



**PREFECTURE  
REGION ILE DE  
FRANCE**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL  
N°IDF-091-2021-12

PUBLIÉ LE 30 DÉCEMBRE 2021

Agence Régionale de Santé

IDF-2021-12-24-00005

ARRETE DIRNOV-2021-04 portant modification  
de l'arrêté DIRNOV-01-2020 relatif au projet  
d'expérimentation "contrat médecin traitant  
renforcé"

## AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

### ARRÊTÉ N° DIRNOV-2021/04

#### portant modification de l'arrêté DIRNOV-01-2020

#### relatif au projet d'expérimentation

#### « contrat médecin traitant renforcé »

### LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- VU** la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;
- VU** le décret du 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- VU** la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'arrêté de l'ARS Ile-de-France n° Dirnov 01-2020 relatif au projet d'expérimentation « nouveau contrat médecin traitant » publié le 31 janvier 2020 ;
- VU** l'avis favorable modifié du comité technique de l'innovation en santé notifié le 6 décembre 2021 concernant le projet « contrat médecin traitant renforcé » ;
- VU** le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

### ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** Les annexes du présent arrêté remplace les annexes publiées l'arrêté de l'ARS Ile-de-France n° Dirnov 01-2020 relatif au projet d'expérimentation « nouveau contrat médecin traitant » publié le 31 janvier 2020 ;
- ARTICLE 2:** L'expérimentation est mise en œuvre par le GIE IPSO, 323 rue Saint Martin, 75003 Paris, sur les quatre cabinets suivants :
- IPSO Saint-Martin, 323 Rue Saint-Martin 75003 Paris
  - IPSO Nation, 73 rue de Montreuil, 75011 Paris
  - IPSO Porte d'Italie, 153 avenue d'Italie, 75013 Paris
  - IPSO Ourcq, situé au 151 avenue Jean Jaurès 75019 Paris

- ARTICLE 3 :** La durée de l'expérimentation est fixée à cinq ans à compter de la publication de l'arrêté initial n° Dirnov 01-2020 relatif au projet d'expérimentation « nouveau contrat médecin traitant » publié le 31 janvier 2020;
- ARTICLE 4 :** La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique révisée conclue avec l'Assurance Maladie ; la convention pluriannuelle 2020-02-01 conclue avec l'ARS IDF reste inchangée concernant la subvention FIR sur les années 2020-2024.
- ARTICLE 5 :** La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.
- ARTICLE 6 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Fait à Saint-Denis, le 24 décembre 2021

La Directrice générale  
de l'Agence régionale de santé  
d'Île-de-France

**SIGNE**

Amélie VERDIER



# **Cahier des charges pour les projets d'expérimentation d'innovation en santé**

## **Contrat médecin traitant renforcé Octobre 2021**



## Table des matières

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation .....	6
1.1 Description du projet d'expérimentation .....	6
1.2 Objectifs du projet d'expérimentation .....	7
1.3 Patientèle visée .....	8
2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ? .....	8
2.1 Les impacts attendus de l'expérimentation portent sur plusieurs aspects : .....	8
3. Durée de l'expérimentation envisagée .....	12
4. Champ d'application territorial proposé : .....	13
4.1 Éléments de diagnostic .....	13
4.2 Champ d'application territorial .....	14
5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs) .....	15
6. Catégories d'expérimentations .....	16
7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	17
8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement : .....	18
9. Modalités de financement de l'expérimentation .....	19
9.1 Le forfait mensuel .....	19
9.2 L'enveloppe complémentaire .....	22
9.3 Les aides au démarrage .....	23
10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées .....	24
11. Modalités de sortie de l'expérimentation .....	27
12. Liens d'intérêts .....	27
13. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères .....	28
Annexe 1 : exemple de contrat médecin traitant renforcé .....	30
Annexe 2 : Présentation du groupement IPSO santé .....	34
Annexe 3 : Liste des actes réalisés par le médecin traitant, intégrés au Forfait mensuel médecin traitant .....	36
Annexe 4 : phase 2, construction des forfaits différenciés .....	37
Introduction .....	37
Fonctionnement général .....	37
La partie socle .....	37
Les ajouts thématiques .....	37
I. Nourrisson .....	38
II. Jeune enfant .....	39



III.	Personne âgée.....	40
		2
IV.	Vulnérabilité sociale.....	41
V.	ALD.....	42
VI.	Perte d'autonomie à domicile.....	43
VII.	Situation de handicap .....	45
VIII.	Santé mentale (dépression, anxiété, addiction) .....	46
IX.	Santé de la femme .....	47
X.	Patient à Haut Risque Cardio Vasculaire.....	49

