

# Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation PRIMORDIAL « Les soins primaires c'est Primordial »

Juillet 2023

Le comité technique de l'innovation a été saisi le 20 juin 2023 pour de nouvelles modifications du cahier des charges concernant des ajustements du modèle économique mais également l'actualisation de la trajectoire budgétaire dérogatoire accordée au projet pour prendre acte du décalage de l'ouverture et de montée en charge des centres en lien avec la situation sanitaire des années 2020-2021. Le comité technique a rendu un avis favorable le 28 juillet 2023

Les évolutions du cahier des charges actualisent le montant du forfait moyen par patient et opèrent des modifications techniques précisant les modalités d'adaptation du modèle PEPS.

Pour tenir compte de la spécificité de cette expérimentation liée au fait que les centres expérimentateurs ne sont encore pas en activité, des aménagements au modèle PEPS sont proposés afin de verser un forfait dès les premiers patients « médecin traitant » et ce dès la première année.

En premier lieu, un ajustement du montant forfaitaire par patient a été nécessaire. En effet, lors de la montée en charge des centres de santé, les projections de rémunération reposent sur l'application d'un forfait par patient, moyenne constatée des forfaits individuels des patients de l'expérimentation « Paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS). A la suite des modifications du modèle économique de l'expérimentation PEPS, le montant moyen du forfait modélisé appliqué dans Primordial a été réajusté en conséquence, passant de 102 à 96 euros.

Par ailleurs, les discussions avec le porteur ont mis en évidence un besoin d'adaptation ciblée de certaines composantes du modèle PEPS. A ce titre, les modalités d'application du taux de fidélisation ont dû être adaptées. Le taux de fidélisation permet de moduler la rémunération selon la part constatée de consommation de soins dans l'équipe : il s'agit d'éviter qu'une équipe bénéficie d'un forfait pour un patient MT qu'elle n'aurait pas effectivement traité. Ainsi, l'Assurance maladie « ne paie pas deux fois » pour le même patient. Les modalités de calcul de ce dernier conduisent aujourd'hui à pénaliser les structures en cours de constitution de patientèle car leurs patients consomment logiquement en dehors de cette équipe au cours de l'année qui précède leur intégration à la patientèle, ce qui vient minorer le forfait associé alors même qu'ils n'étaient pas à ce moment-là membres de la patientèle médecin traitant. L'option retenue consiste donc à appliquer des taux pré-estimés pour les trois premières années le temps de la montée en charge et de la constitution de la patientèle.

Enfin, les modifications précisent également les modalités de versement de la rémunération pour accroître la lisibilité du modèle pour les centres de santé.

## Renforcer les modalités d'adaptation

Les nombreux échanges avec les porteurs de projets ont également pu mettre en évidence des besoins d'ajustements liés non pas au caractère ex-nihilo des centres de santé mais à leur exercice en zones très sous-dotées. Ainsi, les professionnels des centres de santé doivent gérer un lot de patients qui ont des besoins de soins souvent plus importants les premières années, le temps de mettre en place un suivi médical ou le cas échéant d'accompagner un patient avant son décès.

Des travaux seront conduits sur ce sujet courant 2023 et seront présentés au comité technique.

## **Objet de l'expérimentation**

L'expérimentation Primordial a pour objet d'appliquer le nouveau modèle de financement au forfait issu de l'expérimentation PEPS à des centres de santé nouvellement créés dans des

zones de désertification médicale. Ce projet présente deux particularités par rapport au cahier des charges PEPS tel que défini dans l'arrêté du 19 juin 2019 modifié :

- l'ouverture d'un nouveau Centre de santé ex nihilo,
- le fonctionnement au forfait dès sa création (pas d'année blanche).

Ce projet repose également sur la mise en place d'un parcours standard de prise en charge des patients, intégrant notamment l'orientation des patients en amont de la consultation en fonction de leurs besoins (vaccination, renouvellement d'ordonnance...) et de leurs symptômes avec l'utilisation d'un outil digital et/ou une infirmière d'orientation, ainsi que la délégation de tâches dans la mesure du possible en utilisant les protocoles de coopération déjà validés dans les régions ciblées.

## **Recevabilité du projet au titre de l'article 51**

### *Finalité organisationnelle*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il vise l'émergence d'organisations innovantes dans le secteur des soins primaire concourant à l'amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge et du parcours des patients.

### *Dérogation*

Le projet soumis est recevable en ce qu'il déroge aux règles de tarification et de facturation, visées aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, afin de tester une rémunération forfaitaire des actes réalisés par les médecins généralistes salariés d'un centre de santé, substitutive à une partie de la rémunération conventionnelle classique, pour la patientèle médecin traitant du centre de santé.

## **Détermination de la portée de l'expérimentation proposée**

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale. Il concerne deux régions distinctes : la région Île-de-France afin de tester des zones très fortement urbanisées, plutôt sensibles (Argenteuil et Ris-Orangis) et la région Auvergne-Rhône-Alpes afin de tester des zones moins urbanisées (Oyonnax, Pierrelatte, Bourg-de-Péage).

