



DOSSIER DE PRESSE

Point presse mensuel
15 décembre 2011

*Vers de nouveaux modes de rémunération
des professionnels de santé ?*

Contact presse
Béatrice Degruillers
03 62 72 86 10
beatrice.degruillers@ars.sante.fr

Vers de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ?

Sommaire

1.	Qui est concerné par ces nouveaux modes de rémunération ?.....	1
2.	Quels sont ces nouveaux modes de rémunération ?	3
2.1.	Le module 1 / missions coordonnées	3
2.2.	Le module 2 / éducation thérapeutique du patient	6
3.	ANNEXES.....	8

L'activité libérale des professionnels de santé se définit principalement par le **paiement à l'acte pour les consultations et les actes techniques inscrits à la nomenclature**.

Dès lors, il apparaît que la rémunération à l'acte est une **limite à l'évolution des pratiques des professionnels de santé**, en particulier sur les champs de la coordination, de la coopération et de la prévention puisqu'il s'agit d'activités non valorisées par le paiement à l'acte.

Afin de pallier cette limite du paiement à l'acte, la LFSS¹ pour 2008 (en son article 44) a instauré une expérimentation **de nouveaux modes de rémunération dans les structures de soins de 1^{er} recours pluri professionnelles** à savoir : les maisons, pôles et centres de santé.

1. Qui est concerné par ces nouveaux modes de rémunération ?

Les nouveaux modes de rémunération ont fait l'objet d'un appel à candidatures en juillet 2010 auprès des structures de soins de 1^{er} recours pluri professionnelles à savoir : les maisons, pôles et centres de santé.

Définition maison / pôle de santé (cf. loi Fourcade du 10 août 2011) :

Une maison de santé (MSP) est une personne morale (constituée en société² ou association) dont les membres sont exclusivement des personnes physiques (professionnels inscrits au Code de la Santé Publique) qui exercent leurs activités sur un ou plusieurs sites (maison de santé + cabinet médical ou paramédical) dans le cadre d'un projet de santé dont ils sont signataires.

On parle de pôle de santé si les professionnels appartiennent à au moins 2 personnes morales différentes (2 MSP par exemple).

Les candidatures ont été étudiées au regard des critères d'éligibilité suivants :

- L'exercice au sein de la structure est **pluri-professionnel et de premier recours** : la structure ou le projet doivent comprendre au minimum deux médecins généralistes et un représentant d'une profession paramédicale (infirmier, masseur-kinésithérapeute) ;
- Un projet de santé formalisé décrit le mode de fonctionnement de la structure et comporte les points suivants :
 - Prendre en compte les besoins de santé du territoire et proposer une **offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS**.
 - **Témoigner d'un exercice coordonné** des professionnels de la structure :
 - en interne, par exemple par l'organisation de réunions pluri-professionnelles régulières ou la mise en place de protocoles de prise en charge ;

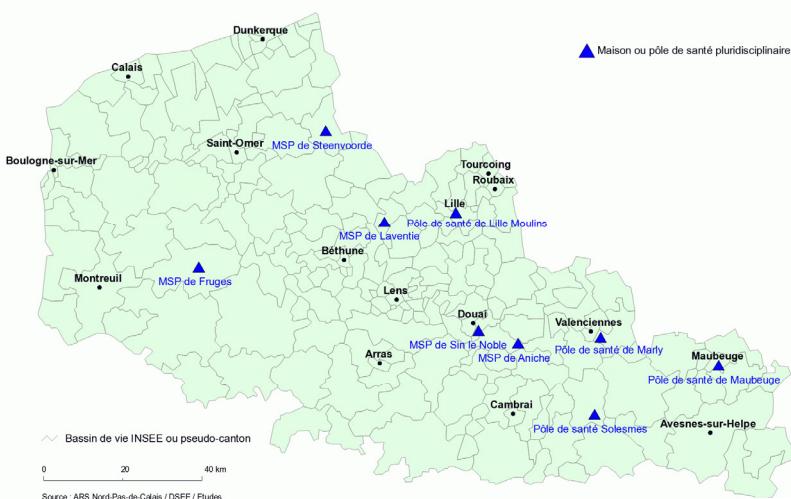
¹ Loi de Financement de la Sécurité Sociale

² SISA (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) : statut spécifiquement adapté aux maisons et pôles de santé qui leur permet de facturer de la coordination, de l'éducation thérapeutique et qui garantit la transparence fiscale (en attente de parution des décrets d'application de la loi du 10 août 2011)