## 1. Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation

### 1.1 Description du projet d'expérimentation

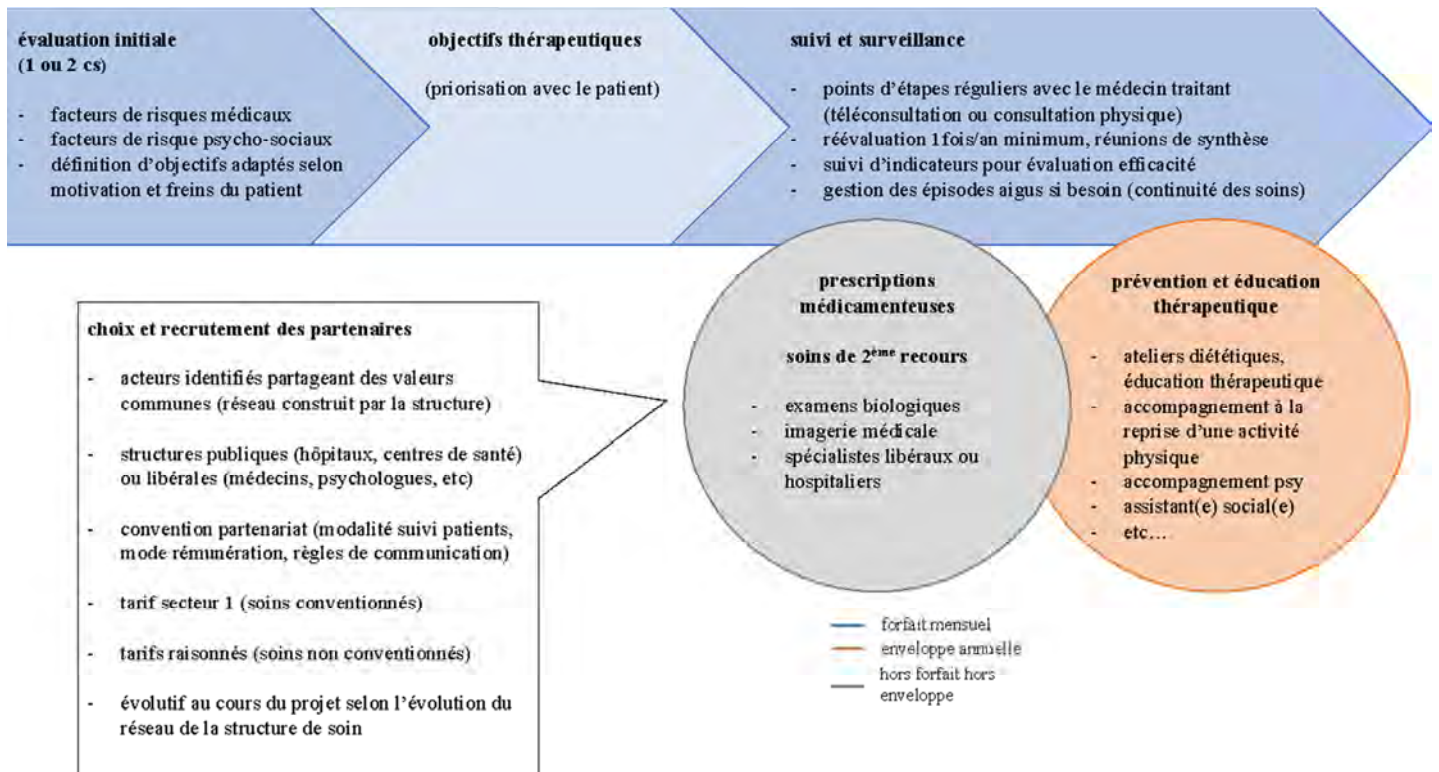
L'expérimentation vise à proposer des modalités de prise en charge fondées sur un « contrat médecin traitant renforcé » entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires (au sens de l'article 64 de la loi de santé 2016, les signataires d'un projet de santé commun, dans le cas présent l'ensemble des membres adhérents du groupement IPSO) et le patient.

Ce contrat vise à être mieux adapté à la manière de penser le soin de premier recours dans une approche holistique et à donner à la fois une plus grande marge de manœuvre et de nouveaux devoirs pour le couple soignant-patient.

Le contrat repose sur les principes suivants :

- Engagements du médecin traitant :
  - o Réalisation d'un bilan préventif identifiant tous les facteurs de risques médico-psycho-sociaux du patient et réévalué a minima annuellement. Ces facteurs de risques pourront être par la suite complétés, au besoin du médecin, pour certaines vulnérabilités établies initialement et dans le but d'affiner la prise en charge médico-psycho-sociale (par exemple : chez la personne âgée, intégrer des facteurs de risque tels que la dénutrition et/ou l'évaluation cognitive responsables de nombreuses complications et à la portée d'action ciblées de prévention).
  - o Maintenir un dossier médical à jour intégrant ces éléments sur la durée du contrat, disponible par voie électronique, et en s'appuyant en premier lieu sur les outils métiers partagés déjà disponibles au sein des équipes de soins (dans le cas présent notamment le logiciel médical IPSO,). La coordination et le partage des dossiers au-delà de l'équipe de soins s'appuieront de manière privilégiée sur des outils de coordination existant au niveau national et régional (notamment interfaçage avec le DMP, la MSS et/ou la plateforme numérique régionale Terr-eSanté, en fonction de la pertinence métier et des priorités opérationnelles constatées au cours de l'expérimentation).
- Engagements des professionnels de santé du cabinet médical :
  - o Assurer la continuité des soins sur la base de critères simples : ouverture de la structure au moins 70h par semaine hors jours fériés, prise en charge de soins non programmés, possibilité de prendre rendez-vous en ligne, possibilité d'échanger avec ces professionnels *via* messagerie, téléconsultations.
  - o Assurer une aide administrative et sociale pour les patients les plus vulnérables.
  - o Réaliser ou déléguer divers actes de dépistage au cabinet ou au domicile du patient à des infirmiers ou autres paramédicaux, y compris des prélèvements biologiques (en veillant bien entendu à respecter les normes de qualité en vigueur).
  - o Suivre le plan d'actions mis en place avec le médecin traitant suite à l'évaluation initiale et coordonner les différents professionnels du cercle de soin.
- Engagement du patient :
  - o Réaliser son suivi médical de premier recours régulier / habituel en priorité au sein de la structure hors circonstances exceptionnelles ou éloignement du domicile.





La mise en œuvre de ces nouvelles modalités de prise en charge s'accompagne de nouvelles modalités de financement des soins primaires (cf. point 9) en accord avec le patient :

- favorisant l'efficacité et recentrant les professionnels sur des problématiques de santé publique prioritaires,
- perçues comme cohérentes et motivantes par les professionnels,
- valorisant la prise en charge par le médecin de patients complexes nécessitant un investissement important en soins mais également en temps de traitement médico-administratifs et de coordination,
- favorisant une prise en charge globale et préventive du patient. À ce titre, le modèle proposé est susceptible d'améliorer le recours aux dispositifs de prévention pour les patients inclus (vaccination, dépistage des cancers...).

