À une maille territoriale, cette meilleure organisation favorise la coordination entre la ville et l'hôpital ou les structures médico-sociales, à travers les échanges et la contractualisation entre les établissements et l'ambulatoire. La CPTS peut ainsi devenir un interlocuteur légitime pour les établissements de santé et permettre d'organiser hospitalisations en accès direct, sortie d'hospitalisation, réponse aux soins non programmés, suivi des maladies chroniques à l'échelle d'un territoire. De même, une organisation coordonnée au niveau d'un territoire est plus à même de contractualiser avec les établissements médico-sociaux pour assurer par exemple la prise en charge des résidents par des équipes pluriprofessionnelles, plutôt que des professionnels isolés. Cela fait de l'exercice coordonné un levier privilégié pour améliorer l'accès aux soins dans les territoires, particulièrement dans les zones faiblement dotées en médecins généralistes, où les structures coordonnées peuvent jouer un rôle très important.

L'exercice coordonné constitue un cadre propice à une organisation plus respectueuse du temps des professionnels, à travers une organisation plus efficiente et pertinente, permettant de mutualiser certaines ressources médicales ou administratives autour de fonctions difficiles à déployer sur des exercices individuels, comme les démarches qualité ou la coordination avec les autres acteurs du territoire. L'exercice coordonné, notamment en structure, est ainsi un cadre privilégié pour intégrer de nouveaux métiers, comme les coordinateurs, les infirmiers en pratique avancée (IPA), les médiateurs en santé ou les assistants médicaux, et de nouvelles professions, notamment non conventionnées comme les psychologues. Ces nouveaux métiers trouvent souvent leur pleine expression à travers des modes de financement plus diversifiés, pouvant reposer sur des forfaits ou la prise en compte des résultats des soins, moins centrés sur l'acte.

Le cadre de l'exercice collectif est plus attractif pour les professionnels, qui se sentent moins isolés, et jouissent d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. L'exercice coordonné constitue ainsi un levier pour maintenir une offre de santé sur des territoires aujourd'hui défavorisés en termes d'offre de soins de premiers recours. Les structures coordonnées constituent en outre plus facilement des terrains de stages de formation pour les professionnels de santé, faisant ainsi connaître l'exercice libéral et favorisant l'installation de nouveaux professionnels.

## 2. UN SYSTEME QUI A LARGEMENT EVOLUE

### 2.1 Différents niveaux de coordination

Le modèle de l'exercice médical isolé en cabinet individuel a laissé progressivement la place à un exercice regroupé entre les médecins ou un exercice pluriprofessionnel intégrant les autres professions de santé (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.).

Ces formes de regroupement et de coordination se traduisent par des formes de partage/collaboration qui peuvent aller d'une simple mutualisation des locaux, du secrétariat, etc. au partage des connaissances, des expertises et, dans les cas des organisations les plus intégrées, à de véritables projets de santé portés par les professionnels exerçant dans ces structures ou participant à ces organisations.

Le développement de la coordination s'appuie sur des cadres conventionnels différents, qui reflètent les différents niveaux de coordination attendus.

L'accord-cadre interprofessionnel (Acip) de 2018, en cohérence avec le plan « Ma santé 2022 », fait de la généralisation de l'exercice coordonné la norme de l'organisation future des soins primaires, que ce soit au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles, d'équipes de soins primaires ou d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles que sont les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Il fixe des principes généraux applicables à l'ensemble des professions de santé, qui ont vocation à être déclinés dans le cadre des conventions nationales propres à chaque profession.

Il a ainsi un rôle de cadre structurant permettant d'impulser une dynamique dans chaque convention monocatégorielle et dans les accords conventionnels interprofessionnels pour favoriser l'exercice coordonné des différents acteurs de santé.

L'Acip reconnaît que l'exercice coordonné peut prendre deux dimensions : une coordination de proximité autour du patient et une coordination à l'échelle des territoires.

Aujourd'hui, la coordination de proximité est essentiellement réalisée au sein de structures intégrées où exercent différentes professions de santé. C'est le cas notamment des centres de santé et des maisons de santé pluriprofessionnelles qui dispensent des soins de 1<sup>er</sup> recours, et le cas échéant de 2<sup>e</sup> recours. Ces structures pratiquent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sans hébergement, ou au domicile du patient.

Le modèle des centres de santé est le modèle de structure d'exercice coordonné le plus ancien, il est composé uniquement de professionnels de santé salariés. Les organismes gestionnaires de centres de santé sont notamment des organisations à but non lucratif dont le statut juridique peut être une association de loi 1901, une commune, une société mutualiste ou un régime (spécial ou général) de sécurité sociale. Les centres de santé réalisent également des actions à visée sociale afin de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables.

Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) prennent majoritairement la forme de Sisa (sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires), statut juridique qui a été spécialement créé pour permettre à certains professionnels de santé d'exercer en commun les activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération entre professionnels de santé. Elles sont constituées d'au moins deux médecins libéraux et d'un professionnel paramédical libéral. Afin de s'adapter au mieux aux évolutions démographiques et pérenniser le statut Sisa, l'ordonnance de mai 2021 rend possible l'intégration de professionnels de santé salariés au sein de ces structures.

L'exercice coordonné implique également que les professionnels de santé organisent à l'échelle de leur territoire une réponse collective aux besoins de santé de la population au sein des CPTS.

Les CPTS sont des organisations conçues autour d'un projet de santé et constituées à l'initiative des professionnels de santé sur un territoire donné (potentiellement plusieurs par département). Elles sont composées de professionnels de santé comme d'établissements de santé et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Une CPTS a comme vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire, dont les acteurs déterminent eux-mêmes le périmètre géographique.

## 2.2 Le regroupement des professionnels de santé est une réalité

L'exercice regroupé est devenu majoritaire pour les médecins généralistes. Selon l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees (panel des médecins généralistes), en 2019, 61 % de l'ensemble des médecins généralistes exercent en groupe, soit 7 points de plus qu'en 2010. Cette proportion est encore plus importante pour les jeunes médecins, plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exerçant en groupe.

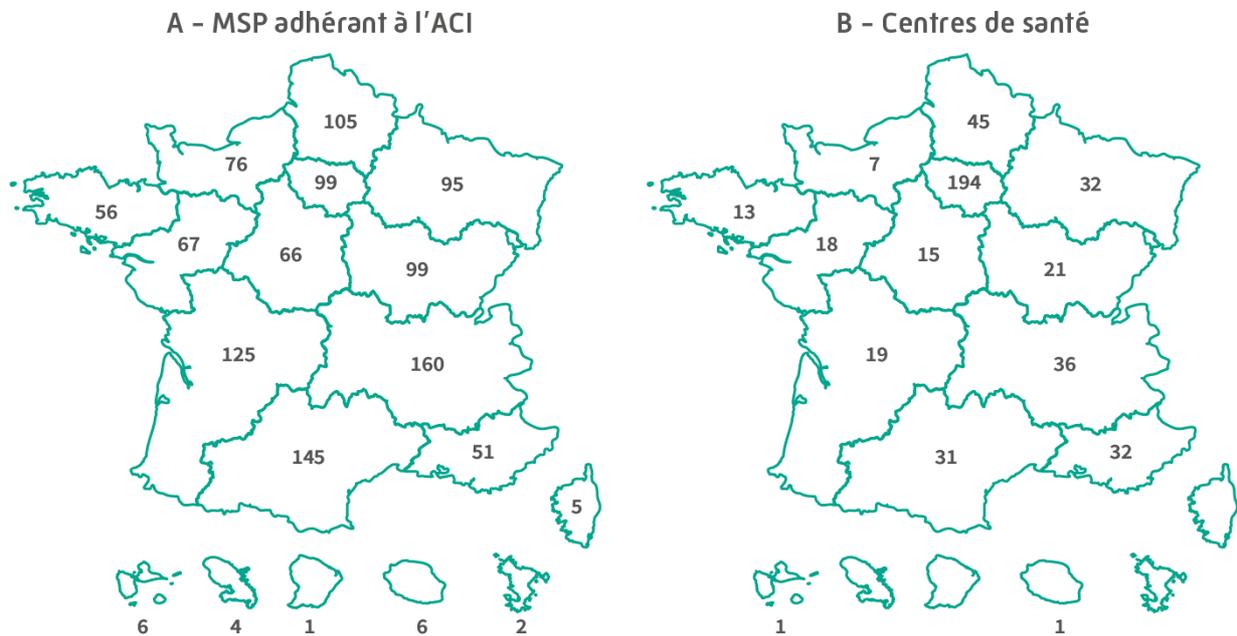
L'exercice pluriprofessionnel se renforce dans le cadre conventionnel. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) à destination des structures pluriprofessionnelles signé en 2017 offre une rémunération spécifique et forfaitaire adaptée aux besoins des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé, notamment pour valoriser la coordination, le travail en équipe et les systèmes d'information partagés.

Fin décembre 2020, 1 168 MSP sont signataires de l'ACI (figure 1), soit 72 % de l'ensemble des MSP en France (selon l'Observatoire des maisons de santé qui dénombre 1 617 MSP en France). Les structures qui ont rejoint l'accord conventionnel bénéficient d'une rémunération forfaitaire d'un montant moyen de 61 000 euros. Entre 2017 et 2020, le nombre d'adhésions des MSP à l'ACI a plus que doublé.

Par ailleurs, on dénombre en 2020, 2 496 centres de santé polyvalents, médicaux, dentaires ou infirmiers en France (figure 1), 88 % d'entre eux adhèrent à l'accord national. La rémunération moyenne dans le cadre de l'ACI s'élève à 55 100 euros pour les centres de santé polyvalents.

**FIGURE 1**

**Répartition par région des MSP adhérant à l'ACI (A) et des centres de santé polyvalents ou médicaux (B)**



Source : Cnam (suivi des adhésions à l'ACI – 2021)

4,2 millions de personnes ont leur médecin traitant qui exerce dans une MSP adhérant à l'ACI, soit environ 10 % des personnes ayant un médecin traitant en France. À cela s'ajoutent près de 900 000 personnes qui ont déclaré un médecin de centre de santé comme médecin traitant.

Au total 14 200 professionnels de santé exercent en MSP (signataires ACI), dont plus de 5 000 médecins généralistes (soit environ 10 % des médecins généralistes libéraux en France) et 15 800 équivalents temps plein (ETP) sont salariés dans les centres de santé, dont 1 380 ETP médecins.

En moyenne, 15 professionnels de santé exercent dans une MSP rémunérée en 2019 dans le cadre de l'ACI selon la décomposition suivante :

- 4,5 médecins généralistes ;
- 0,3 médecin spécialiste ;
- 0,9 pharmacien ;
- 0,4 chirurgien-dentiste ;
- 0,5 sage-femme ;
- 8,3 professions paramédicales ;
- 0,1 autres professions.

Après les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes sont les professions les plus représentées dans les MSP (tableau 1).

**TABLEAU 1**

**Représentation des professions exerçant au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)**

Profession	Fréquence dans les MSP
Médecin généraliste	100 %
Infirmier	96 %
Masseur-kinésithérapeute	72 %
Pédicure	56 %

Profession	Fréquence dans les MSP
Diététicien	48 %
Orthophoniste	46 %
Sage-femme	45 %
Pharmacien	44 %
Psychologue	41 %
Chirurgie dentaire	32 %
Ostéopathe	19 %
Psychomotricien	12 %
Orthoptiste	11 %
Ergothérapeute	9 %
Psychiatrie générale	6 %
Autre	5 %
Sophrologue	5 %
Biologiste	5 %
Pathologie cardiovasculaire	5 %
Chirurgie orthopédique et traumatologie	4 %

Source : Cnam (suivi des adhésions à l'ACI – 2020)

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) complètent la prise en charge des patients par les acteurs de santé, qui se coordonnent déjà à l'échelle d'une patientèle pour offrir des réponses de proximité. Au 17 juin 2021, on recense 131 contrats ACI relatifs au déploiement des CPTS signés (tableau 2), couvrant plus de 18 % de la population – une CPTS couvrant en moyenne 93 000 patients.

Au-delà, on dénombre plus de 30 contrats en cours de signature dans les tout prochains mois, en février 2021, une enquête du ministère de la santé recensait plus de 500 projets de CPTS en cours.

### 2.3 Attractivité de l'exercice en équipe pour les jeunes médecins

Les jeunes médecins sont plus attirés par l'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP (40 % des médecins généralistes libéraux en MSP ont moins de 40 ans versus 11 % pour les autres médecins généralistes libéraux) (figure 2).

Cette attractivité d'un exercice en équipe résulte de multiples facteurs comme la volonté de s'inscrire dans un projet médical commun, la possibilité d'échanges confraternels au sein de la même structure, la possibilité d'avoir plus de souplesse pour gérer le temps de travail, une facilité de recrutement d'un secrétaire médical et, depuis 2019, d'un assistant médical (encadré 1).

**TABLEAU 2**

#### État des lieux des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) signées au 17 juin 2021 par région

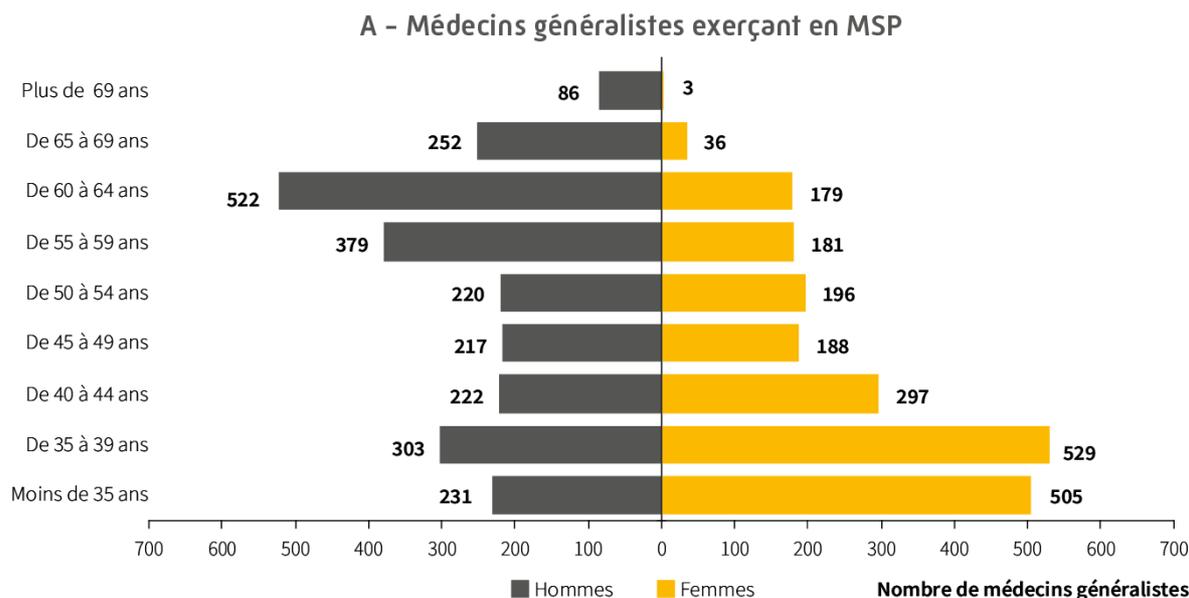
Région	CPTS signées au 17/06/21	Population couverte par CPTS conventionnée	Habitants par région	% région couverte par une CPTS (en nombre d'habitants)
Auvergne-Rhône-Alpes	20	1 183 680	8 032 377	14,7 %
Bourgogne-Franche-Comté	5	372 372	2 783 039	13,4 %
Bretagne	4	312 319	3 340 379	9,3 %
Centre-Val de Loire	18	1 825 050	2 559 073	71,3 %
Corse	0	0	344 679	0,0 %
Grand-Est	12	1 239 779	5 511 747	22,5 %
Guadeloupe	0	0	376 879	0,0 %

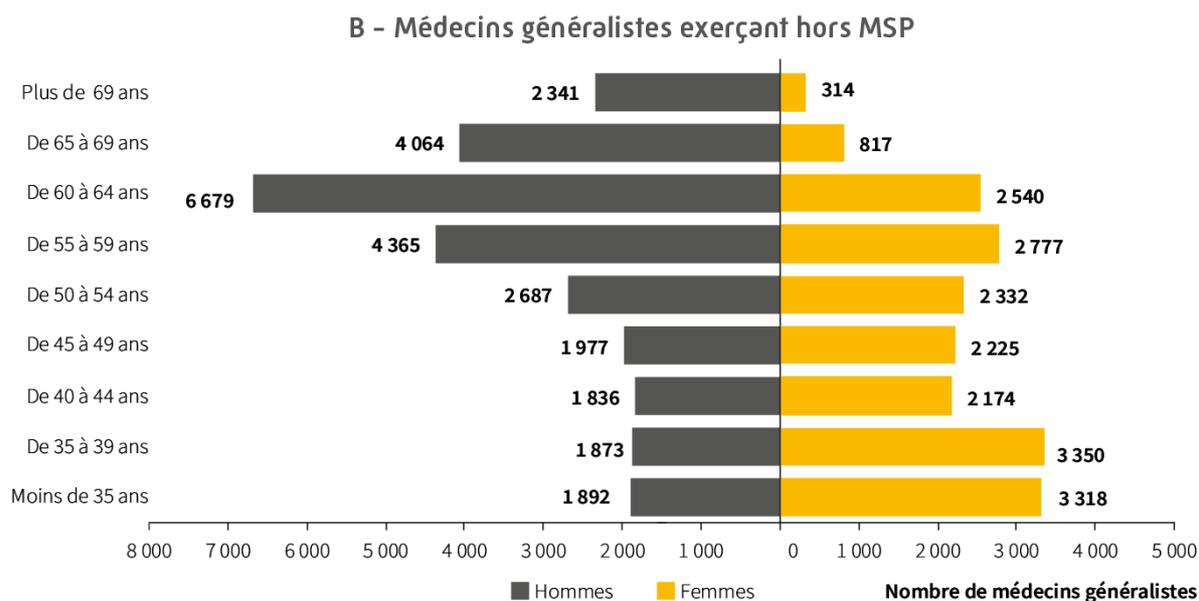
Région	CPTS signées au 17/06/21	Population couverte par CPTS conventionnée	Habitants par région	% région couverte par une CPTS (en nombre d'habitants)
Guyane	0	0	290 691	0,0 %
Hauts-de-France	7	765 074	5 962 662	12,8 %
Île-de-France	20	2 471 665	12 278 210	20,1 %
La Réunion	1	55 100	859 959	6,4 %
Martinique	1	358 749	358 749	100,0 %
Mayotte	0	0	279 471	0,0 %
Normandie	6	718 506	3 303 500	21,7 %
Nouvelle-Aquitaine	6	284 131	5 999 982	4,7 %
Occitanie	8	616 047	5 924 858	10,4 %
Pays de la Loire	11	941 653	3 801 797	24,8 %
Provence-Alpes-Côte d'Azur	12	1 047 073	5 055 651	20,7 %
<b>Total général</b>	<b>131</b>	<b>12 191 198</b>	<b>67 063 703</b>	<b>18,2 %</b>

Source : Cnam (suivi des adhésions à l'ACI des CPTS – 2021)

**FIGURE 2**

**Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux selon leur mode d'exercice en 2020 : en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) (A) ou hors MSP (B)**





Champ : données au 31 décembre 2020  
Source : Cnam (SNDS)

#### ENCADRÉ 1

### DISPOSITIF DES ASSISTANTS MEDICAUX

L'avenant n° 7 à la convention médicale en cours prévoit une aide financière de l'Assurance Maladie pour faciliter l'embauche des assistants médicaux par les médecins. En contrepartie, ces médecins s'engagent à recevoir davantage de patients.

