



## **NOTE DE LA FFMPs**

***A propos du PLFSS pour 2013  
et de l'extension des nouveaux modes de  
rémunérations sur tout le territoire***

***Pour faciliter une amélioration des soins par un  
exercice coordonné  
des équipes de soins de proximité***

*Pour la FFMPs,  
Pierre DE HAAS, Président  
06 07 75 39 50*

Le 7 octobre 2012

## **Le dossier du PLFSS 2013 propose :**

*Le développement des équipes de professionnels de proximité pour assurer de nouveaux services aux patients : prévention, éducation thérapeutique, dépistage...  
Une négociation conventionnelle sur la rémunération associée à ces services en permettra le déploiement à partir de septembre 2013*

Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé précise dans son intervention de présentation du PLFSS 2013 le 1er octobre 2013 :

*La généralisation d'une rémunération au forfait pour les équipes de soins de proximité.*

## **Les équipes de soins de proximité**

Les équipes de soins de proximité sont des équipes de soins de premier recours exerçant sur un même territoire et appelées à se coordonner pour délivrer de nouveaux services aux patients : prévention, éducation thérapeutique, dépistage organisé, mais aussi meilleur suivi grâce à la coordination, utilisation d'un même système d'information, protocolisation des soins, portage de cas complexe, établissement de plan personnalisé de soins, coordination avec l'hôpital.

## **Nombre d'équipes de soins de proximité coordonnées fin 2012**

En France, plus de 450 maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels sont constitués pour assurer des soins de premier recours et de proximité, et nous estimons à près d'un millier le nombre de projets. Cela signifie que 3% de professionnels exercent de cette manière, et que ce seront 10% dans 2 ans. Etant donné l'engouement actuel de la jeune génération pour ce mode d'exercice d'une part, la volonté des seniors de modifier leurs conditions d'exercice d'autre part, nous pensons que nous pouvons atteindre 25 à 30% dans les 5 ans. Surtout si nous sommes aidés par une incitation politique fléchant des modes de rémunération sur ce mode de fonctionnement.

## **La généralisation d'une rémunération au forfait pour les équipes**

Nous expérimentons depuis début 2010 de nouveaux modes de rémunérations pour les équipes de soins de proximité dans le cadre de l'ENMR, expérimentation de nouveaux modes de rémunérations inscrite dans l'art. 44 de la LFSS pour 2008.

Cette expérimentation est constituée de 4 modules dont le plus important est le module 1 puisque c'est celui qui permet de rémunérer les temps de coordination dans l'équipe de soins de proximité. Ce sont à ce jour 155 équipes qui en bénéficient en France dont une

centaine d'équipes libérales et une cinquantaine environ de 50 centres de santé. Les premiers résultats de l'évaluation menée par l'IRDES sont attendus. La démonstration a été faite très largement à travers d'autres systèmes de santé que la coordination dans une équipe de soins de premier recours et de proximité est un facteur de qualité et d'économie. Différentes organisations comme celles des Veterans ou Kayser aux Etats-Unis ont démontré ces points. Le développement des Patient Centered Medical Home (PCMH) toujours aux Etats-Unis vient appuyer cette assertion sur de très nombreuses publications. Le début du développement des maisons et pôles de santé en France, par le travail en coordination des équipes de proximité va dans le même sens.

## Les enjeux et les obstacles rencontrés par ces équipes de soins de proximité en France

Pour que des équipes de proximité puissent travailler autour des patients de manière coordonnée, elles nécessitent 3 éléments :

- **Un système d'information partagé.** Le partage d'information dans l'équipe de soins de proximité a été permis par la loi du 10 août 2011. Les points techniques sont en cours de résolution avec les éditeurs en France et cela doit être acquis d'ici la fin de l'année 2012
- **Une protocolisation des soins** permettant au patient d'obtenir des messages identiques des différents professionnels et de définir des objectifs partagés par l'équipe de soins. Un travail avec l'HAS a permis de développer des protocoles de soins en équipe de soins de premier recours. Reste l'appropriation par les professionnels et la FFMPs travaille dans ce sens.
- **De nouveaux modes de rémunération** forfaitaire pour les activités de coordination, de prévention et autres activités non cotées et non remboursées. Cet obstacle a été surmonté sur deux points :
  - o **L'expérimentation des nouveaux modes de rémunération** pour plus de 150 équipes en France
  - o **La création des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires SISA** par la loi du 10 août 2011 qui permettent les flux de rémunérations

## Les obstacles qu'il faut encore vaincre

L'ENMR, processus expérimental devait se finir fin 2012. La LFSS pour 2012 l'a prolongé jusqu'en fin 2013. Il devient nécessaire de définir un cadre pérenne pour ces équipes.