## 1.2 Objectifs du projet d'expérimentation

La présente expérimentation vise à définir un cadre qui encourage l'innovation organisationnelle de terrain, le développement de modalités de travail collaboratives inter et pluri-professionnelles structurées et efficaces, à plus grande échelle, au moment où le « virage ambulatoire » est fortement appuyé et demande aux soins primaires de s'organiser pour accueillir de manière efficace et sûre les patients.

- Renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins de son patient en disposant de plus d'autonomie pour faciliter la prise en charge par différentes catégories de professionnels de santé y compris non prises en charges par l'Assurance Maladie actuellement,
- Inciter les médecins généralistes à prendre dans leur patientèle « médecin traitant » des patients complexes avec un nouveau mode de financement prenant en compte le temps de prise en charge et de coordination qu'ils nécessitent,
- Renforcer l'attractivité de l'exercice libéral pour les jeunes générations de médecins généralistes avec un modèle d'organisation et de pratique en accord avec leurs attentes, afin de favoriser leur installation et lutter contre la désertification médicale,
- Réduire les inégalités sociales de santé en apportant plus d'équité dans les prises en charge,
- Améliorer l'accès aux soins et l'efficacité des prises en charge.

### 1.3 Patientèle visée

La population ciblée dans le cadre de la présente expérimentation est constituée de l'ensemble des patients ayant déclaré leur médecin traitant exerçant au sein d'une structure ipso participant à l'expérimentation, quelle que soit leur situation médicale (présence de facteurs de risques ou non).

Les patients adhérant à ce nouveau contrat sur proposition de leur médecin traitant, ont la possibilité de sortir de l'expérimentation à tout moment, et de rebasculer sur un contrat médecin traitant « classique ».

L'adhésion est formalisée par la signature d'un contrat dont un exemple est joint en annexe 1. Le format ainsi que les modalités informatives du contrat (hors engagements mutuels) pourront évoluer en cours d'expérimentation afin de s'adapter aux différentes populations visées par l'expérimentation.

## 2. En adéquation avec les objectifs fixés ci-dessus, quels sont les impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation ?

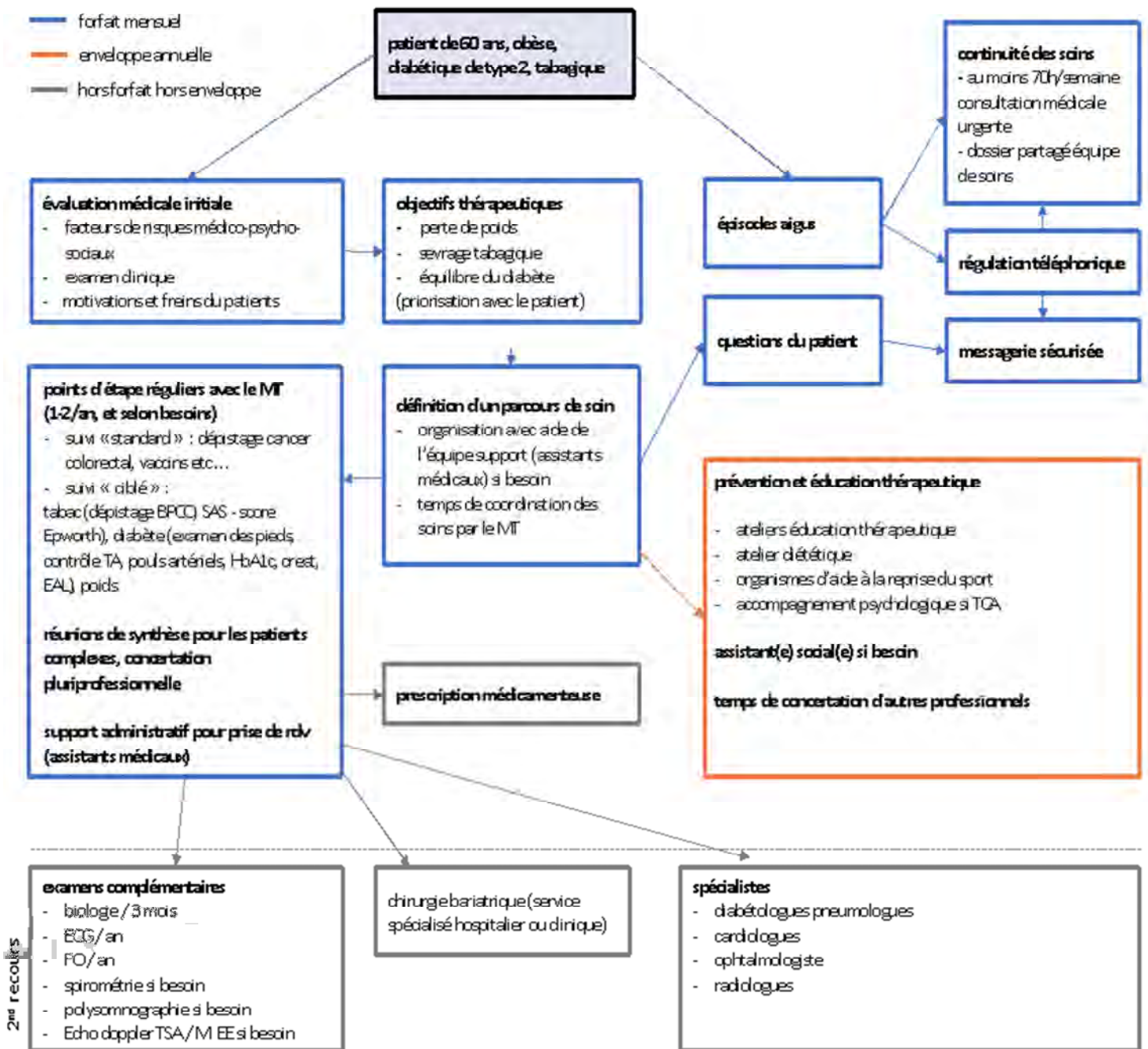
### 2.1 Les impacts attendus de l'expérimentation portent sur plusieurs aspects :