Épaulés par l'assistant médical dans leurs tâches au quotidien (tâches administratives, de préparation à la consultation ou missions d'organisation et de coordination), les médecins peuvent dégager davantage de temps pour leur pratique au quotidien, bénéficier ainsi de meilleures conditions d'exercice, afin, notamment de consacrer plus de temps médical à leurs patients, accepter de nouveaux patients ou voir plus facilement un patient sans rendez-vous, en cas d'urgence.

Mi-juin 2021, 2 026 contrats d'assistants médicaux ont été signés, dont 1 634 avec des médecins généralistes et 392 avec des spécialistes. Ces contrats représentent 1 093 équivalents temps plein (ETP) d'assistant médical.

Si les objectifs sont pleinement atteints en termes de patientèle en file active et de patientèle « médecin traitant », le dispositif bénéficiera à environ 855 000 patients supplémentaires en file active et plus de 334 000 en patientèle « médecin traitant ». Cela représente une augmentation d'environ 20 % de la file active et de la patientèle « médecin traitant » initiales.

Un premier bilan montre que, malgré une baisse d'activité des médecins en 2020 due à la Covid, 38 % des médecins généralistes signataires ont atteint leur objectif en termes de patientèle « médecin traitant » au bout d'un an.

### 2.4 Réponses à la démographie médicale des médecins généralistes en baisse

Après une période assez stable au début des années 2000, les effectifs de médecins généralistes baissent tendanciellement depuis 2005, passant de plus de 55 000 à environ 52 000 en 2020 (- 5,3 %) (figure 3). Dans le même temps, la densité de médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière – MEP) par habitant a diminué depuis l'an 2000 passant de 91 à 78 pour 100 000 habitants.

Selon les projections de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), cette tendance va se poursuivre dans les années à venir avec une stagnation des effectifs et de la densité de médecins généralistes jusqu'en 2030.

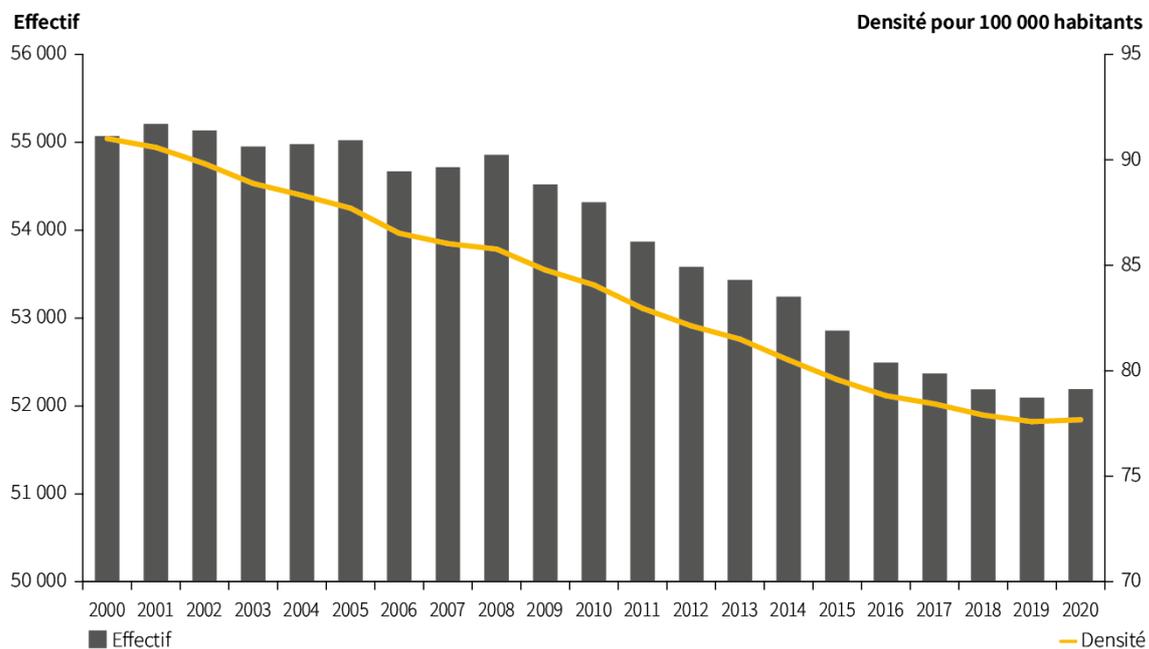
Une progression de la file active (patients vus au moins une fois dans l'année) des médecins généralistes est constatée au cours des dernières années du fait notamment de la baisse des effectifs de médecins généralistes sans que ce soit complètement mécanique. La file active d'un médecin généraliste s'élève ainsi en moyenne à 1 680 patients en 2019. Entre 2009 et 2019, la file active des médecins généralistes augmente avec un taux de croissance annuel moyen de 1 %. Parmi les patients ayant un médecin traitant, les mêmes tendances sont observées avec une augmentation du nombre de patients par médecin généraliste. Avec ces évolutions, le nombre de patients pris en charge par un médecin généraliste en France s'approche des niveaux européens : en moyenne 1 600 patients par médecin généraliste en Angleterre et 2 300 patients aux Pays-Bas.

Les médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont une file active plus élevée que les autres et voient 133 patients de plus que les autres médecins généralistes (1 801 pour les médecins généralistes en MSP versus 1 668 pour les autres généralistes libéraux, en 2019). En revanche, le nombre de patients avec un médecin traitant généraliste exerçant en MSP et le nombre de patients des autres médecins généralistes est très proche, avec quatre patients de plus pour les médecins en MSP en 2019 (962 patients pour les médecins généralistes en MSP versus 958 pour les autres médecins généralistes). Entre 2017 et 2019, la file active des médecins généralistes exerçant en MSP a progressé en moyenne de 2,6 %, tout comme celle des autres généralistes.

Il y a un peu plus de personnes âgées et en ALD dans la patientèle ayant un médecin traitant exerçant en MSP par rapport à celle ayant un médecin traitant hors MSP (figure 4, figure 5). La part des patients de 80 ans et plus est de 8,8 % pour les médecins généralistes en MSP versus 7,9 % pour les autres médecins généralistes, celle des patients en ALD de 26,9 % pour les médecins en MSP versus 24,1 % pour les autres médecins.

**FIGURE 3**

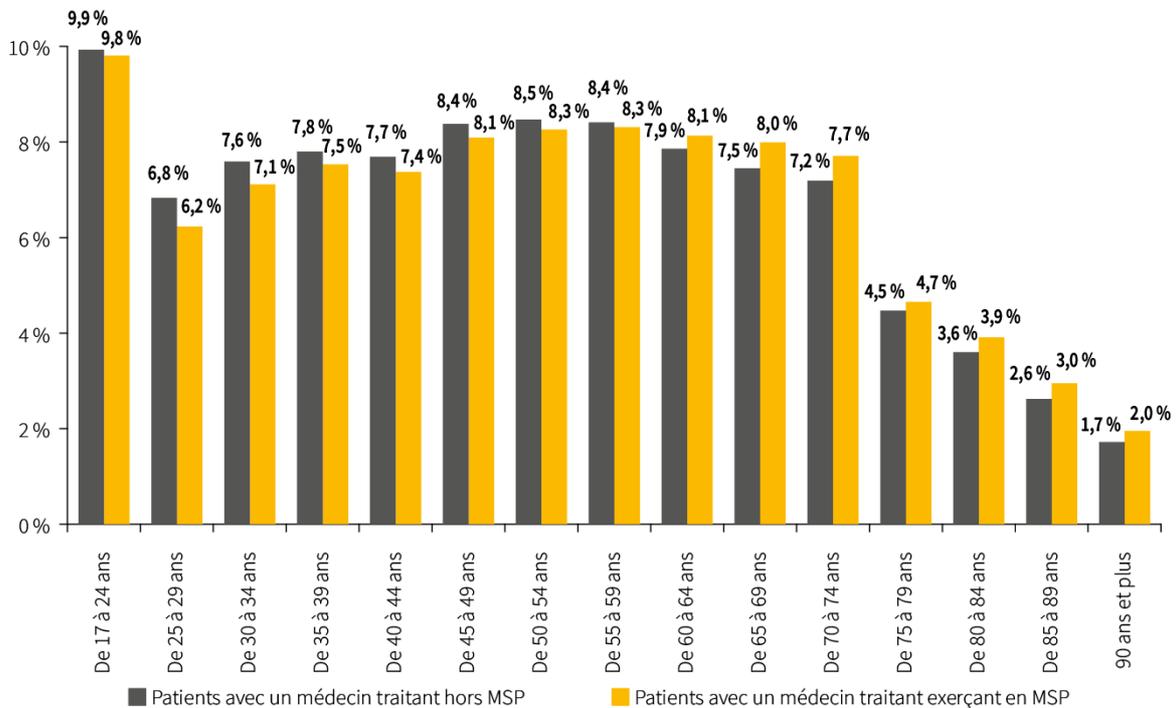
### Évolution de l'effectif et de la densité des médecins généralistes libéraux



Source : Cnam (SNDS)

**FIGURE 4**

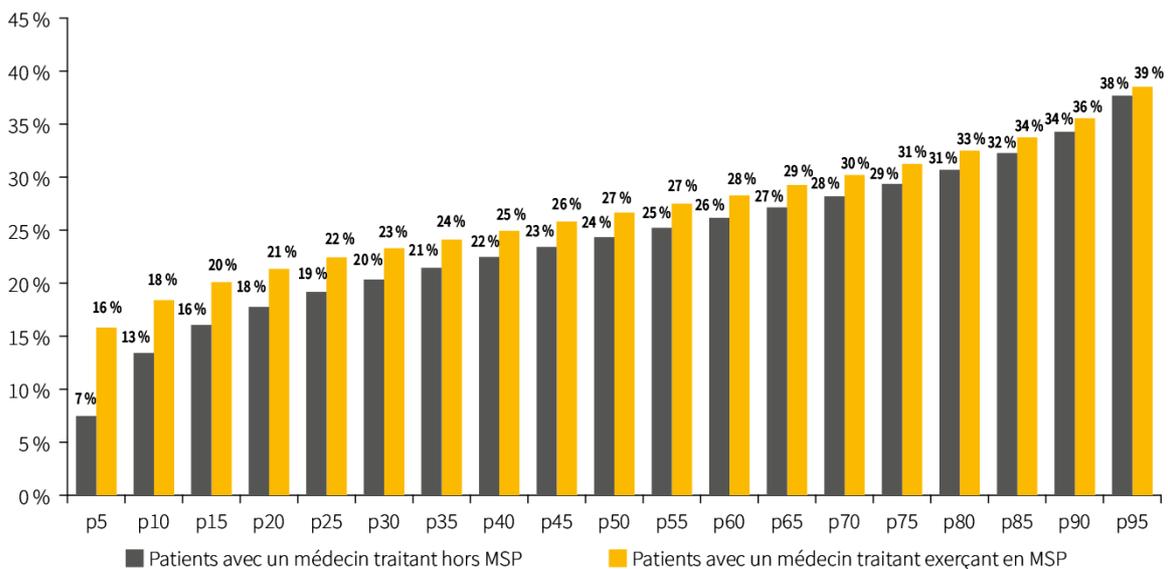
Répartition des patients par âge selon le mode d'exercice de leur médecin traitant (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP)



Source : Cnam (SNDS)

**FIGURE 5**

Répartition des proportions de patients en ALD (percentiles) selon le mode d'exercice de leur médecin traitant (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP)



Source : Cnam (SNDS)

### 2.5 Amélioration d'accès aux soins dans les zones déficitaires

Les médecins généralistes et les infirmiers diplômés d'État libéraux (Idel) des MSP, les deux professions les plus fréquemment représentées au sein des MSP, sont installés davantage dans les zones déficitaires que les autres médecins

généralistes et les Idel (figure 6, encadré 2). Parmi 4 549 médecins généralistes des MSP observés, 972 (soit 21 % versus 11 % pour les autres) exercent dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP) et 1 926 (42 % versus 30 %) dans les zones d'action complémentaire (ZAC). Pour les Idel, sur 5 303 Idel exerçant en MSP, 1 283 (24 % versus 14 % pour les autres Idel) se sont installées dans les ZIP et 2 461 dans les ZAC (47 % versus 35 %).

Il en est de même pour les centres de santé : 27 % des centres de santé médicaux et polyvalents se trouvent en ZIP, 32 % en ZAC, 9 % en zone de vigilance et 32 % hors vivier. 10 % des centres de santé infirmiers se trouvent en zone très sous-dotée ou sous-dotée. 4 % des centres de santé dentaires se trouvent dans ces mêmes zones (classement selon le zonage des infirmiers libéraux pour les centres infirmiers et selon le zonage des chirurgiens-dentistes libéraux pour les centres dentaires).

## ENCADRÉ 2

### DETERMINATION DES ZONES DEFICITAIRES DANS LE ZONAGE

L'indicateur socle du zonage est l'accessibilité potentielle localisée à un médecin (APL). Développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), il s'agit d'un indicateur composite prenant en compte l'offre et la demande de soins avec une dimension prospective pour anticiper notamment les départs à la retraite. L'APL est calculée au niveau de chaque territoire de vie-santé (TVS), la maille du zonage, et s'exprime en nombre de consultations accessibles par an par habitant.

Les zones dites « sous-denses » sont :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP) éligibles à toutes les aides, dont les aides conventionnelles ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC) éligibles aux aides régionales, aux contrats d'engagement de service public (Cesp) et aux aides des collectivités territoriales.