## **Modalités de financement du projet**

Le modèle de financement de cette expérimentation est celui défini dans le cadre de l'expérimentation PEPS. Il repose sur une rémunération forfaitaire des médecins généralistes, en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation, pour l'ensemble de la patientèle médecin traitant du centre de santé. Le paiement à l'acte est maintenu pour les actes « hors PEPS » et pour les patients qui ne sont pas « médecin traitant » du centre de santé. Pour chaque profil de patient un montant forfaitaire est calculé sur la base des dépenses constatées au niveau national. Le financement prend également en compte différents facteurs, tels que les caractéristiques de l'équipe et de sa patientèle ; les caractéristiques des territoires concernés, via une modulation relative au taux de pauvreté de la commune d'implantation des CDS ; la qualité de la prise en charge appréciée pour l'ensemble de l'équipe impliquée dans la prise en charge du patient.

Toutefois, pour tenir compte de la spécificité de cette expérimentation liée au fait que les Centres expérimentateurs ne sont encore pas en activité, des aménagements au modèle PEPS sont nécessaires portant sur les conditions d'éligibilité à l'expérimentation PEPS, le démarrage en paiement au forfait dès l'ouverture des centres et l'application de taux de fidélisation pré-fixés pendant les trois premières années. Un forfait est donc versé dès les premiers patients « médecin traitant » et ce dès la 1<sup>ère</sup> année (pas d'année blanche).

Le financement de l'expérimentation est principalement assuré par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :

- au titre de la rémunération forfaitaire versée aux centres expérimentateurs, le besoin de financement maximal est estimé à 11,2 millions d'euros (M€) maximum pour les 5 centres expérimentateurs pour toute la durée de l'expérimentation, réparti de la manière suivante à

titre indicatif : 0,7 M€ en 2022, 2,2 M€ en 2023, 2,6 M€ en 2024, 2,9 M€ en 2025, 2,7 M€ en 2026.

- au titre des crédits d'amorçage versés aux centres pendant les années 2019, 2020 et 2021, afin d'aider au lancement et à la mise en place progressive du paiement forfaitaire prospectif, à un montant total estimé de manière indicative à 206 875 € réparti de la manière suivante : 116 875 € la 1<sup>ère</sup> année et 45 000 € les deux années suivantes.

Par ailleurs, des compléments de financement peuvent éventuellement être apportés au titre du Fonds d'intervention régional (FIR) sur décision des agences régionales de santé (ARS) pour aider à la création des centres de santé.

### **Durée de l'expérimentation**

L'expérimentation est autorisée pour une durée de 5 ans.

### **Modalités d'évaluation**

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

L'expérimentation a pour but de proposer le déploiement de Structures de soins primaires basées sur une approche par capitation. L'enjeu de l'expérimentation est de soigner et maintenir en bonne santé la population d'un territoire, en particulier dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

La durée d'expérimentation, prévue sur 5 ans, est suffisante pour permettre d'observer les effets attendus.

L'évaluation cherchera à apprécier l'opérationnalité, l'efficacité ainsi que l'efficience du projet, notamment à travers les observations suivantes :

- L'expérimentation permet-elle un accès facilité à une offre de soins initialement sous tension ?
- L'expérimentation permet-elle une prise en charge globale avec l'inclusion dans le parcours des patients d'actions de prévention et/ou d'éducation thérapeutique adaptées ?
- L'expérimentation permet-elle aux professionnels de santé de se recentrer sur des activités médicales à valeur ajoutée ?
- L'expérimentation permet-elle une amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé (exercice coordonnée pluridisciplinaire, adaptation des compétences, environnement collaboratif, sécurité et simplicité du salariat, modulation du temps de travail) ?
- L'expérimentation permet-elle de désengorger les services d'urgence sur les territoires ciblés ? Observe-t-on une réduction du recours inapproprié aux structures d'hospitalisation ?
- L'expérimentation permet-elle une meilleure maîtrise des coûts des soins primaires délivrés ?

Sur le plan de la reproductibilité du dispositif, l'évaluation s'appuiera sur les observations qualitatives réalisées dans le cadre de l'analyse d'implantation du dispositif, sur les éléments de contexte (positionnement des différents acteurs institutionnels, professionnels, patients...), l'efficacité du dispositif ainsi que sur la projection de l'impact budgétaire de son déploiement.

### **Avis sur le projet d'expérimentation :**

- *Faisabilité opérationnelle* : les cinq centres mentionnés ont ouvert et les professionnels de santé ont été recrutés ;

- *Caractère efficient* : le modèle de financement proposé consiste en la substitution du paiement à l'acte par un paiement forfaitaire, ce qui permet de renforcer l'efficience des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles.

- *Caractère innovant* : outre son modèle de financement, l'expérimentation proposée est innovante au sens où elle repose sur un parcours standard de prise en charge des patients,

intégrant l'utilisation d'un outil digital et/ou une infirmière d'orientation ainsi que la délégation de tâches dans la mesure du possible en utilisant les protocoles de coopération déjà validés dans les régions ciblées. Elle repose également sur une standardisation des processus médicaux pour les principales prises en charge et le suivi systématique d'indicateurs de résultats ainsi que sur l'utilisation croissante de la télémédecine pour des prises en charge ciblées.

- *Reproductibilité* : l'expérimentation est reproductible dans la mesure où le modèle défini dans le cahier des charges est ainsi compatible avec la diversité des territoires et des organisations, permettant ainsi d'assurer la reproductibilité du modèle PEPS pour des structures nouvellement créées et situées dans des zones sous denses.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable aux évolutions de l'expérimentation par les Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale dans les conditions précisées par le cahier des charges modifié.

### **Pour le comité technique**

Natacha Lemaire

Rapporteuse Générale