#### 2.1.1 Une amélioration du service rendu aux patients avec :

- Un engagement de continuité des soins. Cette continuité des soins passera en pratique par l'ouverture de la structure au moins 70h par semaine hors jours fériés, la prise en charge de soins non programmés, la possibilité de prendre rendez-vous en ligne, la possibilité d'échanger avec ses professionnels *via* messagerie, téléconsultations.
- La mise en place d'une aide administrative et sociale pour les patients les plus vulnérables : permettant, notamment, de faciliter les rendez-vous dans les structures médicales de second recours, d'orienter et conseiller les patients dans leurs accès aux droits, d'orienter et conseiller les patients dans les structures associatives disponibles :
  - une meilleure organisation de l'équipe de soins afin de réaliser certains aspects du suivi médical en dehors des temps de consultations
  - la mise en place d'actions de promotion de la santé et de prévention par tranches d'âge :

tranches d'âge	actions de prévention et promotion de la santé
<b>0 - 25 mois</b>	diversification alimentaire, vaccinations, parentalité
<b>25 mois - 5 ans</b>	alimentation et équilibre alimentaire, activité physique, temps d'écrans, sommeil , langage, vaccinations, parentalité
<b>6 ans - 14 ans</b>	alimentation et équilibre alimentaire, activité physique, temps d'écrans, sommeil , apprentissages / scolarité, difficultés psychologiques, croissance/puberté, vaccinations
<b>15 - 24 ans</b>	sexualité/contraception, addictions, comportements divers entraînant une mise en danger de soi, scolarité / orientation, difficultés psychologiques , alimentation, activité physique, sommeil, dermatologie, vaccinations
<b>25 - 49 ans</b>	addictions, santé au travail, difficultés psychologiques, alimentation, activité physique, sommeil, sexualité / contraception, dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes, parentalité, dermatologie, vaccinations, personne de confiance/directives anticipées
<b>50 - 64 ans</b>	addictions, santé au travail, difficultés psychologiques, alimentation, activité physique, sommeil, sexualité, ménopause / andropause, dépistage du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du colon, prévention cardio-vasculaire, dermatologie, vaccinations, personne de confiance/directives anticipées
<b>65 - 74 ans</b>	alimentation, activité physique, sommeil, addictions, prévention cardio-vasculaire, vécu de la retraite, difficultés psychologiques, sexualité, dépistage du cancer du sein, dépistage du cancer du colon, ostéoporose, vaccinations, dépistage des troubles de la mémoire en cas de points d'appels, personne de confiance/directives anticipées
<b>plus de 75 ans</b>	alimentation, activité physique et prévention des chutes , sommeil, addictions, difficultés psychologiques, sexualité, ostéoporose, vaccinations, lutte contre l'isolement, maintien de l'autonomie, dépistage des troubles de la mémoire

Exemple de logigramme de prise en charge :



### **2.1.2 Une amélioration de l'organisation et des pratiques professionnelles répondant aux attentes des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins :**

- Permettre aux médecins de mieux cibler leurs actions par des consultations avec des critères de prise en charge définis en fonction de facteurs de risques.
- Permettre aux soignants le développement de stratégies de prises en charge plus efficaces, plus collectives, plus axées sur la prévention, avec un recours accru à la délégation, et potentiellement innovantes par la valorisation des temps de prise en charge des patients hors temps de consultation (appels pour avis, appels vers les patients, messagerie dédiée...).
- Répondre aux besoins d'échanges et d'interactions entre pairs des médecins avec la mise en place dans les structures de staff médicaux, paramédicaux et organisationnels réguliers.
- Permettre une prise en charge plus collective des patients en proposant des plans personnalisés de santé partagés avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge.
- Par le biais des impacts précédents, redonner de l'attrait à la pratique de la médecine de soins primaires en libéral, favoriser l'installation de jeunes professionnels, en particulier au sein de structures collectives modernes et efficaces, et lutter contre la désertification médicale.

### **2.1.3 Des impacts positifs en matière d'efficacité des soins**

L'expérimentation a pour objectif d'apporter plus d'équité dans les prises en charge et de réduire les inégalités sociales de santé en permettant un suivi plus régulier et adapté du patient tenant compte des facteurs de risques médico-psycho-sociaux (cf. tableau précédent).

Il est attendu de cette expérimentation les bénéfices suivants en termes d'efficacité :

- un moindre recours aux soins secondaires, davantage en adéquation avec le besoin du patient décidé conjointement avec le médecin traitant ;
- une diminution des actes redondants réalisés en raison d'une absence de coordination du parcours de soins par le patient ou lié au nomadisme médical ;
- une diminution des hospitalisations et réhospitalisations en raison de la prise en charge adaptée aux différents facteurs de risques plus précoce ;
- à plus long terme, une meilleure prévention ou détection des pathologies grâce à une meilleure adhésion des patients aux dispositifs de prévention et à des comportements moins risqués du fait de l'éducation thérapeutique.

### **3. Durée de l'expérimentation envisagée**

La présente expérimentation est envisagée sur une durée de 5 ans.