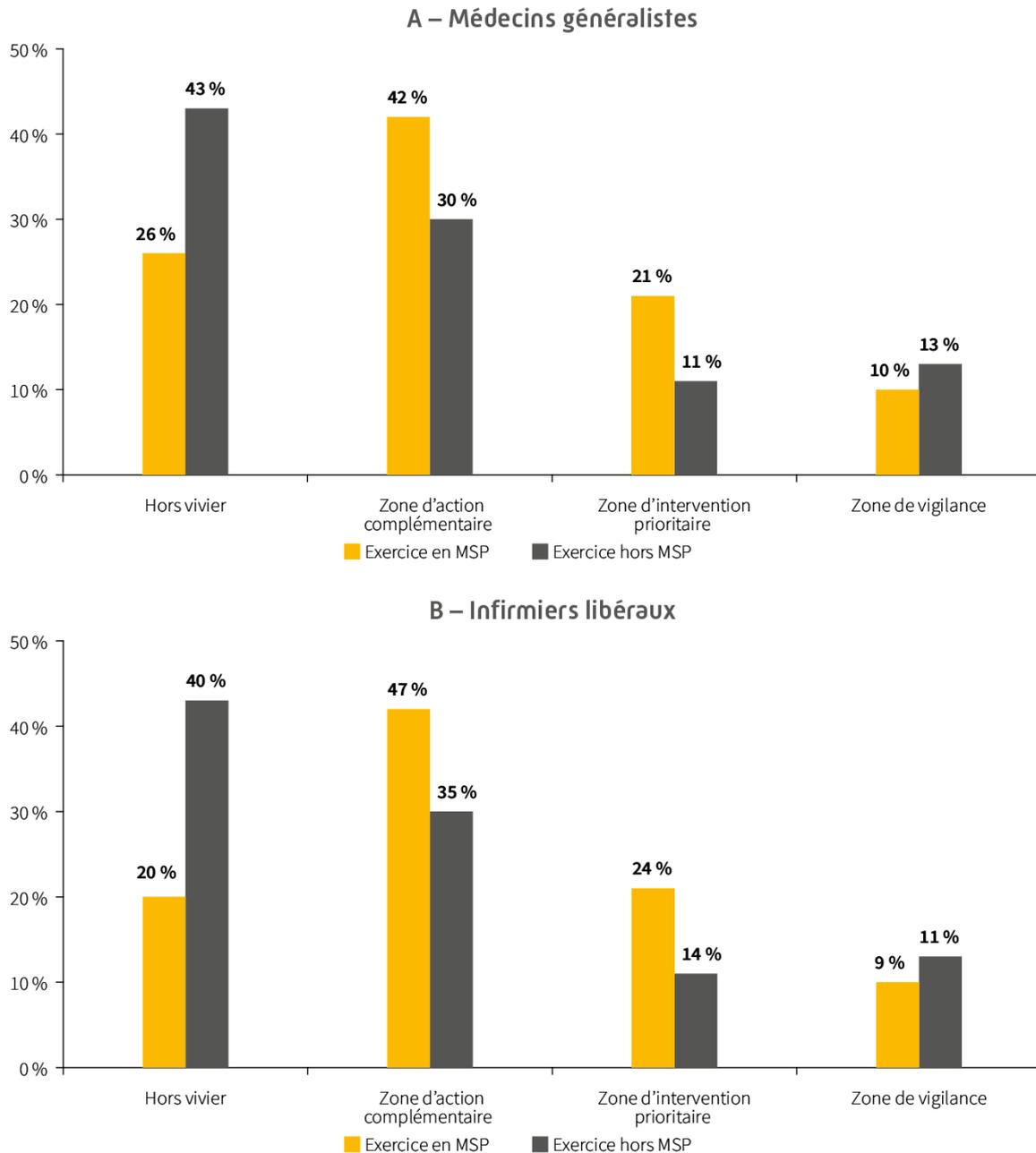
Ces zones sont déterminées par les agences régionales de santé (ARS) dans le respect de seuils, exprimés en part de population, qui ont été définis dans le cadre d'une enveloppe financière prédéfinie avec l'Assurance Maladie.

En termes de population couverte dans le zonage 2020 :

- ZIP : 12,1 millions de personnes, soit 18 % de la population en France ;
- ZAC : 23,9 millions, soit 35,6 % ;
- zones de vigilance (dans lesquelles l'accès à la médecine générale libérale n'est pas en difficulté immédiate mais appelle une vigilance particulière pour le moyen terme) : 8,2 millions, soit 12,2 % ;
- hors vivier (pas de difficultés d'accès) : 22,9 millions, soit 34,2 %.

**FIGURE 6**

**Répartition des médecins généralistes (A) et des infirmiers libéraux (B) exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), selon le zonage, en 2020**



Source : Cnam (SNDS), zonage ARS (agence régionale de santé)

L'activité d'un médecin généraliste est plus élevée dans les ZIP et ZAC que dans les autres zones.

## 2.6 Honoraires plus élevés pour les médecins généralistes en MSP

Les honoraires des médecins généralistes en MSP sont plus élevés du fait, notamment, des rémunérations forfaitaires plus importantes dont bénéficient ces médecins.

Les rémunérations forfaitaires dépendent à la fois du nombre de patients « médecin traitant », de leurs caractéristiques dans le cas du forfait patient médecin traitant – FPMT (âge des patients, affection de longue durée – ALD –, Complémentaire santé solidaire – CSS) et de l'atteinte des indicateurs de moyens et d'objectifs dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) et dans le forfait structure. Les trois forfaits contribuant les plus à la rémunération forfaitaire des

médecins généralistes sont : le forfait patient médecin traitant, la Rosp et le forfait structure (tableau 3). En 2019, la part des rémunérations forfaitaires atteint près de 15 % de l'ensemble de la rémunération des médecins généralistes, soit une augmentation de 12 points en quinze ans.

**TABLEAU 3**

**Montants moyens des trois principaux forfaits des médecins généralistes selon leur mode d'exercice (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP), en 2020**

	Médecins généralistes exerçant en MSP	Autres médecins généralistes
FPMT <sup>(a)</sup>	18 344 €	16 134 €
Rosp <sup>(b)</sup>	5 701 €	5 041 €
Forfait structure	5 315 €	4 141 €

(a) FPMT : forfait patientèle médecin traitant

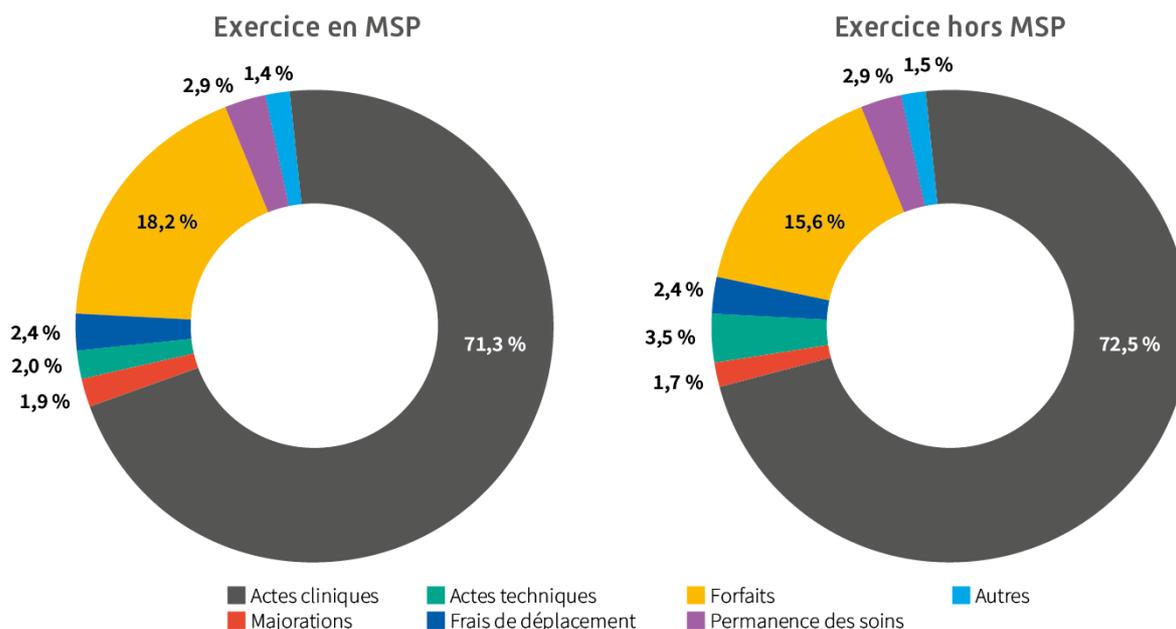
(b) Rosp : rémunération sur objectifs de santé publique

Source : Cnam (SNDS)

Au total, les structures de rémunération sont proches, avec une part de rémunération forfaitaire plus élevée et des actes techniques moins élevés pour les médecins des MSP par rapport aux autres médecins (figure 7).

**FIGURE 7**

**Structure de rémunération des médecins généralistes libéraux selon leur mode d'exercice (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP), en 2020**



Source : Cnam (SNDS)

**2.7 Structure d'activité et de rémunération des infirmiers diplômés d'État libéraux (Idel)**

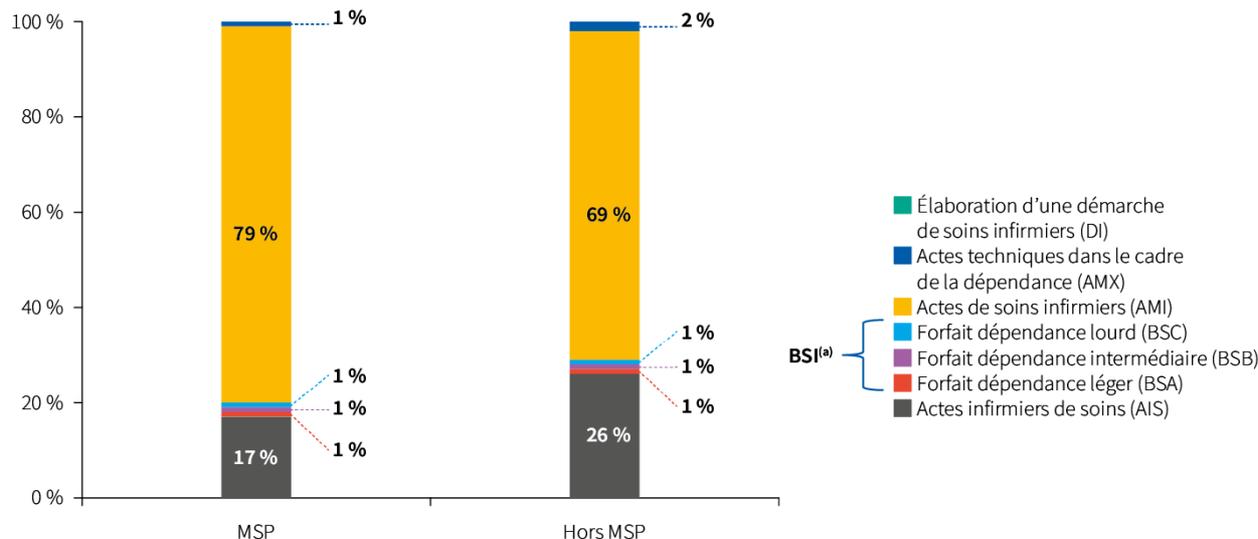
Pour les infirmiers diplômés d'État libéraux (Idel), les structures d'activité et de rémunération sont en revanche différentes avec un poids plus important des actes techniques de type actes médicaux infirmiers (AMI) et moins d'actes infirmiers de soins (AIS) en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par rapport aux autres Idel (figure 8). En 2020, 79 % de l'activité des Idel en MSP correspond aux actes techniques (AMI, AMX) et 20 % à des actes de soins infirmiers de type AIS ou bilan de soins infirmiers (BSI) (encadré 3). Pour les autres Idel, la part des actes AMI d'une part, et AIS, BSI d'autre part, sont respectivement de 69 % et 30 %. Le même constat est observé pour 2019.

La différence de structure d'activité n'est pas liée à la différence de structure d'âge des patients ayant recours aux soins infirmiers, les patientèles des Idel exerçant en MSP et hors MSP étant proches sur cet aspect (20 % des patients ont 80 ans et plus dans les MSP et 21 % pour les Idel hors MSP).

Une activité moins importante est également observée en BSI pour les Idel en MSP par rapport aux autres Idel et la structure des BSI est également différente avec moins de prise en charge en soins dite « lourde » (forfait lourd : BSC) en MSP par rapport aux autres Idel. En 2020, les Idel de MSP réalisent en moyenne 208 BSI par an, dont 57 pour une prise en charge dite « légère » (forfait léger : BSA, 27 %), 74 pour une prise en charge dite « intermédiaire » (forfait intermédiaire : BSB, 36 %) et 77 pour une prise en charge dite « lourde » (forfait lourd : BSC, 37 %). Les autres Idel font en moyenne 263 BSI avec : 53 BSA (20 %), 94 BSB (36 %) et 116 BSC (44 %).

**FIGURE 8**

**Structure d'activité des infirmiers libéraux (Idel) selon leur mode d'exercice (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP), en 2020**



(a) Le bilan de soins infirmiers (BSI) se décompose selon le type de prise en charge en soins : légère (BSA), intermédiaire (BSB), lourde (BSC)

Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnam (SNDS)

**ENCADRÉ 3**

**BILAN DE SOINS INFIRMIERS (BSI)**

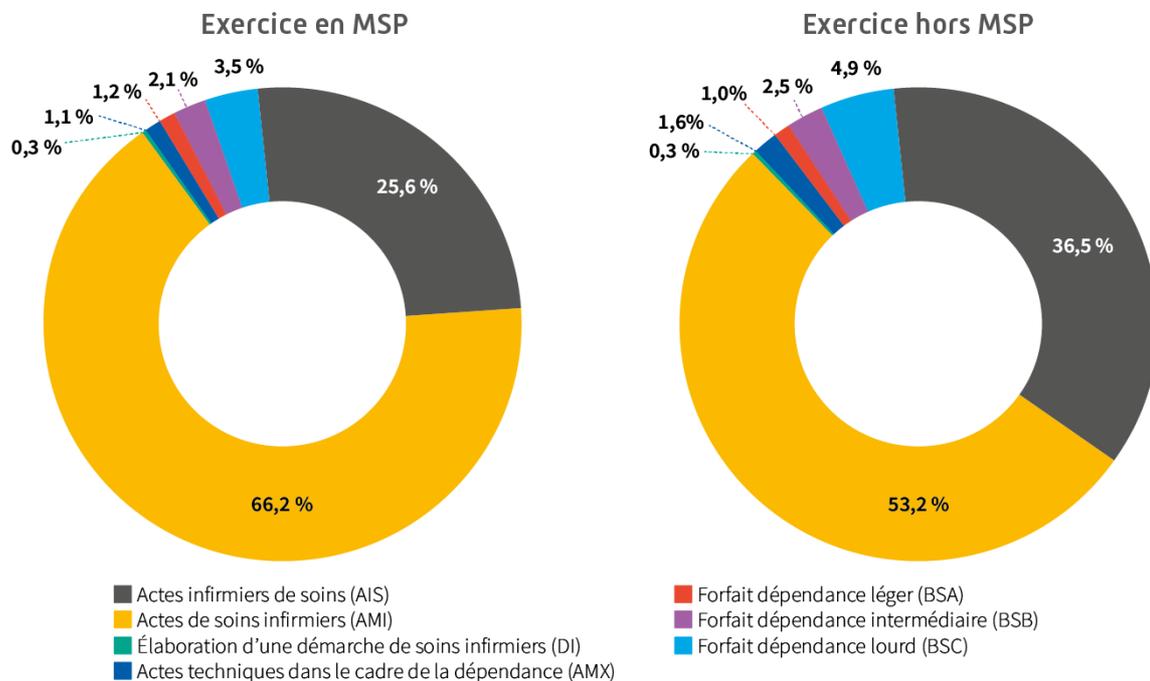
L'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers en cours porte une réforme majeure de la prise en charge des soins infirmiers aux patients dépendants à domicile comportant deux volets :

- un nouvel outil dématérialisé d'évaluation des besoins du patient dépendant, le bilan de soins infirmiers (BSI – téléservice ameli pro) qui remplace la démarche de soins infirmiers ;
- de nouvelles modalités de rémunération des infirmiers pour la prise en charge des patients dépendants à domicile via la mise en place de trois niveaux de forfaits journaliers selon la charge en soins nécessitée par le patient :
  - forfaits pour une prise en charge légère, intermédiaire ou lourde – facturés respectivement BSA, BSB, BSC, 1 fois par jour quel que soit le nombre de passages ;
  - remplaçant la tarification des soins à l'acte (séances de soins infirmiers en AIS 3 facturées à la demi-heure de soins), facturés par l'Idel à chaque passage au domicile du patient.

Cette différence se traduit dans la structure de rémunération des Idel. La proportion des honoraires correspondant aux actes techniques (AMI) est plus élevée en MSP avec 66 % versus 53 % pour les autres Idel (figure 9). En moyenne les honoraires des Idel travaillant en MSP sont de 90 100 euros versus 91 300 euros pour les autres Idel.

**FIGURE 9**

**Structure de rémunération liée aux actes des infirmiers libéraux (Idel) selon leur mode d'exercice (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP), en 2020**



Champ : tous régimes – France entière  
Source : Cnam (SNDS)

La différence de structure d'activité est en partie liée à l'installation des Idel des MSP dans les territoires avec une faible densité d'infirmiers libéraux (le lien entre la démographie et l'activité des Idel ayant été démontré). Dans les départements où la densité des infirmiers est faible, le nombre d'actes AMI est important. Inversement, dans les départements où la densité est forte, le nombre d'actes AIS par Idel est élevé. Ce lien est globalement observé pour les Idel en MSP, avec une proportion des AIS/BSI plus élevée dans les départements du Sud où la densité des Idel est la plus élevée. Néanmoins, dans trois départements sur quatre, les Idel en MSP ont une proportion de AIS/BSI plus faible et une proportion d'actes AMI plus élevée par rapport aux autres Idel (figure 10).

## 2.8 Des résultats différenciés dans la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) en fonction du lieu d'exercice

Mise en œuvre en 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) a été profondément revue et modernisée lors de la convention médicale de 2016 pour donner un poids plus important à la prévention et au suivi renforcé des malades chroniques, étendu notamment aux patients souffrant d'hypertension artérielle (HTA) ou avec un risque cardiovasculaire.

La crise sanitaire de la Covid-19 a eu un impact significatif sur les indicateurs de la Rosp en 2020. Le moindre recours aux soins (essentiellement durant le premier confinement) et l'annulation d'activités programmées non urgentes ont ainsi percuté l'évolution de certains indicateurs sans que cela ne résulte directement d'un changement des pratiques professionnelles des médecins.