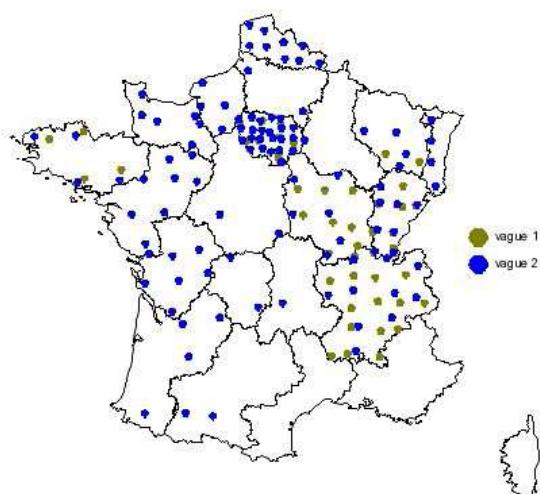
- en externe, avec les autres acteurs de santé du territoire (autres maisons de santé, hôpital, SSIAD, etc.).
 - **Témoigner d'une prise en charge globale du patient** allant de la prévention (participation à des campagnes de dépistage, par exemple) au suivi (dans le cas de maladies chroniques, par exemple).
 - **Assurer la continuité des soins** en permettant une prise en charge des demandes de soins non programmés (large amplitude des horaires d'ouverture ou mise en place de consultations non programmées par exemple).
 - **Mettre en place un dispositif de partage d'informations sécurisé** entre les professionnels de la structure.
- La structure doit être le lieu d'exercice principal des professionnels et doit être aisément identifiable par la population.
 - La structure doit s'engager à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation (étudiants en médecine en stage de 2^{eme} cycle, internes...).

La DSS³, sur proposition de l'ARS, a retenu - dans le cadre de la 2^{nde} vague - la candidature de 9 maisons de santé :

Implantation des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires en fonctionnement au 01/01/2011



Au total, 148 sites répartis sur 19 régions ont intégré l'ENMR dont 40 lors de la 1^{ère} vague (2008) et 108 lors de la 2^{nde} vague (2010).



³ Direction de la Sécurité Sociale

2. Quels sont ces nouveaux modes de rémunération ?

A ce jour, l'ENMR permet de tester une rémunération alternative au paiement à l'acte pour les activités :

- **de coordination des soins dans le cadre du module 1 ou module missions coordonnées ;**
- **d'éducation thérapeutique du patient dans le cadre du module 2 relatif à l'éducation thérapeutique du patient.**

Prochainement, le module 3 relatif aux protocoles de coopération entre professionnels de santé (en cours d'élaboration) proposera un forfait pour rémunérer les actes hors nomenclature transférés d'un médecin à un paramédical dans le cadre d'un protocole de coopération autorisé préalablement par l'ARS.

Définition d'une coopération entre professionnels de santé :

Il s'agit soit d'actes de soins ou d'activités transférés d'un professionnel de santé à un autre soit la réorganisation des modes d'intervention de ces derniers auprès du patient.

Un protocole de coopération précise les conditions de cette coopération : actes / réorganisation des modes d'intervention ; délégant / délégué ; formation théorique / pratique ; ...

2.1. Le module 1 / missions coordonnées

Il s'agit d'un **forfait alloué à la maison ou au pôle de santé** (et non à un professionnel de santé) qui rémunère les missions de coordination des différents professionnels.

Jusqu'alors, ces activités de coordination ne faisaient l'objet d'aucune valorisation financière ce qui n'incitait donc pas les professionnels de santé à travailler en coordination et surtout à formaliser cette coordination.

Exemple de missions de coordination :

1. *réunions mensuelles de l'équipe de la MSP pour définir des protocoles de soins (protocole de suivi vaccinal, protocole de suivi du patient sous traitement anti vitamine K, ...);*
2. *réunions hebdomadaires sur la prise en charge coordonnée de patients complexes (sortie d'hospitalisation, suivi d'une maladie chronique, ...).*

Ces activités, qui interviennent en sus des consultations et soins, sont valorisées par l'allocation d'un forfait dit « **forfait missions coordonnées** ».

Outre le fait que ces activités soient rémunérées forfaitairement, elles se distinguent aussi par le fait qu'elles ne sont pas versées directement à un professionnel de santé mais à la MSP.