Le planning proposé de mise en œuvre de l'expérimentation est le suivant :

- 1<sup>er</sup> semestre 2020 :
  - o Réalisation des documents de présentation de l'expérimentation à destination des patients et partenaires extérieurs à la structure,
  - o Information des partenaires extérieurs à la structure,
  - o Adaptation du système d'information des cabinets pour permettre le recueil des données nécessaires,
  - o Mise en place du cadre de coordination avec les partenaires extérieurs à la structure susceptibles d'intervenir (sollicitation, définition des modalités contractuelles, ...), sachant que certaines collaborations sont déjà existantes ou en discussion,
  - o Début de la campagne d'inclusion des patients participant à l'expérimentation.
  
- Année 2020, Phase 1 :
  - o Lancement de l'expérimentation dans les cabinets ipso suivants :
    - ipso Saint-Martin situé au 323 rue Saint-Martin, 75003 Paris,
    - ipso Nation situé au 93 rue de Montreuil, 75011 Paris,
    - ipso Ourcq situé au 151 avenue Jean Jaurès 75019 Paris
  - o Mise en place du financement dérogatoire avec :
    - un forfait mensuel moyen par patient MT versé à son médecin traitant
    - une enveloppe annuelle complémentaire visant à organiser et financer des soins ou services complémentaires pour les patients participant à l'expérimentation. Elle est calculée pour chacun des cabinets ipso participant à l'expérimentation.
  
- Année 2021, Phase 2 :
  - o Lancement de l'expérimentation dans les cabinets ipso suivants :
    - ipso Italie situé au 153 avenue d'Italie, 75013 Paris
  - o Finalisation de la structure de financement dérogatoire
  - o basculement progressif du forfait mensuel moyen par patient par des forfaits mensuels calculés par catégories de patients (cf. Annexe 4). Ajustement de l'enveloppe annuelle complémentaire en fonction des besoins réellement constatés.

Les principes et modalités de détermination du forfait mensuel par patient et de l'enveloppe complémentaire sont définies au point 9 et seront déclinées dans une convention de financement passée entre les expérimentateurs et l'Assurance maladie.

Les différentes catégories de patients sont définies au cours de la phase 1 en se basant sur les données présentes dans les systèmes d'information de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (consommations de soins historiques, âge, ALD, CSS,...), des analyses et recommandations produites par les institutions de santé publique ( CNAM, DRESS, HAS...) et en dernier recours par des données de terrains recueillies par les expérimentateurs sur leur patientèle existante. Les tarifs associés à ces catégories seront ensuite définis sur la base de ces nouvelles données.



- Années 2022-2023-2024, Phase 3 :

Le modèle cible du financement dérogatoire proposé reposera sur des forfaits mensuels par catégories de patients (dits "les forfaits différenciés") et utilisés pour rémunérer l'équipe de soins au cabinet médical une enveloppe complémentaire visant à organiser et financer de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'éviter le renoncement aux soins et les ruptures de parcours des patients

#### **4. Champ d'application territorial proposé :**

##### **4.1 Éléments de diagnostic**

Le système actuel de financement et d'organisation de la médecine de premier recours encourage peu la prévention et le travail de coordination des médecins traitants. Il est pourtant démontré qu'un système de santé centré sur les soins primaires est plus efficient (B. Starfield et al) et que pour un médecin généraliste installé l'incidence de la mortalité diminue de 1,44/10.000 (B. Starfield et al, P. Dourgnon et al).

Il est également établi que les principales inégalités sociales de santé sont en partie dues au système de soins et au manque d'accès et/ou de recours aux soins (F. Jusot et al, E. Cambois et al). Enfin, les actes de prévention sont les principaux concernés par ces écarts de santé (C. Rondet et al, P. Chauvin et al, L. Rigal et al) et le médecin généraliste est la première ligne de consultation et de prise en charge permettant de dépister et de prendre en charge les patients. En effet, 86% des assurés sociaux français consultent au moins une fois par an un médecin généraliste libéral (source CNAMTS, 2012), il s'agit d'autant d'opportunités (ou de pertes de chance) pour les patients de bénéficier d'une porte d'entrée dans le système de soins.

Le système n'est aujourd'hui plus perçu comme suffisamment attractif pour les jeunes générations de professionnels, qui considèrent que les modalités de pratiques ne correspondent plus à leurs aspirations, alors même que le maintien d'un soin primaire dense est un facteur clé pour préserver un système de santé efficient et accessible. Actuellement moins de 11% des internes en médecine générale choisissent la voie de l'installation en ambulatoire à la sortie de leurs études (Atlas de la démographie médicale 2016, CNOM).

L'enjeu est donc non seulement de définir des modalités de prise en charge en soins primaires qui auront un impact médico-économique directement positif pour le système de santé français, mais également de définir un cadre administratif, financier et une qualité de travail qui permette de faire émerger des organisations mieux adaptées aux priorités des jeunes professionnels, et donc indirectement encourager une densification des soins primaires, en particulier en médecine générale.

Notre conviction est que toute évolution du cadre des soins primaires doit être avant tout jugée à l'aune de l'attractivité que pourront avoir les organisations émergentes pour les jeunes générations de professionnels, et notamment les jeunes médecins généralistes. Cela passe par une capacité d'investissement pour tester de nouvelles modalités d'organisation, de coordination et de prise en charge, et un minimum d'autonomie des professionnels dans l'allocation des ressources.

L'amélioration de l'efficacité et la cohérence des parcours ne peut se faire sans la connaissance du terrain des professionnels.