## 2.9 Une progression notable des indicateurs de suivi des maladies chroniques avant la crise sanitaire en 2020 et des résultats favorables pour les médecins généralistes en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

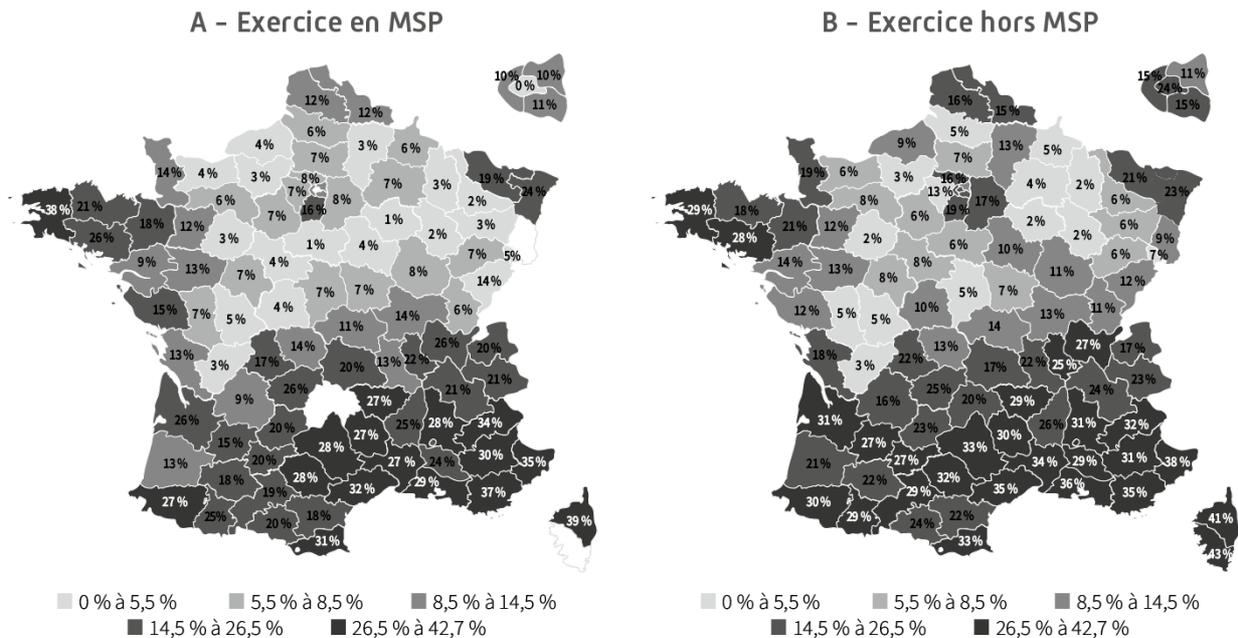
En France, près de 12,5 millions de personnes bénéficient du dispositif des affections de longue durée (ALD), sources potentielles d'incapacité et de handicap. Ainsi la qualité du suivi des patients atteints de ces pathologies et la réduction des risques de rechute et des complications en lien avec les dernières connaissances médicales sont des enjeux importants en termes de santé publique.

À l'exception de l'année 2020, au sein des pathologies chroniques, le dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) fait l'objet d'une progression notable sur la période observée que ce soit chez le patient hypertendu comme chez le pa-

tient diabétique. L'amélioration du suivi des patients diabétiques, indispensable pour prévenir et éviter les complications de cette pathologie grave (affections cardiovasculaires, perte de la vue, insuffisance rénale, etc.) a été un axe de progression prioritaire lors de la convention médicale de 2016.

**FIGURE 10**

**Proportion des actes infirmiers de soins (AIS) dans les actes des infirmiers libéraux (Idel) selon leur mode d'exercice (exerçant ou non en maison de santé pluriprofessionnelle - MSP), en 2020**



Remarque : les données non significatives sont représentées en blanc sur les cartes.

Source : Cnam (SNDS)

Les résultats des indicateurs d'amélioration de suivi de maladies chroniques (diabète, HTA) et de suivi du risque cardiovasculaire sont plus favorables aux médecins généralistes exerçant en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Ainsi en 2020, la part des patients diabétiques ayant bénéficié d'un dépistage de la maladie rénale chronique est plus importante chez les médecins généralistes en MSP (46,6 % versus 42,1 % pour les autres médecins généralistes libéraux et 44,2 % pour les centres de santé). Tous modes d'exercices confondus, une augmentation de 1 point de cet indicateur dans la Rosp en 2019 représente près de 22 000 patients mieux pris en charge.

Pour le suivi du diabète par dosage de l'hémoglobine glyquée (Hba1C), la part des patients bénéficiant d'au moins deux dosages Hba1C dans l'année est supérieure pour les médecins généralistes des MSP à celle des autres généralistes libéraux et des centres de santé. En 2020, cette part est de 82,7 % pour les médecins généralistes en MSP, 76,4 % pour les médecins généralistes libéraux hors MSP et 70,5 % pour les centres de santé.

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient hypertendu est en progression entre 2018 et 2019 et reste stable pour 2020 avec un niveau plus élevé pour les structures pluriprofessionnelles : 27,8 % pour les médecins généralistes exerçant en MSP, 27,2 % pour les centres de santé et 24,3 % pour les autres médecins généralistes. Une amélioration de 1 point de cet indicateur signifie 93 000 patients hypertendus mieux dépistés.

## 2.10 Des efforts à poursuivre dans le domaine de la prévention

La crise sanitaire a fortement impacté en hausse les taux de couverture de vaccination antigrippale des personnes de plus de 65 ans (+ 7,8 points par rapport à 2019) et celui des patients à risque (+ 6 points par rapport à 2019). Pour les deux indicateurs les taux sont plus élevés pour les médecins généralistes des MSP par rapport aux autres, cette différence est encore plus prononcée avec les centres de santé. Pour la prévention de la iatrogénie chez les patients âgés de plus de 75 ans sous psychotropes, les centres de santé se situent à un niveau plus bas (2,7 % pour les centres de santé, 4,6 % pour les autres médecins généralistes en 2020).

Une réduction importante du nombre de traitements antibiotiques chez les patients adultes âgés de 16 à 65 ans sans affection de longue durée (ALD) a été observée depuis 2011. Elle est encore plus prononcée en 2020 avec la crise sanitaire via les taux des traitements par antibiotiques chez les patients de 16 à 65 ans et hors ALD (- 8,6 points par rapport à 2019). Les centres de santé sont moins prescripteurs de traitements par antibiotiques pour les patients « médecin traitant » de 16 à 65 ans hors ALD. En 2019, une diminution de 1 point de l'indicateur correspond à environ 221 000 traitements évités.

La part des patients traités par antibiotiques, particulièrement générateurs d'antibiorésistance, poursuit aussi sa forte baisse s'établissant à 34,7 % en 2020. Les résultats sont similaires selon les types de structures.

Les indicateurs de dépistage du cancer du sein (le plus fréquent et le plus mortel chez la femme) et du cancer du col de l'utérus ont connu un recul qui s'est accentué avec la crise sanitaire : par rapport à 2019, les résultats ont chuté de 3 points pour le cancer du sein et 1,6 point pour le cancer du col de l'utérus. Les évolutions des indicateurs de dépistage du cancer sont comparables entre les MSP, les centres de santé et les autres médecins généralistes libéraux avec des niveaux d'indicateurs plus élevés pour les médecins généralistes en MSP (63,6 % pour le cancer du sein, 53,7 % pour le cancer du col d'utérus et 33,2 % pour le cancer colorectal).

Il est important de noter que des faibles améliorations des indicateurs peuvent avoir des impacts significatifs en termes d'amélioration de suivi, notamment compte tenu des effectifs élevés des pathologies et traitements concernés. Par conséquent les efforts d'amélioration doivent être continus et poursuivis à l'avenir.

## **2.11 Un essor des téléconsultations en 2020. Un recours plus important à la téléconsultation en exercice regroupé**

En 2020, avec la crise sanitaire, l'activité des médecins généralistes a connu un recul par rapport à 2019 (baisse des honoraires de - 3,5 %). Parallèlement, le recours à la téléconsultation a connu un essor, la proportion de téléconsultations atteignant un pic durant le premier confinement : 29 % de l'ensemble des consultations des médecins généralistes, alors que cette proportion était de moins de 1 % en 2019 (figure 11). Pour les médecins généralistes, la téléconsultation s'est en grande partie substituée aux consultations pendant le premier confinement. Cela a permis de continuer à assurer une prise en charge des patients et à atténuer ainsi l'effet négatif du confinement sur le recours aux soins.

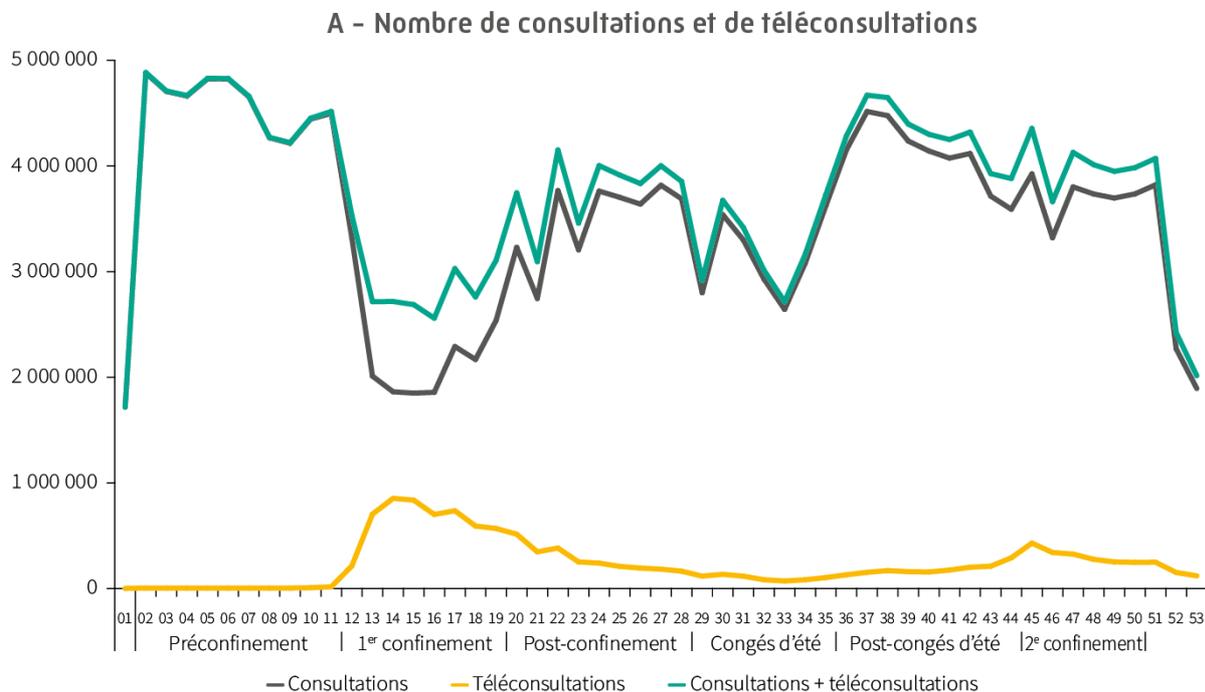
Pendant le deuxième confinement (début novembre 2020 à mi-décembre 2020), un rebond des téléconsultations d'une moindre ampleur est observé. Pour les médecins généralistes, la proportion des téléconsultations atteint ainsi 9 % de l'ensemble des consultations. Depuis la fin d'année cet indicateur s'est stabilisé autour de 5-6 %.

Le recours aux téléconsultations des médecins en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) est plus fréquent par rapport aux autres médecins, ceci est observé à la fois pour le nombre de téléconsultations et en part de téléconsultations dans le total des consultations (sauf pour la zone de vigilance où les parts de téléconsultations en MSP et hors MSP ont des niveaux équivalents). De même, les trois quarts des organisations territoriales de télémédecine (organisations à l'initiative des médecins pour prendre en charge des téléconsultations sur un territoire étendu en cas d'absence du médecin traitant) sont mises en place par des maisons de santé ou des centres de santé.

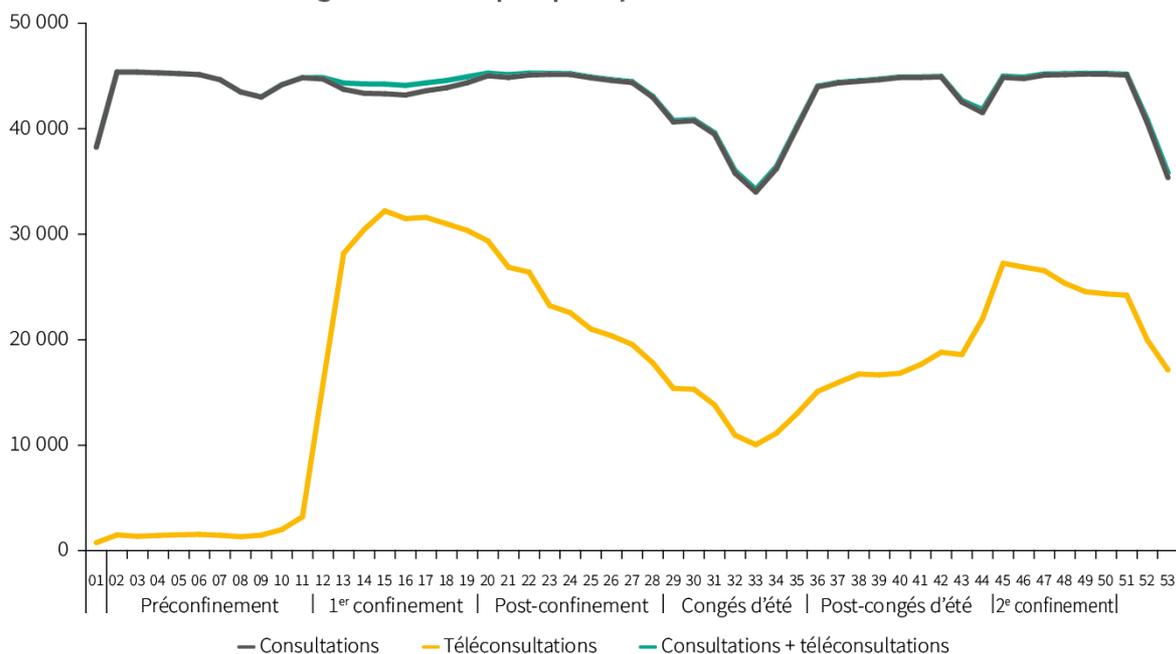
Un recul temporel plus important est nécessaire pour confirmer ces résultats dans la durée et pour observer notamment si les téléconsultations entrent d'une manière régulière et plus fortement dans les pratiques des médecins en MSP grâce aux avantages d'une organisation regroupée (par exemple plus de facilité de mise en place des plages d'horaires spécifiques).

**FIGURE 11**

**Évolution hebdomadaire en 2020 du nombre de consultations et téléconsultations des médecins généralistes (A) et de l'effectif de médecins généralistes ayant pratiqué des consultations et/ou des téléconsultations (B)**



**B - Effectif de médecins généralistes ayant pratiqué des consultations et/ou des téléconsultations**



*Champ : médecins généralistes libéraux (hors médecins à expertise particulière) actifs au 31 décembre 2020, hors nouveaux installés, au minimum 500 consultations (y compris téléconsultations) – France métropolitaine  
Source : Cnam (SNDS)*

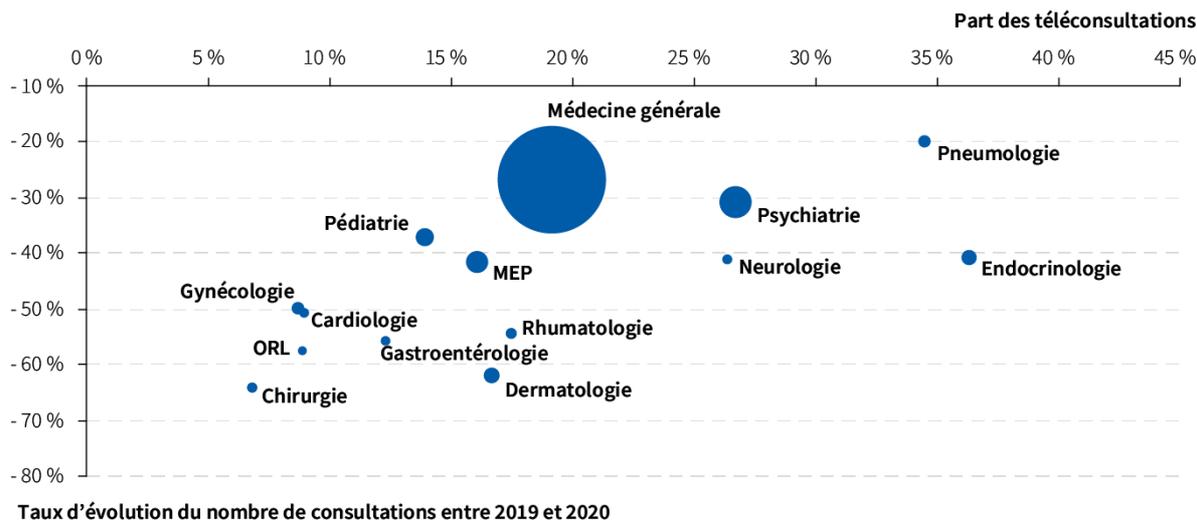
En 2020, les médecins généralistes et les médecins à expertise particulière (MEP) ont réalisé 13,6 millions téléconsultations, soit 81 % de l'ensemble des téléconsultations en activité libérale (figure 12). Parmi les autres spécialités, la psy-

chirurgie est la deuxième spécialité ayant fait le plus de téléconsultations en termes de volume : 1,4 million téléconsultations en 2020. 80 % des téléconsultations sont réalisées par le médecin traitant du patient.