A charge pour les membres de celle-ci de déterminer librement les modalités de répartition de ce forfait⁴ :

- la rémunération d'un poste de coordinateur de la MSP ;
exemple : la MSP de Steenvoorde a fait le choix d'embaucher un coordinateur. Il ne s'agit pas d'un professionnel de santé. Sa mission principale consiste à mettre en œuvre le projet de santé de la MSP.
- et/ou l'indemnisation forfaitaire des professionnels de santé pour leurs activités de coordination.

Le professionnel de santé reste donc payé à l'acte, sur la base des tarifs conventionnels, pour son activité de soins auprès de ses patients.

Il perçoit, pendant la durée de l'expérimentation soit de 2011 à 2013, le forfait missions coordonnées.

⁴ Hors investissements (équipements informatiques, aménagement de locaux, ...) relevant du FIQCS ou des collectivités locales

Ce forfait se compose de 2 dotations :

- une **dotation fixe** rémunérant le temps de management de la structure en fonction du nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant (MT) au sein de la MSP ...
- ... et une **dotation variable fonction du temps passé** (en équivalent temps plein) **par chaque professionnel de santé au sein de la structure**, rémunérant le temps nécessaire à la coordination.

Cette dernière est variable en fonction de l'atteinte des objectifs (cf. annexe 1) auxquels chaque MSP a souscrit par convention avec l'ARS.

Objectifs pour la modulation du module 1 :

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

A l'issue de l'expérimentation, l'évaluation globale permettra d'apporter un éclairage qualitatif et quantitatif sur les apports du regroupement pluri professionnel tant pour les professionnels de santé que pour les patients et de définir les conditions d'une généralisation du dispositif des nouveaux modes de rémunération en structures collectives.

2011 en année pleine	Nombre de PS ⁵	Nb de patients ayant déclaré leur MT au sein de la MSP	Montant M1	Montant M2
MSP de Steenvoorde	13	5677	44.962 € + 5.500 € / forfait local	36.000 €
MSP de Sin le Noble	8	3588	38.977 € + 3.000 € / forfait local	18.000 €
MSP de Aniche	17	4333	54.210 € + 2.000 € / forfait local	18.000 €
MSP de Lille Moulins	15	3241	57.225 €	54.000 €
MSP de Laventie	10	4628	42.400 € + 5.500 € / forfait local	54.000 €
MSP de Solesmes	11	NC	NC	18.000 €
MSP de Maubeuge	22	2742	70.067 €	18.000 €
MSP de Marly	11	NC	NC	18.000 €
MSP de Fruges	18	3335	60.312 €	46.500 €
TOTAL REGIONAL	125	27544	384.153 € soit 5.46 % du budget national	280.500 € soit 21.41 % du budget national
TOTAL NATIONAL	NC	607.496	7.03 M€	1.31 M€

⁵ Moyenne régionale = 13.88 PS par site / moyenne régionale = 13 PS par site

En moyenne, le forfait Module 1 / missions coordonnées s'élève à 52.593 € en année pleine sans modulation en fonction de l'atteinte des résultats. Ce montant reste à répartir entre l'ensemble des professionnels de santé (14.71 en moyenne par site).

Ce forfait coordination peut être complété par un forfait local qui a pour objet de rémunérer les professionnels de santé pour les projets de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

Ainsi, la MSP de Laventie a pu promouvoir auprès des adolescentes son site internet www.goublieimapilule.com dédié à la prévention des grossesses non désirées.

Les forfaits M2 / éducation thérapeutique du patient sont de l'ordre de 18.000 € / programme de 5-6 ateliers sur la base d'une file active annuelle de 50 patients.

Si l'on compare la rémunération annuelle moyenne des médecins⁶ soit 84.500 € aux forfaits M1 et M2 de l'ENMR, fort est de constater que la rémunération à l'acte reste prépondérante.

Toutefois, on peut noter une tendance générale à la hausse des forfaits (exemples : forfait médecin traitant, contrats de bonnes pratiques, ...) dans les honoraires des médecins généralistes. Ainsi, en 2006, un médecin généraliste percevait en moyenne 7.200 € de rémunérations forfaitaires⁷.

⁶ Source : DREES, Etudes et résultats n°643, juin 2008 – Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006

⁷ Il s'agit des sommes payées aux médecins par le système d'assurance maladie du fait des contraintes ou des modalités de leur exercice mais qui ne peuvent être rattachées à un acte de soin proprement dit

2.2. Le module 2 / éducation thérapeutique du patient

Le module 2 de l'ENMR consiste à **expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique en médecine de ville**. En effet, en l'absence de financements adaptés pérennes notamment, l'offre d'éducation thérapeutique en médecine de ville est encore insuffisamment développée.