Atouts et spécificités du territoire sur lequel sera mise en œuvre l'expérimentation :

- Du point de vue populationnel, les quatre cabinets ipso porteurs du projet sont situés dans une zone urbaine dense, à forte mixité sociale, avec une interconnexion facile avec Paris et sa proche banlieue.
- Il est constaté sur ces territoires une diminution importante de l'offre de soins primaires, qui va s'accroître dans les 5 prochaines années. Cependant Paris est riche d'un maillage important d'acteurs paramédicaux et médicaux de second recours, offrant un potentiel d'expérimentation de partenariats multiples, qui pourrait être valorisé par une coordination des soins plus structurée.
- Les cabinets ipso couvrent un territoire accueillant une forte population LGBT, mais également migrante, plus exposées dans un cas comme dans l'autre à des maladies infectieuses chroniques et à de fortes inégalités de recours et d'accès aux soins. De nombreuses personnes âgées dépendantes isolées rencontrent des difficultés d'accès aux prises en charge.
- Il est également constaté un manque de recours au suivi gynécologique et à la contraception, notamment au sein des populations vulnérables (patientes migrantes, transgenres, en situation de handicap) mais aussi d'une manière plus générale du fait du manque d'accessibilité à un suivi gynécologique en secteur 1 sur le territoire parisien. Le dépistage systématique des violences faites aux femmes participe à leur ré-ancrage dans un parcours de soin adapté.
- Globalement la prise en charge des populations vulnérables (migrants, situations de handicap, obésité) nécessite une adaptation des professionnels de santé pour limiter les barrières aux soins (langue, temps de coordination supérieur, attitude non jugeante).

#### 4.2 Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local	Oui	Projet local portant sur la patientèle médecin traitant prise en charge par le groupement IPSO, constitué à date des cabinets de groupe pluri-professionnels : <ul style="list-style-type: none"> <li>- ipso Saint-Martin (Paris 3<sup>ème</sup>),</li> <li>- ipso Nation (Paris 11<sup>ème</sup>)</li> <li>- ipso Ourcq (Paris 19<sup>ème</sup>)</li> <li>- ipso Porte d'Italie (Paris 13<sup>ème</sup>)</li> </ul>
Régional	Non	
Interrégional	Non	
National	Non	



## 5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)

ipso santé - programme Médecin Traitant Renforcé	
Porteur(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- GIE IPSO ( 323 rue Saint Martin, 73003 Paris)</li> <li>- SELAS IPSO ( 323 rue Saint Martin, 75003 Paris)</li> <li>- SELAS IPSO NATION ( 73 rue de Montreuil, 75011 Paris)</li> </ul>
Partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe Hospitalier Paris X (Dr Karine Champion, département médecine interne et maladies infectieuses Lariboisière, Saint-Louis, Dr Christophe Segouin CEGIDD Fernand Widal)</li> <li>- psychologues ( Agathe Lochelongue, Ariane Reichert, Elodie Dubut, Delphine Tuheil, Julie Chrétien, Corinne Garcia, Delphine Tuheil, Hugues D'Alascio, Céline Bruntz, Valérie Blanc)</li> <li>- SIEL BLEU (aide physique adaptée)</li> <li>- ISM interprétariat</li> <li>- GRESMO</li> <li>- ROMDES</li> <li>- Jennifer Joffre (Diététicienne)</li> </ul>
Personne contact	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Marie BENQUE ( <a href="mailto:marie.benque@ipsosante.fr">marie.benque@ipsosante.fr</a>)</li> <li>- Dr Sandrine ANDRÉ ( <a href="mailto:sandrine.andre@ipsosante.fr">sandrine.andre@ipsosante.fr</a>)</li> <li>- Dr Clélia DELANOË ( <a href="mailto:clelia.delanoe@ipsosante.fr">clelia.delanoe@ipsosante.fr</a>)</li> <li>- Benjamin MOUSNIER-LOMPRÉ ( <a href="mailto:benjamin.mousnier@ipsosante.fr">benjamin.mousnier@ipsosante.fr</a>)</li> <li>- Simon CHAMPETIER ( <a href="mailto:simon.champetier@ipsosante.fr">simon.champetier@ipsosante.fr</a>)</li> </ul>
Professionnels de santé et structures impliqués	<ul style="list-style-type: none"> <li>- médecins généralistes</li> <li>- sages femmes</li> <li>- infirmiers</li> </ul>

Nous continuons de développer un réseau de proximité avec des soignants de second recours médicaux (ex : 2 cardiologues, 2 gynécologues) et paramédicaux libéraux (psychologues, 1 cabinet de kinésithérapie libéral avec des échanges réguliers avec au moins 6 kinésithérapeutes, pédicure-podologue, diététiciens). L'objectif est de leur proposer d'intégrer le projet. Cette liste n'est bien entendu pas exhaustive et sera soumise à évolution en fonction des besoins des cliniciens dans le respect des bonnes pratiques.

Notre projet s'appuie en partie sur l'expérience de nouvelles modalités de travail mises en place au sein de notre structure depuis 2015. C'est un modèle attractif puisqu'aujourd'hui il regroupe plus de 35 médecins, des sages-femmes, des IDE, des assistants médicaux, une équipe IT, des fonctions de coordination administrative et financière, et une équipe de gestionnaires, et fait l'objet de très

nombreuses nouvelles candidatures spontanées de professionnels de santé. Il est répliquable, efficient et accessible au plus grand nombre (conventionnement en secteur 1, gamme de pratiques étendues y compris la prise en charge du non-programmé, horaires de consultations étendus). Le projet est évolutif sur un plan technique et organisationnel, avec une adaptation itérative aux obstacles rencontrés au fil de l'eau, une approche d'amélioration continue de la qualité des soins et des projets de recherche. Enfin, des parcours fiables et stabilisés avec les CHU voisins ont pu être mis en place et entretenus.