Lors du premier confinement, les parts de téléconsultations dans l'ensemble des consultations sont les plus élevées pour les endocrinologues (36 %), les pneumologues (35 %), les psychiatres (27 %) et les neurologues (26 %).

**FIGURE 12**

**Évolution de l'activité et des téléconsultations des médecins libéraux pendant le premier confinement**



**Taux d'évolution du nombre de consultations entre 2019 et 2020**

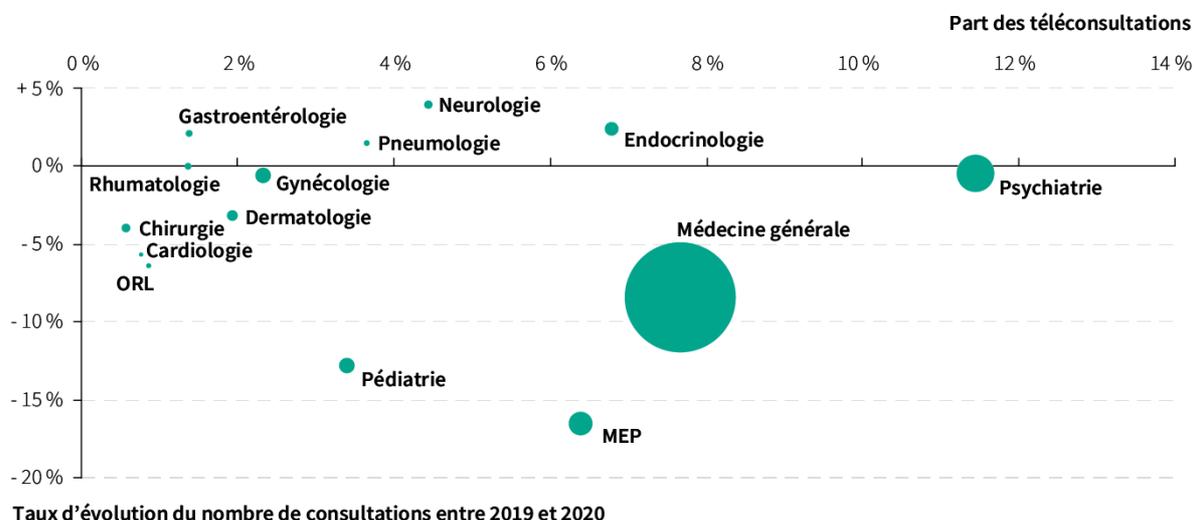
Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au nombre des téléconsultations.

Champ : semaines 12 à 19 de 2019 et 2020 en date de remboursement, pour l'ensemble des consultations des professionnels de santé conventionnés, régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors régime social des indépendants (RSI) - France entière  
Source : Cnam (SNDS)

Pour le deuxième confinement, l'impact en termes de perte d'activité est beaucoup moins important et les parts de téléconsultations le sont également (figure 13).

Au regard de ces résultats pendant les deux confinements, selon le degré des contraintes du confinement et spécificités (nécessité du présentiel des patients lors de consultations) une substitution partielle et variable s'est opérée entre les consultations et les téléconsultations.

L'hypothèse de l'exercice regroupé qui favorise la mise en place d'une organisation permettant la réalisation des visites à domicile n'est pas confirmée dans les données sauf pour les zones d'intervention prioritaire (ZIP). En ZIP, le nombre de visites et la part des visites dans l'ensemble de l'activité sont plus élevés chez les médecins généralistes des MSP par rapport aux autres généralistes (tableau 4). Dans les autres zones, la part des visites est plus importante dans la structure de l'activité pour les médecins généralistes exerçant hors MSP.

**FIGURE 13**
**Évolution de l'activité et des téléconsultations des médecins libéraux pendant le deuxième confinement**

**Taux d'évolution du nombre de consultations entre 2019 et 2020**

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au nombre des téléconsultations.

Champ : semaines 45 à 50 de 2019 et 2020 en date de remboursement, pour l'ensemble des consultations des professionnels de santé conventionnés, régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors régime social des indépendants (RSI) - France entière

Source : Cnam (SNDS)

**TABLEAU 4**
**Activité des médecins généralistes libéraux APE<sup>(a)</sup> en 2020 selon le zonage ARS<sup>(b)</sup>**

	Zone d'intervention prioritaire (ZIP)			Zone d'action complémentaire (ZAC)			Zone de vigilance			Zone hors vivier		
	Autres MG <sup>(c)</sup>	MSP <sup>(d)</sup>	t-test <sup>(e)</sup>	Autres MG	MSP	t-test	Autres MG	MSP	t-test	Autres MG	MSP	t-test
Effectif MG	4 040	844		11 661	1 744		5 130	441		16 714	1 084	
Consultations	4 712	4 502	***	4 276	4 370	**	3 587	3 708	*	3 831	3 926	*
Téléconsultations	270	282	0,47	266	298	***	294	278	0,38	280	368	***
Visites à domicile	293	345	***	368	370	0,89	245	232	0,39	360	306	***
Actes techniques	115	107	0,65	114	95	***	189	158	*	168	116	***
Actes totaux	5 390	5 235	*	5 023	5 133	**	4 315	4 376	0,46	4 638	4 715	0,17
Part des téléconsultations (en %)	5,3	5,7	0,11	5,6	6,1	**	7,1	6,6	0,13	6,7	8,4	***
Part des visites à domicile (en %)	5,6	6,4	***	7,4	7	**	5,7	5,2	*	8	6,3	***
Part des actes techniques (en %)	2,3	2	0,18	2,6	1,9	***	4,8	3,6	***	4,3	2,7	***

(a) APE : actif à part entière

(b) ARS : agence régionale de santé

(c) MG : médecin généraliste

(d) MSP : maison de santé pluriprofessionnelle

(e) t-test : test statistique de Student. Les seuils de significativité du test sont les suivants : \*\*\* : p&lt;0,01 ; \*\* : p&lt;0,05 ; \* : p&lt;0,1

Note de lecture : les médecins généralistes APE (actifs à part entière) sont retenus dans cette analyse. Un professionnel de santé libéral APE est un professionnel de santé ayant exercé une activité libérale normale, sur une année complète, dans le cadre conventionnel.

Champ : année 2020, tous régimes

Source : Cnam (SNDS)

### 3. CES CONSTATS, COUPLES AUX ENSEIGNEMENTS DE LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID, INCITENT A ALLER « PLUS VITE, PLUS LOIN, PLUS FORT »

La crise sanitaire a montré l'intérêt de pouvoir réunir les professionnels de santé autour d'organisations coordonnées, selon des modèles d'organisation adaptés aux équipes et aux territoires (encadré 4, encadré 5). Par leur approche territoriale, la présence d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) lors de la crise sanitaire s'est traduite par une grande réactivité dans :

- la mise en place de centres de prise en charge des patients Covid+ ;
- les coopérations avec les collectivités territoriales ;
- une gestion commune de la crise avec les établissements de santé de leur territoire, ou des collaborations inédites avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Ainsi, la mobilisation des organisations coordonnées apportant une réponse collective aux besoins de santé de la population dans le cadre de la crise sanitaire doit être soutenue. À l'échelle du territoire, la CPTS est identifiée comme un interlocuteur clé pour coordonner les réponses à apporter aux populations du territoire en cas de crise sanitaire, avec en appui les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Chaque organisation a donc vocation à apporter une réponse aux crises sanitaires graves qui pourraient se déclencher au travers de la mise en œuvre d'un plan d'action qui se déclinerait en cohérence du champ d'intervention de chacune de ces organisations.

#### ENCADRÉ 4

### EXEMPLES D'ORGANISATIONS DE COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS) DANS LE CADRE DE LA CRISE

Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Val-de-Marne a initié une mobilisation transversale des professionnels de santé du territoire tout mode d'exercice confondu et de l'établissement de santé de référence, avec le soutien de la municipalité et de l'agence régionale de santé (ARS). Elle a créé, dans un gymnase prêté par la ville, un centre Covid géré et gouverné par des professionnels du territoire (médecins généralistes des centres municipaux de santé – CMS – et médecins généralistes libéraux) et fonctionnant en lien étroit avec l'établissement de santé privé du territoire.

Une CPTS située en Essonne a, quant à elle, mis en place, avec le service des urgences de l'hôpital qui gérait le centre Covid, un parcours de suivi des patients ré-adressés à la ville, selon un protocole commun et en utilisant des outils de communication numérique. La CPTS va capitaliser sur le déploiement de ce parcours et l'élargir à une réorientation vers la ville des patients non Covid se présentant aux urgences et relevant des soins de ville.

Enfin, une CPTS du Finistère a déployé une équipe mobile Covid médicale intervenant sur le territoire pour les personnes n'ayant pas les moyens matériel ou physique de se déplacer au centre Covid. Elle a également créé une équipe mobile Covid infirmière intervenant sur le territoire pour les prélèvements (PCR Covid) après demande des médecins référents et/ou médecins coordinateurs.

L'essor de ces communautés étant un des leviers pour répondre aux enjeux d'accès aux soins, la mise en place d'un dispositif d'accompagnement renforcé à différentes étapes de la constitution de la communauté a été discutée lors de la négociation en vue de la conclusion d'un avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif au déploiement des CPTS et ce afin d'accélérer leur déploiement sur l'ensemble du territoire, notamment dans la rédaction du projet de santé par une méthode d'accélération de projet. L'objectif étant ici d'accélérer le parcours pour permettre aux CPTS de se conventionner plus rapidement. Cet essor doit par ailleurs être soutenu financièrement dès l'entrée dans les accords conventionnels, les investissements étant plus importants en début d'exercice/fonctionnement.

Les professionnels de santé ont ainsi montré leur réactivité et leur capacité d'adaptation face à une crise sanitaire d'une forte ampleur. Ceci a notamment été rendu possible grâce à la souplesse proposée par ces types d'organisation et grâce à l'habitude des professionnels de santé investis en exercice coordonné à travailler ensemble.

Néanmoins, dans certains cas, la forme structurée – MSP, centres de santé, CPTS – peut paraître encore trop lourde administrativement, et on voit apparaître le besoin d'accompagner le développement d'un mode de coopération et de coordination entre professionnels de santé plus souple, notamment les équipes de soins.

Il sera opportun, dans un premier temps, de mener des expérimentations afin d'affiner un modèle d'équipe de soins répondant aux attentes des pouvoirs publics et des professionnels de santé engagés dans ces dispositifs. En restant dans le cadre posé par la loi, à savoir la formalisation de l'équipe par le dépôt d'un projet de santé auprès de l'agence régionale de santé (ARS), les équipes définiraient les modalités de travail pluriprofessionnel au travers de différentes missions

(exemples : maintien à domicile des personnes à risque en perte d'autonomie ; prévention des hospitalisations/réhospitalisations et prise en charge des patients plus précocement en sortie d'hospitalisation ; prise en charge des personnes à haut risque iatrogénique suivant des traitements par antivitamines K – AVK, insuline, médicaments anticancéreux par os, etc.).

## ENCADRÉ 5

### EXEMPLE DES *PRIMARY CARE NETWORKS* EN ANGLETERRE

À l'image des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en France, le développement d'organisations territoriales complémentaires du niveau de proximité a été engagé dans certains pays. L'Angleterre, où l'exercice regroupé pluridisciplinaire existe de longue date, a récemment initié le déploiement sur l'ensemble du territoire de ce nouvel échelon au travers des *Primary Care Networks* (PCN).

Les PCN, dont le déploiement a débuté en 2019, constituent un élément clé du plan de transformation porté par le *National Health Service* (NHS *England*), leur conférant un rôle important visant à fournir une gamme plus large et plus efficiente de services aux patients dans le cadre des soins primaires. Concrètement, les PCN sont des regroupements de cabinets médicaux pluridisciplinaires sur un territoire donné, permettant la mutualisation de personnel pour des missions spécifiques et l'organisation de collaborations sur ce territoire, tout en gardant leur indépendance. La quasi-totalité des cabinets médicaux ont intégré l'un des 1 300 PCN existant actuellement, couvrant des populations de 30 000 à 50 000 patients. Bien que la participation à un PCN ne soit pas obligatoire, leur déploiement a été porté par l'octroi de financements, faisant des PCN l'axe principal d'investissement dans les soins primaires par le NHS, aboutissant de fait à une participation quasi-systématique des cabinets médicaux anglais.

#### Les missions des PCN

Le financement des PCN est soumis à la mise en œuvre progressive de sept grandes missions définies autour de priorités nationales.

Cinq de ces missions ont démarré en 2020-2021 sur les thèmes suivants :

- optimiser les prescriptions médicamenteuses ;
- améliorer la prise en charge des patients en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ;
- soutenir le diagnostic précoce des cancers ;
- intensifier la prise en charge des patients à haut risque, notamment en soins palliatifs ;
- favoriser la prise en compte du point de vue des patients.

Deux autres missions devront être mises en œuvre par les PCN sur la période 2021-2022 :

- renforcer la prévention et le diagnostic des maladies cardiovasculaires ;
- lutter contre les inégalités sociales de santé.

Plus globalement, les PCN doivent prendre en compte la santé globale de la population de leur territoire, en adoptant une approche proactive de la gestion de la santé et en évaluant les besoins locaux afin d'identifier les personnes qui devront bénéficier d'un soutien ciblé. Les PCN doivent également s'organiser pour permettre un accès à des consultations sur des plages horaires plus étendues que celles des cabinets médicaux.

Enfin, l'une des ambitions du NHS est que les PCN constituent un échelon permettant une représentation renforcée des soins primaires vis-à-vis des autres acteurs du système de santé sur leur territoire.

Pour mettre en œuvre ces missions, les PCN s'appuient sur les professionnels exerçant au sein des cabinets membres du réseau et perçoivent un financement additionnel permettant d'employer du personnel mutualisé dont les rôles sont précisément définis.

#### Mode de financement des PCN

Le financement des PCN repose sur les principes suivants :

- des sommes forfaitaires annuelles liées à la participation des cabinets et aux frais de fonctionnement (par exemple : 1,50 livre sterling par patient enregistré pour soutenir le PCN en tant qu'organisation, rémunération de 1,45 livre sterling par patient enregistré pour la fourniture de services hors des heures habituelles) ;
- le financement de tout ou partie de certains des postes mutualisés par le PCN ;
- la rémunération d'un directeur clinique (à temps partiel), médecin exerçant obligatoirement dans l'un des cabinets membres du PCN, responsable de la coordination des travaux du réseau.

Les cinq profils de postes financés au sein des PCN concernent des pharmaciens cliniciens, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, des médecins associés et des professionnels de santé paramédicaux dont les attributions doivent être exclusivement en lien avec les missions du PCN. Les coûts salariaux de ces postes sont financés à hauteur de 70 %, à l'exception

des travailleurs sociaux dont les salaires sont pris en charge à 100 %. Le montant global du financement attribué pour ces postes mutualisés est dépendant de la taille de la patientèle d'un PCN.

En complément de ces financements de moyens, un financement incitatif au résultat a été initié en 2020. Il s'agit d'un financement fondé sur des indicateurs de qualité (à l'identique du *Quality and Outcomes Framework* – QOF anglais – ou de la rémunération sur objectifs de santé publique – Rosp – en France), calculés à un niveau collectif à l'échelle du PCN. Cette rémunération à la qualité devrait progressivement représenter une part croissante du financement des PCN d'ici 2024.

## 4. ADAPTER LES MODES DE FINANCEMENT A L'EXERCICE COORDONNE

### 4.1 Un questionnement international

La diversification des modes d'organisation et de financement des soins est une tendance lourde dans la plupart des systèmes de santé. De fait, sous l'effet des nombreuses réformes successives, et de manière plus ou moins volontaire, les modes de paiement et d'organisation des soins sont déjà très diversifiés dans la plupart des pays. Si chaque segment d'activité du système de santé est financé par un modèle de paiement dominant, celui-ci est très souvent complété ou modulé par un ou plusieurs autres modes de paiement, de manière plus ou moins importante. Ainsi, le financement des soins de médecine générale en France comporte une part liée à l'acte, une part forfaitaire par patient et une part liée à la qualité. Dans le domaine hospitalier de court séjour, on a également des modalités de financement et d'organisation composites.

Pour divers qu'ils soient, les systèmes d'organisation et de financement sont souvent considérés par les acteurs comme une contrainte à la mise en place d'approches innovantes. C'est dans ce contexte que la France a mis en place à travers l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 un dispositif d'appui à l'innovation organisationnelle visant à permettre aux acteurs de s'en affranchir dans un cadre expérimental afin d'évaluer l'intérêt des innovations testées mais aussi leur potentiel de transférabilité dans le droit commun. D'autres pays ont adopté une approche similaire, comme les États-Unis (*Center for Medicare and Medicaid Innovation* – CMMI – encadré 6), l'Allemagne ou encore l'Angleterre.