Le développement de l'exercice regroupé des équipes de proximité étant en pleine expansion, il devient nécessaire de fournir un nouveau cadre de rémunération pour celles qui désirent fournir des soins coordonnés à leurs patients, et si nous voulons consolider ces nouvelles pratiques.

## Aspects économiques

### Coût à ce jour

Dans le cadre de l'ENMR, expérimentation des nouveaux modes de rémunération, ce sont 7,03 millions d'€ qui ont servi à indemniser 143 équipes pour le module 1 concernant la coordination des équipes. Cette rémunération ENMR est de l'ordre de 50.000 euros par an en moyenne pour une équipe d'une quinzaine de professionnels de santé de proximité du premier recours, dont 4,2 généralistes. Cette somme correspond à la seule coordination, hors forfaits pour des actions de santé publique ou d'éducation thérapeutique des patients.

### Pour 2013

L'ouverture de nouveaux modes de rémunération pourrait se faire au deuxième semestre 2013. Il faut effectivement le temps de peaufiner les conditions d'accès à ces rémunérations (cf annexe 3). Le nombre de maisons et pôles de santé est de l'ordre de 450 à ce jour et celui des centres de santé médicaux à 430. Soit environ 880 équipes constituées dont 150 bénéficient de l'ENMR. En cas d'ouverture au deuxième semestre 2013 et sur la même base que la rémunération actuelle, nous estimons les besoins maximaux à : (880 équipes -150 en ENMR) 730 équipes x 50.000 € en moyenne, soit une somme de 36,5 M€ année pleine, soit **18 M€ pour les 6 mois restant en 2013**.

### Coût à venir

Les calculs peuvent se faire de manière approximative par plusieurs approches, et trouvent un niveau assez proche dans différents pays pour inciter une nouvelle organisation des soins de proximité par les acteurs des soins de premier recours.

***Le coût d'une incitation à une nouvelle organisation des soins de premier recours centré sur qualité du système d'information et coordination des soins au sein de l'équipe, serait à terme de l'ordre de 800 millions d'€ par an en cas de généralisation. Sachant que le montant des honoraires des médecins généralistes (soins de premier recours) et auxiliaires médicaux est de 13 milliards d'€ annuel.***

Cependant, la montée en charge sera très progressive, puisque ce sont environ 10% à 15% des professionnels qui pourront postuler dans les deux années à venir (450 MSP existantes + 430 centres de santé environ et 1.000 projets).

## Annexe 1

### **Un rapide état des lieux des soins de proximité**

**1 - L'exercice des professions de soins de premier recours ou de proximité manque de coordination** pour plusieurs raisons : une formation individuelle qui ne prépare guère au travail en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, des systèmes d'information obsolètes, une organisation du travail souvent passéiste. L'absence de partage des savoirs et l'absence de travail coordonné sont des points marquants du travail des libéraux en ambulatoire.

**2 - La démonstration a été faite à travers d'autres systèmes de santé que la coordination est un facteur de qualité et d'économie.** Différentes organisations comme celles des Veterans ou Kayser aux Etats-Unis ont démontrés ces points. Le développement des Patient Centered Medical Home (PCMH) toujours aux Etats-Unis est conforme à ce point. Le début du développement des maisons et pôles de santé en France, par le travail en coordination des équipes de proximité va dans le même sens.

**3 - Des rémunérations focalisées sur les actes de soins qui ne motivent pas à la coordination des soins.** 93% de la rémunération d'un médecin généraliste concerne son activité de soins. C'est presque 100% chez les infirmières. Les temps de coordination dans l'équipe de soins de proximité ne sont donc pas rémunérateurs. Les activités de santé publique en dehors du soin (comme la santé populationnelle sur le territoire) ne sont pas prises en compte dans la rémunération.

**4 - La rémunération des professionnels de santé libéraux est hétérogène.** Un acte de soins honoré peut à la fois contenir des éléments très différents, se faire dans un contexte environnemental très différent, et aboutir à des résultats très différents. Que cet acte se fasse au plus près ou au plus éloigné des références ou recommandations actuelles, il est rémunéré de la même manière.

### **Des signes encourageants d'évolution des mentalités**

**Une dynamique de regroupement des professionnels de santé.** En France, plus de 450 maisons ou pôles de santé pluriprofessionnels sont constitués pour assurer des soins de premier recours et de proximité, et nous estimons à près d'un millier le nombre de projets. Dès le regroupement constitué, les premiers efforts de l'équipe portent régulièrement sur la coordination.