Le projet d'expérimentation implique en premier lieu les équipes des structures y participant à savoir les professionnels de santé adhérents du GIE IPSO et les salariés  
 Toutefois, afin d'informer et impliquer le cas échéant des professionnels de santé, établissements ou autres acteurs du territoire pouvant être amenés à y participer, un travail est en cours pour définir les modalités de gouvernance.

Il est envisagé différentes modalités en fonction des acteurs :

- Un partenariat est en cours de constitution avec le GH Paris X ainsi qu'avec les professionnels spécialisés dans les domaines pour lesquels une intervention d'un acteur extérieur à la structure est nécessaire
- Une contractualisation avec des professionnels extérieurs à la structure est envisagée afin de définir les modalités de leur intervention dans la prise en charge des patients de la structure (exemple : psychologue libéral) ;
- Une réflexion sur le recours à l'appui des futures Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) est envisagée.

## 6. Catégories d'expérimentations

<b>Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)</b>	<b>Cocher</b>
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	<b>Oui</b>
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	<b>Oui</b>
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	<b>Oui</b>

<b>Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)</b>	<b>Cocher</b>
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	<b>Oui</b>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	<b>Oui</b>
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	<b>Oui</b>

## 7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

*Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.*

<b>I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites du financement actuel	Le système actuel de financement et d'organisation de la médecine de premier recours encourage peu la prévention et le travail de coordination des médecins traitants. Il crée également peu de marge de manœuvre pour mettre en place des modalités de prise en charge innovante, à l'heure où le soin primaire doit se réinventer pour faire face à de nouveaux enjeux de santé publique (vieillesse, maladies chroniques, désertification...).
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturation,</li> <li>• Tarification,</li> <li>• Remboursement,</li> <li>• Paiement direct des honoraires par le malade,</li> <li>• Frais couverts par l'assurance maladie</li> <li>• Participation de l'assuré</li> <li>• Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</li> </ul>	<p>Dérogation aux règles de facturation des actes par le médecin traitant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplacement du paiement à l'acte et des rémunérations forfaitaires actuels (Forfait Patientèle Médecin Traitant, ROSP, Forfait structure) par une rémunération forfaitaire mensuelle moyenne par patient puis par catégorie de patients.</li> </ul> <p>Dérogation aux règles de facturation des actes réalisés par les sages-femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplacement du paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire mensuelle moyenne par patient pour le forfait « santé de la femme »</li> </ul> <p>Dérogation aux règles de paiement direct des honoraires par le malade et de remboursement et à la participation de l'Assurance Maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La rémunération forfaitaire mensuelle suscitée sera versée par l'Assurance Maladie au médecin traitant.</li> <li>- Au démarrage de l'expérimentation, pour des raisons de faisabilité technique, la prise en charge sera remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie dérogeant au principe de participation de l'assuré. Ce point fera l'objet d'un réexamen au cours de l'expérimentation et pourra le cas échéant faire l'objet d'une modification.</li> <li>- Certaines prises en charge réalisées par des professionnels de santé extérieurs à la structure donnent lieu à une rémunération par la structure et non pas à une facturation directe à l'assuré (ex : prise en charge non remboursées par l'assurance maladie : consultation de psychologues, diététiciens, activité physique adaptée, ...).</li> </ul> <p>Dérogation sur les frais couverts par l'assurance maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une enveloppe forfaitaire annuelle sera mise à disposition de l'équipe de la structure pour organiser une prise en charge personnalisée des patients en fonction de leur situation axée sur la prévention ou des prises en charge ne faisant pas l'objet actuellement d'un remboursement par l'Assurance Maladie (ex : psychologue, diététicien, intervenants sociaux,...).</li> </ul>

<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	Les limites actuelles pesant sur la contractualisation entre professionnels de santé (notamment entre praticiens titulaires et remplaçants, où les contrats sont très encadrés sur la durée, les modalités de rémunération, etc.), ainsi que les risques fiscaux ou sociaux qui peuvent en découler, peuvent créer des contraintes fortes lors de la mise en place d'une nouvelle organisation ou d'un nouveau système de financement
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (<u>article L162-31-1-II-2°</u>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage d'honoraires entre professionnels de santé</li> <li>• Prestations d'hébergement non médicalisé</li> <li>• Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</li> <li>• Dispensation à domicile des dialysats</li> </ul>	

Par ailleurs, en cas de remplacement, ces nouvelles modalités de financement dérogatoires s'appliquent également aux médecins remplaçants dans le respect des règles déontologiques. Compte tenu des particularités de l'expérimentation (tarification à l'acte pour les patients non inclus et financement forfaitaire pour les patients inclus), il appartient au médecin traitant et au remplaçant de se mettre d'accord sur les modalités de rétrocession des honoraires qui pourraient ne pas reposer sur un volume d'actes réalisés.

## **8. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement :**

La volumétrie pour l'expérimentation, à l'échelle du groupe IPSO, est la suivante :

- Quatre cabinets médicaux ipso ont déjà intégré la présente expérimentation :
- Aujourd'hui environ 50 professionnels de santé travaillent au sein du GIE IPSO de manière régulière, dont plus de 40 MG (23 MG installés pour le moment, les autres sous statut de remplaçants, d'autres installations sont à venir prochainement).
- La file active est de 12 500 patients qui ont déclaré un médecin d'IPSO comme MT, à août 2021 (deux cabinets, en cours de montée en charge). L'entrée dans l'expérimentation est proposée à tous les patients des médecins généralistes installés au sein des quatre cabinets expérimentateurs, à la fois via une communication initiale à destination des patients ayant déjà déclaré des médecins IPSO comme médecin traitant, puis au fil de l'eau lorsqu'ils souhaiteront déclarer des médecins d'IPSO comme médecin traitant (en leur laissant alors le choix entre le contrat MT actuel et ces nouvelles modalités).
- L'estimation de l'effectif cumulé d'inclusion des patients dans le dispositif d'expérimentation au sein des 4 cabinets est la suivante :
  - o 1210 patients inclus en décembre 2020<sup>1</sup>,
  - o 5 000 patients inclus en décembre 2021,
  - o 15 000 patients inclus en décembre 2022,

<sup>1</sup> Chiffre réel constaté au 31 Décembre 2020

- 22 000 patients inclus en décembre 2023,
  - 28 000 patients inclus en décembre 2024.
- Le nombre de patients inclus dans l'expérimentation « contrat médecin traitant renforcé » est donc plafonné à 28 000 patients pour toute la durée de l'expérimentation.