Si chacune de ces expérimentations a sa logique propre, aucune n'est porteuse d'une approche globale susceptible d'englober l'ensemble des autres. Certaines de ces expérimentations échoueront à faire la preuve de leur intérêt, mais pour celles qui viendront à réussir, au-delà des conditions de généralisation qui leur sont propres, plus ou moins simples à envisager, la question de la cohérence d'ensemble du système se pose.

Cette question qui émerge dans le cadre de l'article 51 se pose plus largement pour l'ensemble du système de santé. Il est difficile d'envisager qu'un mode de paiement unique couvrant l'ensemble des acteurs d'un parcours de soins ou d'un territoire, alliant ville, hôpital et médico-social et prévention par exemple puisse voir le jour. De fait, aucun système de santé n'y est aujourd'hui parvenu.

À l'inverse, on peine à imaginer la possibilité d'un système qui serait un perpétuel chantier organisationnel juxtaposant sans cohérence d'ensemble des expérimentations plus ou moins généralisées, sans vision claire du chemin par lequel une innovation organisationnelle et de financement peut voir le jour.

L'enjeu de la généralisation ou du passage dans le droit commun de ces nouveaux modes de paiement et d'organisation se doit ainsi d'imaginer un système de régulation qui soit adapté à cette diversité et qui permette de faire évoluer différentes composantes du système de manière cohérente sans remettre en cause l'équilibre de l'ensemble du système.

### 4.2 Vers une palette de modes de paiement et d'organisation plutôt qu'une solution unique ?

Le changement d'approche qu'implique ce constat est important sans être un bouleversement majeur dans la mesure où le système est déjà modulaire de fait, les différents segments qui le composent étant régulés de manière différente. L'importance du changement induit réside dans trois points : 1/ la nécessité d'organiser une cohérence d'ensemble et donc l'articulation explicite des différents modules de financement et d'organisation ; 2/ la possibilité d'une variabilité au sein des modules (c'est-à-dire pour un même acteur de pouvoir choisir des modes de financement et d'organisation différents) ; 3/ l'obligation de les inscrire dans un cadre lisible et acceptable pour les acteurs afin de favoriser leur adhésion.

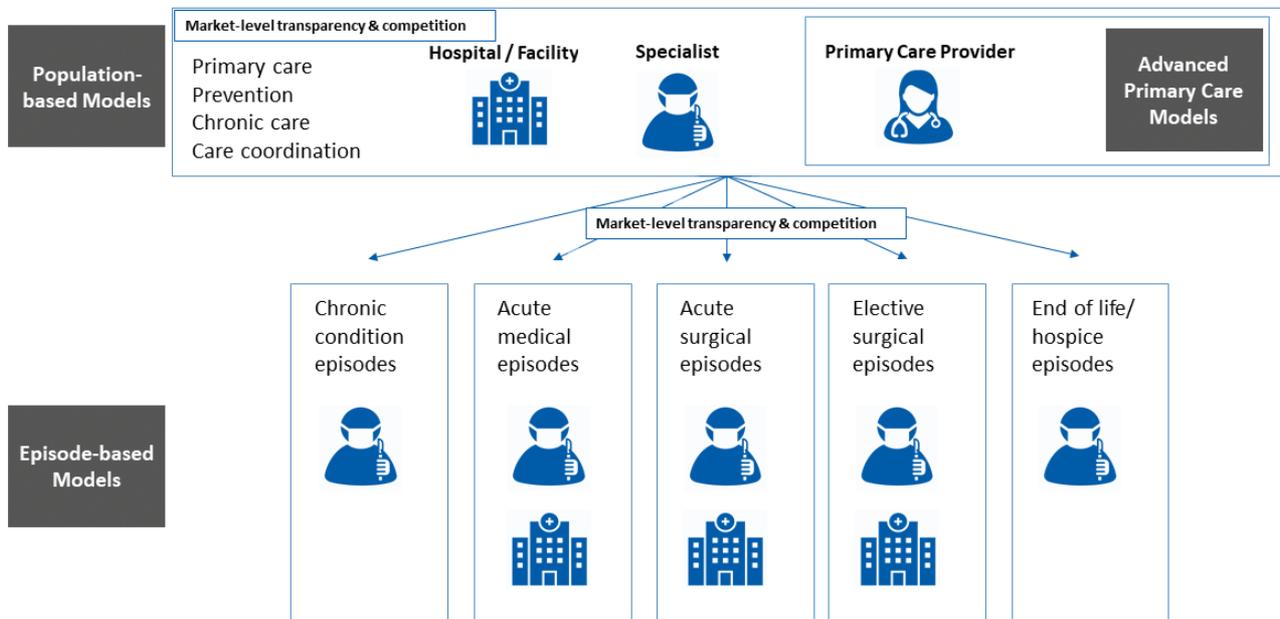
Il s'agit donc de construire un système cohérent dans sa structure et ses incitatifs pour garantir l'atteinte de ses objectifs généraux (en termes de santé publique, de qualité des soins et d'efficacité, par exemple) tout en assurant une souplesse aux acteurs leur permettant de faire évoluer leurs organisations et leurs pratiques selon leurs souhaits, leur maturité et le contexte dans lequel ils exercent.

Cette réflexion n'est pas limitée à la France. Les États-Unis ayant lancé des démarches comme les *Accountable Care Organizations* (ACO) bien avant celle de l'article 51, ont à ce propos des réflexions très proches de celle qui est discutée

ici, certains auteurs proposant des stratégies cohérentes et coordonnées, voire des « portefeuilles » de réforme des modes de paiement (figure 14) [1,2].

FIGURE 14

Modèles de paiement alternatifs et cohérence d'ensemble [1]



Source : Medicare Payment Reform's Next Decade : A Strategic Plan For The Center For Medicare And Medicaid Innovation [Internet]. Health Affairs Blog. 2020. Disponible sur : <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201216.672904/full/>

ENCADRÉ 6

## EXPERIMENTATIONS DU CENTER FOR MEDICARE AND MEDICAID INNOVATION (CMMI) AUX ÉTATS-UNIS

Aux États-Unis, la loi sur la protection des patients et les soins abordables (*Patient Protection and Affordable Care Act*), largement médiatisée comme la réforme de santé *Obamacare* en 2010, marque la première étape d'une transformation profonde du système de santé américain. Le titre III de la loi « Améliorer la qualité et l'efficacité des soins » (*improving the quality and efficiency of health care*) encourage notamment le développement de nouveaux modèles de prise en charge des patients visant à améliorer la qualité des soins, leur efficacité ainsi que leur transparence.

La création du *Center for Medicare and Medicaid Innovation* (CMMI) est au centre de cette démarche. Son rôle est de tester des financements et des modèles organisationnels innovants dans l'objectif de réduire les dépenses ainsi que d'améliorer la qualité des soins. La généralisation des modèles ainsi que leur inscription dans le droit commun constituent le point de mire des expérimentations. L'objectif clairement affiché est de faire des expérimentations de véritables instruments de réforme.

Dès l'entrée en vigueur de l'*Affordable Care Act*, de très nombreux modèles ont été déployés par le CMMI. En 2020, le CMMI avait expérimenté 54 modèles dont 24 encore actifs actuellement. Près d'un million d'offres de soins ont été mobilisés, touchant ainsi environ 26 millions de patients soit près de 8 % de la population américaine [3]. En effet, le parti pris de l'*Affordable Care Act* est de développer un spectre large de modèles afin de répondre aux différents besoins des populations et des territoires ainsi que de combler les lacunes des systèmes de soins existant.

Certaines expérimentations conduites dans le cadre de l'article 51 sont directement inspirées de ces grands modèles organisationnels ; l'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep) est par exemple fondée sur le modèle des *Accountable Care Organizations* (ACO). La filiation entre certains modèles du CMMI et ceux de l'article 51 justifie l'importance d'une approche comparative avec l'expérience américaine.

Plus de dix ans après la création du CMMI, il s'avère que seul un nombre limité d'expérimentations ont fait leurs preuves. Quatre expérimentations ont rempli les critères pour faire l'objet d'une généralisation, dont un modèle d'ACO qui a été intégré au programme permanent d'ACO de *Medicare*.

Les ACO sont les modèles les plus répandus et les plus expérimentés depuis 2012. Fin 2019, on recensait 1 588 ACO publiques ou privées couvrant environ 44 millions de bénéficiaires (dont 40 % sont couvertes par des contrats *Medicare* et *Medicaid*) et

l'ensemble des États fédérés du pays. Les ACO sont des groupements de professionnels de santé, d'établissements de santé ou d'autres offreurs de soins responsables collectivement de la qualité de la prise en charge des patients. Cette responsabilité collective se matérialise par un intéressement financier en cas de gains d'efficience.

Selon plusieurs études, les ACO sont parmi les modèles qui génèrent le plus d'économies et qui contribuent globalement à améliorer la prise en charge des patients (la qualité de la prise en charge est prise en compte dans cinq domaines : l'expérience du patient, le niveau de coordination des soins, les actions de prévention et promotion de la santé, les dispositifs de ciblage des populations âgées et à risque). Une étude qualitative met également en évidence des retours positifs de la part des professionnels de santé engagés dans une ACO. Les auteurs mentionnent notamment les avantages liés au partage des données, à la communication accrue avec les autres prestataires de soins et enfin les bénéfices du renforcement des équipes pour développer des activités de coordination. Néanmoins, ces avantages se doublent de défis perçus comme des inconvénients, à savoir une charge de travail administratif accrue et la difficulté d'obtenir un réel retour sur les investissements effectués.

Les performances ne sont pas uniformes d'une ACO à l'autre. Il existe un paysage assez varié d'ACO en fonction de leur taille, des professionnels engagés (hôpitaux, groupes de médecins, groupes de spécialistes, centres infirmiers, etc.), des types de soins prodigués, etc.

Si les auteurs soulignent l'importance d'une gouvernance forte afin de garantir la coordination effective des membres du groupement, il n'existe néanmoins pas de consensus sur le modèle de gouvernance le plus prometteur pour le développement des ACO. La variété des stratégies organisationnelles des ACO et de leurs résultats laisse penser que chaque type d'ACO doit être encouragé.

Certains travaux ont tout de même isolé des caractéristiques organisationnelles qui semblent pertinentes pour améliorer le fonctionnement des ACO.

Ils mettent notamment en exergue l'importance d'une gouvernance forte dans les différentes structures de l'ACO. Le rôle des médecins est central pour encourager l'apprentissage de nouvelles pratiques organisationnelles, par exemple le travail en équipe ou bien le recours aux dossiers médicaux électroniques. Par ailleurs, la qualité des relations entre les prestataires de soins primaires et les hôpitaux locaux semble déterminante pour la coordination des prises en charge. En effet, la capacité d'influence des offreurs de soins primaires est primordiale, notamment s'ils font converger beaucoup de patients autour de spécialistes qui ont le pouvoir d'orienter vers les hôpitaux locaux. De plus, les équipes de soins primaires jouent un rôle déterminant dans la transmission des informations sur le patient ainsi que dans son suivi à la sortie de l'hôpital.

La réduction du turn-over des médecins et des patients peut également contribuer à améliorer la qualité des soins offerts par les ACO. Une étude montre en effet que seulement 52 % des médecins demeurent affiliés à une ACO pendant les trois ans du contrat. Ces départs de médecins se doublent d'une forte volatilité de leur patientèle. Ainsi, moins de 5 % d'un panel typique de patients était affilié à une ACO. Ces hauts niveaux de turn-over tendent non seulement à diluer les impacts financiers et qualitatifs des ACO mais semblent aussi parfois résulter de comportements opportunistes (par exemple, l'éviction de profils de risque élevés pour réduire les coûts associés à leur prise en charge).

Le recours à des *care managers* dont le rôle est d'assurer l'information et l'orientation des patients à risque (infirmiers aux pratiques avancées ou travailleurs sociaux) semble central pour favoriser des parcours de prise en charge personnalisés. Dans les ACO les plus performantes, les *care managers* sont directement intégrés dans les équipes de soins primaires. Le recours à des services de *care management* pour les patients à risque contribuerait à une réduction de 8 % des hospitalisations et le taux de visite aux urgences de 6 %.

Outils les professionnels de santé constitue un levier central pour améliorer la qualité des soins dans les ACO. Une enquête réalisée auprès de 1 400 médecins exerçant dans le cadre d'une ACO liste quatre outils principaux susceptibles d'améliorer la prise en charge des patients : des outils de ciblage des patients à risque, l'intervention d'un *care manager* au sein de l'équipe de soins, la publication de bonnes pratiques cliniques ainsi que la mise à disposition des données d'activités des autres cabinets afin de permettre aux médecins d'engager une approche réflexive sur leurs pratiques. Selon une étude, les ACO les plus performantes s'appuient effectivement sur leurs systèmes d'information, notamment des dossiers médicaux électroniques chaînés avec des données de remboursement pour conduire des réflexions stratégiques et améliorer la qualité des pratiques cliniques.

Enfin, l'intégration de pharmaciens dans les ACO semble avoir un impact positif sur leurs résultats financiers. L'intervention de pharmaciens permet notamment de compléter les services de disease management par des dispositifs d'aide au suivi du traitement (*medication therapy management*).

D'autres modèles portant sur l'organisation et le financement des soins primaires présentent des résultats positifs.

Le *Comprehensive Primary Care +* (CPC+) est le plus grand programme portant sur les maisons de santé, avec 17 millions de patients couverts et 13 739 professionnels mobilisés dans 2 675 structures. Il vise à rémunérer les professionnels en forfait en substitution de la rémunération à l'acte. Globalement, les médecins exerçant dans les structures CPC+ ont un avis très favorable sur le programme. Ce succès est confirmé par l'évaluation de 3<sup>e</sup> année qui relève très peu d'abandons de la part des structures participantes avec environ 94 % d'entre elles qui seraient prêtes à renouveler l'expérience.

Si le parti pris du CMMI est de développer un large portefeuille de modèles, la logique de généralisation des expérimentations constitue un défi important avec une forte hétérogénéité des modèles sur leur principe, leur échelle et leur efficacité. Pour certains auteurs, la multiplication des modèles a contribué à la complexification du paysage des soins avec un chevauchement entre les modèles (mise en concurrence des offreurs de soins pour les mêmes populations) ou au contraire un difficile alignement des offreurs de soins engagés sur des modèles différents. Le cloisonnement des modèles entre eux, entériné par la logique de certification par expérimentation, semble ainsi avoir encouragé une organisation en silo. Un article dénonce une logique d'accumulation plus que de capitalisation des expériences, avec le développement continu d'un grand nombre de modèles qui ne démontrent pas de résultats positifs [4].

Pour répondre à ces défis, certains auteurs encouragent une meilleure complémentarité entre les modèles [4]. Ils suggèrent notamment de les aligner pour créer des synergies entre les offreurs de soins et simplifier la réforme du financement des systèmes de soins. Les ACO offrirait un premier maillage national, obligatoire pour les hôpitaux et les médecins Medicare [5]. Ces grands groupements pourraient s'appuyer sur différents modèles d'organisation et de financement des soins, notamment les maisons de santé au niveau des structures de soins primaires. Les modèles de paiement à l'épisode de soins pourraient permettre de compléter ces dispositifs en proposant une prise en charge transversale des patients pour certains problèmes de santé.

Cette approche semble d'autant plus intéressante qu'une étude a mis en évidence une forte complémentarité entre les ACO et les maisons de santé. Les auteurs montrent que les premières étapes de développement des ACO portent généralement sur la transformation de l'organisation des soins primaires avec des investissements financiers et humains portant sur les personnels, le développement d'infrastructures et de systèmes d'information. En effet, la constitution d'équipes de soins primaires est centrale dans la stratégie des ACO car elles constituent l'avant-garde du secteur hospitalier et jouent ainsi un rôle important dans les soins permettant d'éviter des hospitalisations, des réadmissions dans les trente jours ainsi que des passages aux urgences (orientation des patients, gestion des maladies chroniques, etc.). Cette priorité donnée à la transformation des soins primaires s'appuie sur le développement de maisons de santé au sein des ACO. Ainsi, 60 % des ACO de l'échantillon ont pour objectif de développer des maisons de santé certifiées afin d'améliorer le fonctionnement des services de soins primaires.

Face à ces enjeux, des discussions sont conduites au Congrès pour un déploiement plus stratégique des modèles du CMMI. La *Medicare Payment Advisory Commission*, une institution rattachée au Congrès des États-Unis qui a pour objectif de concourir à la détermination de la stratégie de financement et d'organisation du système de santé, propose par exemple trois solutions complémentaires pour harmoniser le portefeuille d'expérimentations :

- renforcer la complémentarité entre les modèles proposés autour d'objectifs stratégiques distincts afin de créer une synergie entre les modèles et limiter la concurrence entre les différents offreurs de soins. Cela contribuerait cependant à réduire la diversité des modèles testés et notamment ceux qui pourraient cibler des sous-groupes d'offeurs de soins, de territoires ou de patients ;
- développer des modèles de deuxième génération quand des éléments prometteurs ont été identifiés dans la version précédente. Cela permettrait d'améliorer la transparence des décisions de reconduire ou non un modèle et éviterait de relancer un modèle n'ayant pas démontré de résultats positifs précédemment. Néanmoins, cela limiterait dans le même temps le recul et la flexibilité nécessaires pour tester complètement des approches prometteuses ;
- supprimer la possibilité de modifier des caractéristiques des modèles après leur déploiement pourrait permettre de réduire le travail administratif lié à ces changements. Cela permettrait également d'offrir une plus grande visibilité aux offreurs de soins pour effectuer des investissements. Néanmoins, un plus grand nombre de participants pourraient décider de quitter les expérimentations avant la fin en cas de découverte de lacunes ou de difficultés liées au modèle. Le cas échéant, ces défauts liés au modèle pourraient contribuer à augmenter des dépenses évitables.