Définition de l'ETP :

L'éducation thérapeutique du patient **fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient**. En effet, elle est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications.

Elle participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) **et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches**.

Elle vise à aider les patients à **acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique** :

- **l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto soins.** Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient ;
- **la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.** Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

Tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte ces deux dimensions dans l'acquisition ou la mobilisation des compétences et leur maintien par le patient.

A ce jour, les 9 maisons de santé inscrites dans l'ENMR ont adhéré au module 2 ce qui leur permet de percevoir 3 types de forfait :

- **un forfait formation à l'ETP à hauteur de 1.000 € par professionnel de santé** dans la limite de 2 professionnels par programme ;

Formation des PS de 1^{er} recours à l'ETP :

A ce jour, les PS de 1^{er} recours ne sont pas formés à l'ETP dans le cadre de leur formation initiale (exception faite des infirmières à partir de la promotion 2012).

Or, réglementairement, il est prévu **qu'au moins un membre de chaque équipe d'ETP doit être formé à l'ETP à hauteur de 40 heures d'enseignements théoriques et pratiques** pour acquérir, conformément à l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, ces 4 principales compétences :

- **compétences relationnelles** ;
- **compétences pédagogiques et d'animation** ;
- **compétences méthodologiques et organisationnelles** ;
- **compétences biomédicales et de soins**.

Aussi, l'ARS soutient l'URPS⁸ Médecins Libéraux qui a conçu un programme de formation pluri professionnelle à l'ETP spécifique à l'exercice en maisons et pôles de santé.

⁸ Union Régionale des Professions de Santé

- **un forfait élaboration du programme à hauteur de 1.000 € par programme ;**
3 programmes d'ETP sont en cours d'élaboration au sein des MSP : diabète type 2 adultes, insuffisance respiratoire chronique adultes, obésité infantile.
A ce jour, les programmes relatifs au diabète et à l'insuffisance respiratoire chronique ont été autorisés par l'ARS et en cours de mise en œuvre (cf. annexe 2).
- **un forfait / patient à hauteur de 250 € / patient sur la base d'un diagnostic éducatif et de 3-4 ateliers ou 300 € sur la base d'un diagnostic éducatif et de 5-6 ateliers d'éducation thérapeutique.**

3. ANNEXES

3.1. ANNEXE 1

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

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

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

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

** Indicateurs CAPI

3.2. ANNEXE 2

Programme d'éducation thérapeutique des patients diabétiques	
Pathologie couverte	diabète de type 2
Objectifs du programme :	<p>Améliorer la qualité de vie des patients diabétiques</p> <p>Permettre aux patients de :</p> <ul style="list-style-type: none"> > exprimer son vécu et ses représentations de la maladie pour comprendre son mécanisme ; > identifier et prévenir les complications ; > comprendre la nécessité d'un suivi au quotidien ; > s'expliquer les principes du traitement ; > reconnaître les symptômes et adapter son comportement face à ceux-ci ; > comprendre et intégrer l'évolution des traitements tout au long de la maladie ; > identifier et définir ce qu'est une activité physique ; > repérer les précautions à prendre pour une activité physique sans risque ; > exprimer ses représentations de la diététique et de l'alimentation ; > composer un repas équilibré ; > varier son alimentation avec plaisir tout en la contrôlant.
Modalités d'organisation	<p>Orientation du patient dans le programme par son médecin traitant</p> <p>Réalisation du diagnostic éducatif partagé par un binôme de l'équipe éducative puis définition du programme personnalisé avec objectifs partagés</p> <p>Cycle de 5 ateliers collectifs d'éducation thérapeutique</p> <p>Consultation ultérieure individuelle avec les membres de l'équipe pour l'évaluation de l'acquisition des compétences</p>
Qualification des intervenants	<p>le programme est coordonné par un médecin</p> <p>tous les professionnels de l'équipe ont suivi un cycle de formation de 40 heures en 2011</p>
Coût de la formation	Coût de la formation : 7500 € pour 5 jours de formation hors indemnisation de la perte de revenus des PS
estimation financière	18.000 € à raisons de 50 forfaits / patient à 300 €
file active prévisionnelle	50 patients / an