**Une expérimentation de nouveaux modes de rémunération qui connaît le succès.** L'expérience de nouveaux modes de rémunération (ENMR) connaît un succès important. Puisque 155 équipes de soins ont demandé à en être partie. Cette expérimentation conduit à une amélioration des systèmes d'information et de la coordination dans l'équipe des soins de premier recours.

## Annexe 2

### La tendance actuelle concernant les rémunérations

Les rémunérations des professionnels de santé de premier recours sont différentes selon leur profession. La rémunération à l'acte domine très nettement. Pour ce qui relève des médecins généraliste, on voit se dessiner une tendance sur 3 types de rémunérations :

- Paiement à l'acte
- Paiement à la performance
- Paiements forfaitaires

*La FFMPs préconise une augmentation progressive des rémunérations forfaitaires versées à l'équipe pour motiver le travail de coordination au sein de l'équipe et le travail de prise en charge de la santé de la population sur le territoire de l'équipe.*

### Les rémunérations forfaitaires

Plusieurs rémunérations forfaitaires existent à ce jour surtout chez les médecins généralistes : forfaits d'astreinte, forfait ALD, forfait Vitale. Ces rémunérations sont mono catégorielles et sont versées aux professionnels directement.

Les dotations de l'ENMR sont à classer dans les rémunérations forfaitaires. Elles présentent l'avantage d'être versées à l'équipe de soins, et dont concernent toutes les professions de l'équipe. Un autre avantage est qu'elles sont plus faciles à mobiliser pour une meilleure organisation des soins que les rémunérations individuelles.

*La FFMPs préconise une évolution des dotations de l'ENMR vers un « forfait structure coordonnée » qui permette au payeur de s'assurer du service de soins offert à ses assurés.*

## Annexe 3

### **Préconisations pour la méthode de calcul de la rémunération forfaitaire pour l'équipe de proximité**

#### **Un cahier des charges pour bénéficier du « forfait structure coordonnée »**

Le cahier des charges de la constitution d'une équipe de soins de premier recours existe déjà, car il devrait être le même que celui d'une maison de santé pluriprofessionnelle, que l'équipe soit dans les mêmes murs ou sous forme d'équipe « hors les murs ». Ce cahier des charges a été produit par la DGOS et convient tout à fait.

#### **L'analyse du niveau de qualité de la structure coordonnée**

La FFMPs a travaillé sur *une matrice d'analyse d'une équipe de soins de premier recours et de proximité*. Cette matrice définit 6 items de suivi de l'équipe :

- Accessibilité
- Système d'information
- Continuité des soins
- Coordination sanitaire et médico-sociale
- Participation à la permanence des soins
- Santé publique

Chaque item présente 6 niveaux distincts de développement qualitatif du plus simple au plus abouti. Cette matrice est très proche des Maturity Matrix et des indicateurs de type EPA (European Practice Assesment). Elle présente l'avantage d'être à la fois un outil d'analyse, d'évaluation, et pédagogique pour les équipes.

*La FFMPs participe à des travaux à l'HAS pour valider une matrice spécifique à la France à partir des outils existant à l'étranger. La matrice créée par la FFMPs est très orientée sur les aspects organisationnels des équipes, car c'est sur ce point que le retard est le plus important en France. Mais cette matrice doit être évolutive et nous pouvons imaginer d'autres niveaux quand les équipes auront atteint le niveau maximum. Notre préférence vers une matrice sur l'organisation plutôt que des indicateurs qualité, est dans la démonstration de plusieurs études que la qualité des soins est conséquente d'une bonne organisation de l'équipe de soins.*

#### **Méthode de calcul du montant du « forfait structure coordonnée »**

Les modalités de calcul de la dotation ENMR ont été satisfaisantes pour ce qui relève du nombre de patients, mais sont discutables sur le critère « nombre de professionnels de l'équipe » ou sur la modulation liée à des indicateurs qualités.

Nous proposons une simplification du calcul basé uniquement sur deux items :

- Nombre de patients avec un lien direct et non par palier
- Note obtenue à partir de la matrice de maturité

### **Méthode d'adhésion au « forfait structure coordonnée »**

Toute équipe de soins de premier recours travaillant de manière coordonnée sur un territoire, répondant au cahier des charges d'une MSP, pourrait postuler au « forfait structure coordonnée ».

Cette équipe demande une contractualisation avec son ARS et le mécanisme suivant est enclenché :

- Appréciation par l'ARS que cette équipe réponde au cahier des charges
- Mission donnée au tiers évaluateur (FFMPs ou autre) d'évaluer le niveau de développement à partir de la matrice : une « note » est donnée à la structure et proposée à l'ARS
- La structure contractualise avec l'ARS un CPOM (ou autre) sur une année définissant le niveau du « forfait structure coordonnée »