En avril 2021, la directrice du CMMI (Elizabeth Fowler) annonce que l'organisation est à un tournant de son histoire. Alors que plusieurs projets sont suspendus, deux principaux axes de réforme sont proposés afin de recentrer les expérimentations autour d'une stratégie. Il s'agit notamment de réduire le nombre de modèles afin de simplifier les évaluations et éviter les chevauchements et les concurrences autour des mêmes patients ainsi que de privilégier des modèles avec partage de risque et d'encourager plus fortement les offreurs de soins à y participer.

### 4.3 L'expérimentation de nouveaux modes de paiement en soins primaires dans le cadre de l'article 51

On peut illustrer cette approche en France à partir d'exemples concrets. L'un des champs qui fait l'objet de nombreuses expérimentations est celui des soins de ville et des soins primaires. Dans le cadre de l'article 51, plusieurs projets portent des modifications importantes des modes de financement, certains se substituant à des parts importantes du paiement de droit commun, visant à permettre des évolutions des pratiques à destination de différents publics cibles ([encadré 7](#), [encadré 8](#)). Ces expérimentations sont en cours et leurs évaluations ne sont pas encore disponibles, on ne peut donc préjuger de leurs résultats, mais on peut anticiper les questions que leur entrée dans le droit commun poserait si les évaluations produisaient des résultats justifiant leur généralisation. Au vu du champ concerné, le passage dans le droit commun de ces expérimentations peut s'envisager dans le cadre de la convention des professions concernées ou de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les formes de paiement collectif. Elles ne peuvent cependant pour aucune d'entre elles constituer la seule modalité de financement des activités considérées, mais des options choisies par un nombre plus ou moins important de professionnels. Cela dessine un premier niveau de modularité potentiel au sein des professions et organisations concernées.

L'une des tâches majeures de l'évaluation de ces nouveaux modes de paiement va donc être d'identifier, là où c'est possible, les modules qui seraient nécessaires au passage de ces expérimentations dans le droit commun. À travers ces modules et leurs diverses modalités se dessinent le contour d'une régulation plus modulaire et susceptible de laisser aux acteurs le choix dans leur organisation. La modularité doit cependant demeurer lisible et gérable afin d'assurer le bon fonctionnement du système de santé. Ces questions devront donc en temps utile être posées aux partenaires conventionnels et au législateur pour en assurer la pertinence et la bonne marche opérationnelle.

L'existence d'expérimentations dûment évaluées constituera à ce titre une base précieuse pour mener et accompagner ces réflexions de manière pertinente. Un cadre expérimental demeurera sans doute nécessaire pour pouvoir continuer à

faire évoluer le cadre de manière incrémentale et pragmatique, l'expérience des projets de l'article 51 montrant que les changements de modes de paiement entraînent des transformations bien plus profondes des organisations et que leurs effets doivent être testés et ajustés. L'expérimentation et son évaluation ne doivent pas être ici considérées comme un dérivatif ou une manœuvre dilatoire, mais une étape très souvent nécessaire, voire indispensable à la compréhension des mécanismes et à l'ajustement des modèles testés, rien ne valant en la matière la confrontation au réel, comme le font de nombreux autres systèmes de santé.

Tous les sujets ne relèvent pas pour autant d'un besoin d'expérimentation et certaines évolutions pourront utilement être généralisées. Les échanges menés avec les États-Unis, l'Angleterre et l'Allemagne soulignent de manière forte ce besoin et la nécessité de pouvoir tester des modèles avant de les mettre en pratique et éventuellement les généraliser de manière effective.

## ENCADRÉ 7

# EXPERIMENTATION IPEP (INCITATION A UNE PRISE EN CHARGE PARTAGEE) MENEES DANS LE CADRE EXPERIMENTAL DE L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2018

## Principes et déroulé de l'expérimentation Ipep

### *Objet de l'expérimentation*

L'Assurance Maladie et le ministère des Solidarités et de la Santé ont lancé, en 2019, l'expérimentation d'une « incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) dans le cadre du dispositif des expérimentations innovantes en santé de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

L'expérimentation Ipep a pour objet à la fois la mise en place de nouvelles formes d'organisations pluriprofessionnelles centrées autour de la prise en charge d'une patientèle donnée et l'instauration d'un nouveau modèle de financement reposant sur un intéressement collectif versé à cette organisation sur la base d'objectifs de qualité et d'efficacité des dépenses.

L'objectif stratégique du projet Ipep est d'améliorer l'état de santé de la population, le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et l'efficacité des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. Le projet Ipep vise également la structuration de l'offre de soins ambulatoires (notamment le premier recours) et le décloisonnement des acteurs entre les secteurs sanitaire (ville-hôpital), médico-social et social.

Le principe est qu'un groupement de professionnels de santé volontaires se constitue sur un territoire et définit des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle. Les acteurs sont libres de définir les actions à mener sous réserve qu'elles visent à améliorer l'accès aux soins sur le territoire, la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital, la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention et la promotion de la santé. Selon les résultats des différents indicateurs de qualité et sur la base des gains d'efficacité générés, ce groupement pourra être intéressé financièrement.

### *Groupements de professionnels de santé*

Le groupement d'acteurs en santé peut prendre différentes formes (maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), groupement de MSP, centre de santé, communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS, comité ville-hôpital, etc.) et doit comprendre des médecins traitants dont la patientèle globale est supérieure à 5 000 patients.

L'expérimentation est d'initiative nationale et s'appuie sur vingt-neuf groupements répartis dans quatorze régions, comptant au total 460 000 patients.

Elle propose un modèle qui s'applique à des projets variés, à l'initiative de professionnels libéraux, d'établissements de santé, ou encore de dispositifs de coordination de type plateforme territoriale d'appui (PTA), et impliquant des volumes de patientèle très différents (de 5 000 patients à plus de 100 000). Certains groupements s'engagent dans des modifications organisationnelles au bénéfice de leurs patientèles globales, tandis que d'autres concentrent leurs actions à destination de sous-populations aux besoins plus spécifiques. Cette diversité de configurations représente une opportunité de pouvoir observer et analyser à quelles conditions le modèle Ipep s'avérera pertinent, dans la perspective d'une généralisation éventuelle du modèle.

### *Principe du financement*

L'incitation est un nouveau mode de financement :

- complémentaire aux modes de rémunération de droit commun (à l'acte ou à l'activité) ;
- conditionné à l'atteinte d'objectifs sur la qualité et la maîtrise des dépenses ;
- sans sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés ;

– versé à un groupement d'acteurs, libre dans l'utilisation qui en est faite.

Les modalités de financement sont évolutives sur les cinq années d'expérimentation pour tenir compte du temps d'initiation des projets et de la durée nécessaire pour constater des résultats : un budget est d'abord versé aux groupements pour le lancement de leur projet, puis les indicateurs de qualité et les gains d'efficience sont valorisés indépendamment pour finalement aboutir à une valorisation des gains d'efficience modulée par la qualité.

#### *Mise à disposition de données aux professionnels de santé*

L'approche populationnelle sous-tendue par l'expérimentation Ipep diffère de l'approche clinique par le fait qu'elle aborde les problématiques de santé à l'échelle d'une population ou d'une patientèle et non pas des individus. Dans ce cadre, l'exploitation des données disponibles à un niveau populationnel revêt un caractère primordial, alors même que ce type d'usage est encore peu développé chez les professionnels de santé. Aussi, des données issues du système national des données de santé (SNDS), décrivant la patientèle du groupement, sont mises à sa disposition annuellement tout au long de l'expérimentation. Ces données permettent au groupement d'identifier les particularités de sa patientèle relatives aux caractéristiques sociodémographiques, à l'état de santé, aux dépenses d'assurance maladie et aux parcours des patients, de révéler les segments où il existe des marges d'efficience et de suivre dans le temps l'impact des actions engagées collectivement. Outre la mise à disposition de ces données, certains groupements ont exprimé leur intention de s'attacher les services d'un département d'information médicale (DIM) afin d'analyser les données disponibles dans leurs propres systèmes d'information, ce qui était jusqu'à maintenant exceptionnel pour des professionnels de ville, et qui peut s'envisager avec ces nouvelles formes d'organisations.

#### **Articulation avec les CPTS**

Au regard de certains enjeux communs, le déploiement concomitant des CPTS et de l'expérimentation Ipep doit nécessairement amener à créer des ponts entre ces deux dispositifs. À ce titre, les démarches analytiques engagées dans Ipep au travers des données populationnelles devraient pouvoir servir de laboratoire dans l'objectif d'une utilisation plus large dans le cadre des CPTS.

La majorité des groupements sont implantés sur des territoires où se sont constituées des CPTS, avec des niveaux de maturité variés et plusieurs groupements sont portés par ces CPTS. Le projet Ipep doit donc s'articuler avec celui des CPTS afin d'augmenter l'impact des actions menées et de faciliter leur visibilité. Cette articulation est naturelle dans le cas des projets Ipep portés par une CPTS. Elle est en revanche à construire par le porteur quand ce n'est pas le cas. Lorsque le groupement est une MSP, le projet Ipep peut constituer un observatoire pour une CPTS en devenir.

#### *La mobilisation des patients*

Les organisations qui ont vocation à mettre en œuvre une expérimentation Ipep portent une vision renouvelée de la place du patient. Ainsi, les groupements proposent différentes actions visant à renforcer l'information du patient, à développer ses compétences pour mieux vivre avec sa pathologie, mais aussi pour certains, à l'intégrer dans les instances de gouvernance et groupes de travail.

L'expérimentation Ipep prévoit un recueil systématisé de l'expérience patient par le biais d'un questionnaire envoyé par e-mail, dont les résultats participent au calcul de l'intéressement. Ce questionnaire invite les patients à donner leur avis sur le suivi de leur santé et de leurs soins, et notamment sur la façon dont les professionnels de santé de leur équipe soignante échangent avec eux et se transmettent les informations.

#### **Calcul de l'intéressement collectif**

##### *Évaluation de la maîtrise des dépenses d'un groupement*

L'évaluation de la maîtrise des dépenses permet de mesurer l'impact des actions mises en place par un groupement sur les dépenses d'assurance maladie de sa patientèle et de rétribuer le groupement d'une partie des résultats financiers de ces actions.

Les gains d'efficience sont définis comme les économies de dépenses d'assurance maladie (ou moindres dépenses) générées par un groupement, mesurées sur sa patientèle « médecin traitant ».

Afin d'évaluer ces gains d'efficience, la dépense moyenne des patients du groupement est comparée à la dépense moyenne nationale, pour l'année considérée. Les dépenses prises en compte sont celles relatives à l'ensemble des soins de ville et séjours hospitaliers remboursés par l'Assurance Maladie. Cette comparaison s'appuie sur un ajustement au risque à partir des caractéristiques des patients, décrit brièvement ci-dessous, nécessaire pour assurer la comparabilité entre les dépenses du groupement et les dépenses nationales.

Le calcul des gains d'efficience réalisés par les groupements s'appuie à la fois sur l'écart entre la dépense du groupement et la dépense nationale, dans une approche statique, et sur l'évolution des dépenses du groupement en comparaison de l'évolution des dépenses nationales, dans une approche dynamique.

##### *Ajustement au risque*

L'ajustement au risque permet de tenir compte des caractéristiques des patients des groupements et de leur territoire, susceptibles d'engendrer des niveaux de dépenses qui s'éloignent du niveau national sans que cela ne puisse être attribuable aux professionnels du groupement. L'enjeu est d'être capable d'appréhender les gains d'efficience réalisés par un groupement quels que soient le profil de sa patientèle et le territoire sur lequel il évolue.

Dans cet objectif, un modèle d'ajustement est développé afin de prédire les dépenses annuelles individuelles par les caractéristiques sociodémographiques des patients, leur état de santé et l'accessibilité au soin sur leur commune de résidence. Un correctif départemental est également appliqué pour tenir compte des disparités de niveaux de dépenses sur le territoire. Sur la

base de ce modèle d'ajustement, une dépense est estimée pour chaque patient du groupement. La moyenne de ces dépenses estimées correspond à la dépense qui aurait été observée au niveau national pour la prise en charge de patients aux caractéristiques similaires à ceux du groupement. C'est à cette valeur que la dépense du groupement est comparée.

#### Mesure du service rendu au patient – Indicateurs de qualité

La mesure du service rendu au patient permet de garantir que les efforts réalisés en matière de maîtrise des dépenses ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charge et permet d'inciter les professionnels à proposer une amélioration continue de la qualité.

Les dix indicateurs retenus pour objectiver l'amélioration du service rendu au patient répondent aux enjeux de décloisonnement et de structuration du premier recours portés par l'expérimentation. Afin de garantir leur applicabilité à la diversité des organisations mises en place, ces indicateurs sont transversaux. Leur pertinence clinique n'est donc pas attachée à une pathologie en particulier. De plus, le choix des indicateurs a été guidé par le critère d'imputabilité à un groupement d'acteurs.

La valorisation financière des indicateurs passe par l'appréciation de deux dimensions : le niveau atteint par rapport à une cible commune pouvant être ajustée aux caractéristiques des patients, et la progression des résultats du groupement d'une année à l'autre si la cible n'est pas atteinte. Un bonus associé à l'expérience patient vient s'ajouter au score obtenu.

Au-delà d'une valorisation financière, l'objectif de ces mesures de la qualité est de fournir aux groupements des outils de suivi dans une logique de pilotage par la qualité.

### 4.4 Articuler les incitatifs pour une cohérence d'ensemble

L'une des clés de la viabilité d'un système modulaire est de disposer d'incitatifs cohérents permettant d'aligner les différents modèles de paiement autour d'objectifs communs valables à l'échelle du système aussi bien que celui des organisations et des professionnels de santé. Si l'on multiplie les niveaux d'organisation et les incitatifs le risque est grand que la résultante soit inefficace, voire que les différents modèles se concurrencent entre eux. Le choix du niveau auquel l'application de ces incitatifs est positionné est donc très important [4].

Cela vaut particulièrement pour les incitatifs à la qualité ou la performance à deux niveaux : 1/ la multiplication de ces incitatifs, pour éviter la redondance et les paiements multiples pour un même objet cherchant à mobiliser des indicateurs toujours différents. C'est pertinent dans certains cas, mais cela rend le système moins lisible et envoie un signal peu clair aux acteurs ; 2/ ces dispositifs reposent sur des indicateurs statistiques la plupart du temps et sont donc sensibles à l'échelle de taille de la population concernée. Un indicateur de réhospitalisation pour des patients insuffisants cardiaques est un indicateur extrêmement pertinent dans l'absolu. Si on l'applique à un département on pourra avoir des résultats intéressants dont la variation pourra témoigner d'une réelle évolution de la prise en charge. Si on l'applique à la patientèle d'un médecin généraliste qui a en moyenne douze patients insuffisants cardiaques, on voit qu'une variation de l'indicateur résulte plus à cette échelle de l'aléa statistique que d'une réelle amélioration de la qualité des soins.

La construction d'un modèle d'intéressement valide statistiquement et susceptible de satisfaire l'intérêt de la santé publique, des patients et des professionnels de santé est un sujet au cœur des *Accountable Care Organizations* (ACO), dont la déclinaison expérimentale en France est envisagée dans le projet Ipep (encadré 7). L'application du modèle à cette échelle permet d'envisager des travaux statistiques robustes et équitables permettant d'inciter les acteurs à s'organiser à un niveau territorial pour poursuivre collectivement un objectif partagé de qualité et d'efficacité, matérialisé par cet intéressement dans une logique de responsabilité populationnelle, sans remettre en cause leur modalité de financement de base. L'échelon territorial semble particulièrement adapté et certaines communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) engagées dans l'expérimentation Ipep trouvent à travers ces modalités un moyen efficace de construire et outiller leurs projets.

#### ENCADRÉ 8

### EXEMPLES D'EXPERIMENTATIONS MENEES DANS LE CHAMP DES SOINS DE VILLE AVEC L'ARTICLE 51

#### Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps)

L'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) s'inscrit dans le cadre général du dispositif des expérimentations innovantes en santé de l'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018.

L'objectif de cette expérimentation est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle (médecins généralistes – MG – ou infirmiers diplômés d'État – IDE) pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe au profit de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins ainsi que l'optimisation de la prise en charge des patients.

Une équipe est constituée au minimum de 5 médecins généralistes et IDE, dont au moins 3 médecins généralistes et 1 IDE. L'équipe choisit la patientèle « médecin traitant » (totale, diabétique ou âgée définie dans le cadre de l'expérimentation comme étant les patients de 65 ans et plus ou les patients ayant entre 50 et 64 ans en affection de longue durée pour maladie neurodégénérative : ALD 15, 16 et/ou 25) pour laquelle ses actes seront substitués ainsi que le forfait (MG ou MG-Idel) sur lequel elle souhaite basculer.

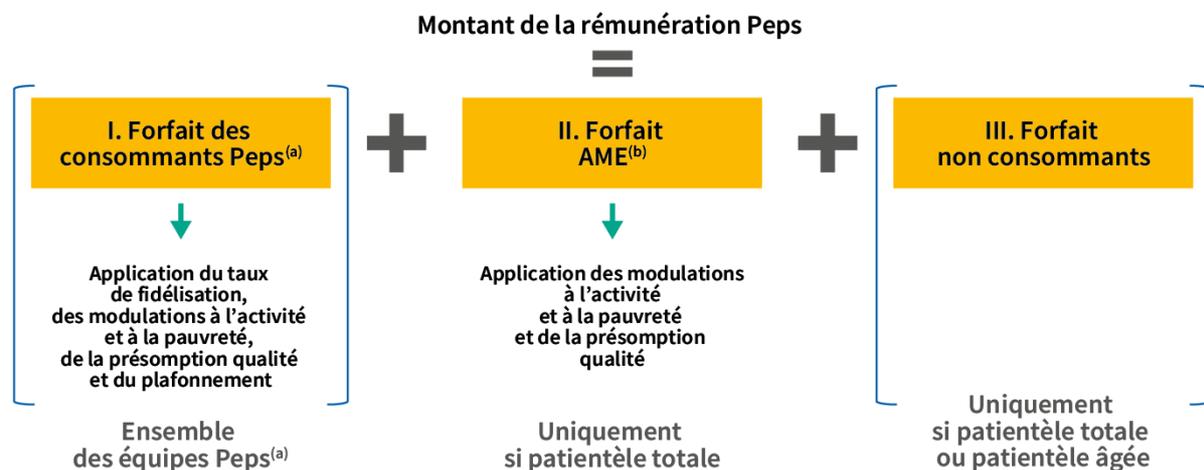
Les indemnités kilométriques, les actes techniques ainsi que les soins réalisés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ne font pas partie du périmètre des actes substitués dans Peps. Ils doivent donc continuer d'être facturés dans le droit commun.

La rémunération Peps est constituée de trois composantes : la composante des patients « médecin traitant » consommateurs, la composante des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et la composante des patients « médecin traitant » non consommateurs (figure 15). Cette rémunération est différente selon le type de patientèle et le type de forfait choisi par l'équipe et se calcule en deux temps :

- calcul en fonction des caractéristiques des patients des équipes Peps via une régression multiple ;
- calcul en fonction des caractéristiques des équipes Peps via la mise en place de modulations (activité, pauvreté et qualité).

**FIGURE 15**

### Schéma explicatif du calcul de la rémunération Peps



(a) Peps : paiement en équipe de professionnels de santé

(b) AME : aide médicale d'État

Source : Cnam

#### Ipsos santé – « nouveau contrat médecin traitant »

Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, le projet Ipsos, porté par quatre cabinets médicaux de ville en soins primaires composé de médecins généralistes et de sages-femmes, expérimente la mise en place d'une nouvelle prise en charge de leurs patients « médecin traitant », fondée sur un « nouveau contrat médecin traitant ».

Ce contrat sous-tend d'une part que le patient consulte spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle et, d'autre part, que le médecin réalise une évaluation globale du patient, partagée avec ce dernier. Il propose également des programmes de prévention adaptés, en étant plus disponible, notamment par messagerie. L'enjeu autour de la coordination de ce projet repose sur un travail d'équipe très poussé, afin de construire un plan de prise en charge adaptée et évolutif par patient, rendu notamment possible grâce à la mise en place d'un système d'information performant de partage entre les professionnels d'Ipsos.

La mise en place de cette nouvelle organisation repose sur un nouveau mode de rémunération, à savoir un forfait annuel par patient basé sur les dépenses nationales, moyenné la première année, c'est-à-dire le même forfait quel que soit le patient, puis différencié selon les caractéristiques médicales et socio-économiques des patients dans un second temps, afin d'affiner la prise en charge. Ce forfait est donc 100 % substitutif au paiement à l'acte des médecins, sur une liste d'actes bien spécifiques, comprenant principalement les consultations/visites et majorations/compléments associés, ainsi que quelques actes techniques. Ce forfait intègre également les montants de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp), du forfait structure et du forfait patientèle « médecin traitant » des médecins généralistes d'Ipsos et est ajusté en tenant compte d'un taux de fidélisation pour ne prendre en compte que les soins exécutés par l'équipe du projet. Une clause de sauvegarde vient garantir l'absence de baisse de chiffre d'affaires du groupe d'intérêt économique (GIE) Ipsos la première année, par rapport au paiement à l'acte auquel le forfait se substitue.

La coordination entre médecins généralistes s'accompagne de partenariats avec des professionnels extérieurs pour des prises en charge spécifiques de certains patients (psychologue, diététicien, etc.), qui se traduit financièrement pendant deux ans par une

enveloppe bornée annuelle supplémentaire pour l'équipe. Cette enveloppe peut également servir à remplir des missions de types : activités de soins, éducation thérapeutique, coordination, système d'information, services additionnels aux patients.

### **Structure libérale légère (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques**

Une structure libérale légère (SLL) est une organisation souple, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, flexible et sur le long terme, des patients nécessitant une réhabilitation cardiaque. Cette prise en charge se substitue à une réhabilitation en soins de suite et de réadaptation (SSR), en étant réalisée en ville, à proximité des lieux de vie des patients et avec des plages horaires élargies matin et soir. Ainsi, cette organisation facilite ces soins, que les patients n'auraient sans doute pas effectués sinon. La coordination est au cœur de ce projet qui fait intervenir différents acteurs, s'apparentant alors à des équipes de soignants libéraux en exercice coordonné, travaillant ensemble au service d'une prise en charge commune.

Le lieu d'exercice de la SLL est le cabinet de groupe de cardiologues ou une clinique ou un hôpital, requérant un certain nombre de prérequis, tels qu'une salle de déchoquage, une convention avec le service d'aide médicale urgente (Samu), une(des) salle(s) avec des équipements sportifs adaptés, du matériel notamment d'urgence (défibrillateur, oxygène) et la présence systématique d'un cardiologue. Cette structure est alors constituée a minima de trois cardiologues, d'un kinésithérapeute, d'un infirmier diplômé d'état (IDE), d'un diététicien, d'un psychologue, d'un médecin addictologue, d'un éducateur thérapeutique (IDE ou aide-soignant diplômé éducation thérapeutique) et d'un éducateur sportif. Une coordination forte a lieu entre IDE ou assistant social (AS) et le cardiologue pour le suivi médical des soins. Quant à la coordination du parcours du patient, il est pris en charge par l'IDE ou l'AS et l'équipe de soins primaires.

Des entretiens individuels avec le patient et l'ensemble des parties prenantes de prise en charge ont lieu en début et fin de parcours. Le secrétaire a également un rôle de coordination plus administrative tant auprès des professionnels, qu'auprès des patients. Au cours de la prise en charge, les soins relèvent de séances collectives, portées par les mêmes professionnels, ainsi que des séances d'éducation thérapeutique réalisées par un kinésithérapeute ou un éducateur sportif. La vingtaine de séances se déroule théoriquement sur 1 à 2 mois, mais il semble que l'impact de la Covid-19 ait allongé la durée de la prise en charge.

Cette prise en charge socle est formalisée financièrement par un forfait moyen par patient. Ces soins peuvent être complétés par une prise en charge plus poussée selon les besoins du patient, sous forme de séances additionnelles exécutées par un kinésithérapeute ou d'éducateur sportif et d'éducation thérapeutique, qui se traduit par un forfait complémentaire. Ce type d'organisation requiert une harmonisation des pratiques, afin d'assurer la cohérence et la qualité des soins, qui s'acquiert via de la formation initiale et continue.

### **RSMO – suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de la Loire (cahier des charges publié au registre des actes administratifs du 26 juillet 2019)**

Cette expérimentation est proposée par la maison de santé pluriprofessionnelles (MSP) RSMO (quartier Ouest du Mans) pour pallier aux problématiques de désertification médicale, d'isolement et d'inégalité d'accès aux soins des patients du territoire concerné. Il s'agit de la mise en place d'un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmier de la MSP pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. Des infirmiers du territoire non-membres de la MSP mais ayant des patients dont le médecin traitant est membre de la MSP peuvent s'ils le souhaitent participer au projet.

Le médecin de la MSP ne se déplace plus au domicile du patient tous les mois ou deux mois mais une à deux fois par an. Dans l'intervalle, c'est l'infirmier du patient qui assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin qui décide de la procédure à suivre. Tout symptôme ou événement nouveau fait l'objet d'un signalement au médecin qui décide de la conduite à tenir. En tout état de cause, l'infirmier ne prend pas seul la décision d'une modification du traitement du patient et fait valider par le médecin la décision de poursuite du traitement. Une visite initiale avec le médecin, l'infirmier, les aidants et éventuellement les aides à domicile permet de compléter une fiche d'évaluation et de définir le plan de suivi du patient pour l'année, adapté aux problématiques tant médicales que sociales ou environnementales. Chaque année, l'infirmier visite la personne malade et son aidant avec le médecin, met à jour le plan personnalisé de soins et le soumet en réunion de coordination pluriprofessionnelle.

Ainsi, tout passage de l'infirmier donne lieu à une coordination de soins et toutes les observations de l'infirmier sont notées dans le dossier médical du patient et sont transmises au médecin en temps réel via une application. Le système d'information est utilisé par l'ensemble des médecins et infirmiers membres du RSMO (qui ont tous la version coordination) à travers des formulaires dédiés. Ce système gère la coordination de soins, la gestion des réunions de concertation disciplinaire (RCP) et les messageries sécurisées. Il existe une version « nomade » sécurisée sur smartphone ou tablette, utilisable au lit du patient (agrée par l'agence régionale de santé – ARS). Ce système d'information peut communiquer les informations au dossier médical partagé (DMP).

Le financement retenu est un forfait global annuel par patient correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée (visites conjointes, visites à domicile de l'infirmier et temps de coordination).

### **Équilibres – équipes d'infirmières libres responsables et solidaires (cahier des charges publié au Journal officiel du 18 juillet 2019)**

Cette expérimentation, portée par l'association loi 1901 Soignons Humain, propose de recentrer les soins infirmiers sur la personne grâce à la mise en place d'un tarif uniforme forfaitaire au temps passé auprès des patients (au lieu de la tarification en fonction des actes réalisés) des infirmiers dispensant des soins à domicile, associé à une évaluation standardisée et régulière de la situation des patients. Ce mode d'exercice bénéficie en particulier aux personnes avec un handicap, une maladie chronique ou une perte d'autonomie liée à l'âge. Il vise à permettre aux équipes d'infirmières de consacrer le temps suffisant aux patients afin de développer leur autonomisation.

Cette proposition est largement inspirée du modèle développé en Hollande par *BuurtzorgTZORG* (« Soins de proximité » – organisation de soins infirmiers à domicile, à but non-lucratif, fondée aux Pays-Bas en 2007 par un infirmier cadre de santé, Jos de Blok).

L'expérimentation envisagée consiste ainsi à ouvrir sur les territoires identifiés (en Hauts-de-France, Occitanie et Île-de-France) la possibilité pour les professionnels infirmiers libéraux ou salariés en centres de soins infirmiers adhérant à la démarche proposée par la signature de la charte Équilibres :

- de bénéficier d'une rémunération dérogatoire à la nomenclature d'actes en vigueur, basée sur un principe de tarification unique au temps passé auprès du patient ;
- ce tarif uniforme a vocation à couvrir à la fois les interventions réalisées auprès des patients (domicile ou cabinet) et les temps de trajet entre patients, ainsi que les temps de coordination intra-équipe, les interactions avec les autres professionnels de santé mis en jeu, et les autres acteurs sociaux ou médico-sociaux, les formations professionnelles, et les temps de congés ;
- en échange d'un engagement à un exercice collectif et des prises en charge centrées sur les patients, holistiques et coordonnées. Chaque équipe de soins doit se réunir régulièrement, a minima toutes les deux semaines, pour un partage de pratiques professionnelles et un échange à propos des situations le nécessitant. Un référent par équipe est désigné pour chaque patient. Ce référent est chargé de la bonne tenue du dossier de soins informatisé, ainsi que de la qualité et de la régularité des interactions avec les autres professionnels de santé ou structures mis en jeu dans le parcours de soins du patient. Il assume, lorsque c'est nécessaire et possible, la fonction de gestion de cas de proximité. Cela ne remet pas en cause le rôle des gestionnaires de cas de Maia (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), mais a vocation à constituer une complémentarité de compétences et d'actions au service du patient et de son entourage.

À noter que dans le cadre du dispositif expérimental, afin d'établir et de maintenir dans la durée les relations professionnelles fructueuses et satisfaisantes requises pour atteindre les objectifs de qualité des soins, les équipes d'infirmiers sont formées à l'auto-organisation, et bénéficient d'un accompagnement en facilitation d'équipe fourni par un tiers compétent.

#### 4.5 Le cas particulier des parcours de soins et des organisations complexes transversales

Les parcours de soins et les coopérations ville-hôpital demeurent en l'état un champ beaucoup plus complexe à modéliser. De nombreux projets issus de réseaux de soins peuvent s'apparenter à des équipes de soins autour d'un patient ou d'un parcours de soins, sans être formalisées au sein d'une structure dédiée. Le passage de ces organisations dans le droit commun – si l'évaluation apporte des arguments sur l'intérêt d'un tel passage – peut difficilement s'envisager autrement que comme une coopération entre acteurs existants dont la participation à ce parcours n'est qu'une facette souvent limitée de leur activité. Les exemples des microstructures médicales addictions (MSMA), du *Dijon Vascular Project* (Diva) ou autres illustrent bien cette thématique.

La question qui se posera dans ce cas est relative aux modalités de constitution et de financement de ces équipes. Si on considère qu'aucun moyen de financement spécifique n'est nécessaire ou si l'évaluation le démontre, il n'y a pas lieu de modifier le droit commun, autrement dit un forfait au parcours n'est pas une somme de paiements à l'acte qui se trouvent être consacrés au même patient. Si à l'inverse le mode de paiement est un moyen de lier l'intérêt à agir des acteurs autour d'un financement partagé dans son montant ou ses modalités, du moins partiellement, alors, de nouveaux modes de paiement doivent être généralisés (figure 14). On peut encore difficilement envisager d'avoir un mode de paiement pour chaque parcours. Les expérimentations de l'article 51 apporteront ainsi des pistes de réflexion intéressantes parce qu'éprouvées avec succès ou non sur le terrain.

Plusieurs éléments apparaissent aujourd'hui indispensables pour envisager le passage de ces objets dans le droit commun tout en conservant une approche parcimonieuse en termes de complexité.

En particulier, quatre peuvent être listés :

- le partage de paiement entre différents acteurs d'un même forfait, contribuant à un parcours de soins tout en appartenant à des structures différentes (par exemple un cabinet infirmier libéral et un CHU) ne peut se faire sans l'existence de structures « concentratrices de paiement ». Ces modalités développées dans l'article 51 permettent de résoudre de nombreux problèmes opérationnels. Ces structures peuvent être selon les projets l'un des acteurs du parcours (maisons de santé pluriprofessionnelles – MSP –, équipes de soins – ES –, dispositifs d'appui à la coordination – DAC), mais ces fonctions sont variables et les contraintes peuvent être nombreuses pour les acteurs. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourraient dans certains cas jouer utilement ce rôle. Il s'agit là d'un élément clé de la faisabilité du passage à grande échelle de ces modèles. Une réflexion large sur les modalités de ces structures est indispensable pour assurer aux acteurs une sécurité et une lisibilité. Sur la base des retours d'expérience des premiers projets de l'article 51, le contour de cette fonction pourrait être défini ;
- les structures juridiques et leurs conditions financières et fiscales de fonctionnement sous-jacentes à ces organisations sont un prérequis indispensable à leur généralisation, à l'instar de la création des Sisa rendue nécessaire pour permettre le passage dans le droit commun des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). La différence résidant dans la diversité des sujets et parcours est à porter dans ce cadre ;

- une réflexion sur l'évolution des systèmes d'information et outils métiers utilisés dans ces modes d'organisation et de financement. La mise en place de ces modes de paiement peut remettre en cause de manière importante les différents flux d'informations et de données, par exemple lorsqu'un forfait vient se substituer à un acte. Les expérimentations de l'article 51 explorent de manière systématique ces dimensions qui constituent un enjeu clé dans les phases expérimentales mais aussi au-delà ;
- les nouveaux métiers induits par ces nouvelles organisations. Qu'il s'agisse de métiers de la donnée, de l'organisation ou de gestion, l'étude, l'observation et le soutien de la création de ces métiers constituera un enjeu clé de la viabilité des modèles et de la capacité du système à les absorber.

## 6. RÉFÉRENCES

[1] *Medicare Payment Reform's Next Decade: A Strategic Plan For The Center For Medicare And Medicaid Innovation* [Internet]. *Health Affairs Blog*. 2020. Disponible sur: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20201216.672904/full/>

[2] *Chernew M. E. A Path Forward for Alternative Payment: Build a Portfolio Not a Garden. JAMA Health Forum*. 6 mai 2021;2(5):e210232.

[3] *Smith B. CMS Innovation Center at 10 Years — Progress and Lessons Learned. N Engl J Med*. 2021;384(8):759-764.

[4] *Navathe A. S., Boyle C. W., Emanuel E. J. Alternative Payment Models—Victims of Their Own Success? JAMA*. 21 juill 2020;324(3):237.

[5] *Berwick D. M., Gilfillan R. Reinventing the Center for Medicare and Medicaid Innovation. JAMA*. 2021;325(13):1247.