#### Soutenabilité financière :

Les conditions proposées visent à remplacer pendant la durée de l'expérimentation, pour les patients inclus, les modalités conventionnelles en vigueur. Elles visent à créer des économies en aval pour le système de santé *via* une amélioration de l'accessibilité, de la coordination, de la prévention et de la continuité des soins, mais également un renforcement de la densité du soin primaire (*via* une meilleure attractivité de l'installation pour les jeunes médecins généralistes, facteur d'efficience de l'ensemble du système).

### **9. Modalités de financement de l'expérimentation**

La présente expérimentation a vocation à être financée par de nouvelles modalités de rémunérations mises en place en 3 volets :

- une rémunération individuelle forfaitaire des médecins traitants substitutive aux paiements de droit commun pour sa patientèle MT sur le périmètre précisé plus bas (a),
- une rémunération collective appelée ("enveloppe complémentaire") versée à chaque cabinet en supplément des rémunérations existantes, visant à organiser et financer de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'éviter le renoncement aux soins et les ruptures de parcours des patients les plus vulnérables (b),
- des crédits d'amorçage (c).

#### **9.1 Le forfait mensuel**

##### **Périmètre du forfait**

Ce forfait mensuel est versé à chaque médecin, pour chaque patient l'ayant déclaré comme médecin traitant et ayant adhéré au « contrat médecin traitant renforcé ». Il varie donc en fonction de l'effectif de la patientèle médecin traitant de chaque médecin, quel que soit le nombre d'actes réalisés auprès de ces patients. Il comprend pour chaque patient du programme des actes inclus dans le périmètre précisé en annexe 3 et réalisés par un professionnel de santé d'un cabinet ipso, qu'il s'agisse de son médecin traitant ou non. Il se substitue à plusieurs éléments de rémunération du médecin existants :

- à la facturation à l'acte pour les consultations, téléconsultations, et actes techniques « simples » réalisés pour les patients participant à l'expérimentation (*les actes intégrés dans ce forfait sont précisés en annexe 3*)
- aux rémunérations forfaitaires additionnelles, à savoir :

- Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT),
- Les dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP),
- Le Forfait Structure pour les médecins en bénéficiant (jusqu'à fin 2021 uniquement)<sup>2</sup>.

### **Modalités de détermination du forfait**

La valorisation du forfait versé au médecin traitant sera réalisée en plusieurs phases selon le calendrier prévisionnel suivant :

- Phase 1 – Année 2020 : un forfait mensuel moyen par patient

Le montant du forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant est calculé à partir du montant correspondant à la base de remboursement des actes intégrés au forfait (partie périmètre) réalisés au profit de la patientèle MT des médecins traitants d'IPSO (cabinets Paris 3 et Paris 11), sur la base d'une période de référence de 12 mois (à partir des dernières données disponibles) allouées au titre de l'année n-1 (ROSP, Forfait Patientèle Médecin Traitant, forfait structure au regard des critères applicables pour l'année 2019).

Concernant la rémunération au titre de la ROSP, pour les médecins d'IPSO installés depuis moins de 2 ans, afin de tenir compte d'une ROSP moins élevée durant les premières années d'exercice durant lesquelles les jeunes installés constituent leur patientèle, la moyenne des montants des rémunérations ROSP des médecins IPSO installés depuis plus de 2 ans est prise en compte.

Pour l'année 2020, la rémunération mensuelle des médecins traitants d'IPSO correspond ainsi au montant moyen par patient valorisé par l'effectif mensuel de patients MT ayant adhéré au « contrat médecin traitant renforcé » communiqué par ipso selon des modalités à préciser dans une convention de financement passée avec l'Assurance maladie.

Cette dernière donnée est communiquée mensuellement par IPSO à partir du système d'information du cabinet selon les modalités définies dans la convention de financement signée entre le groupement et la caisse nationale d'assurance maladie. Ipso tient à la disposition de l'Assurance Maladie la liste des patients participant à l'expérimentation

- Phase 2 – Année 2021 de transition : basculement progressif du forfait mensuel moyen en forfaits mensuels par catégories de patients ("les forfaits différenciés").

En 2021, des forfaits d'une valeur différenciée en fonction des catégories de patient se substitueront progressivement au forfait moyen de la phase 1. Les principes de construction des forfaits différenciés (objectif, critères d'inclusion, projet médical, ...) sont exposés en Annexe 4.

18

---

<sup>2</sup> Concernant le forfait structure, bien que le forfait structure ne soit plus intégré au sein du forfait mensuel médecin traitant au-delà de 2021, ipso continuera à s'inscrire dans les dynamiques mises en place par ce dispositif en termes de développement des usages des outils numériques en santé (alimentation des DMP notamment avec les volets de synthèse médicale des patients, utilisation des MSSanté pour les échanges vers les autres professionnels de santé et vers les patients à compter du lancement de Mon Espace Santé, utilisation des téléservices de l'Assurance Maladie ...) ainsi que ceux liés à la transformation de l'organisation du système de santé (inscription dans une démarche d'exercice coordonnée, participation au Service d'Accès aux Soins).

La valeur de ces forfaits sera déterminée, pour utilisation dans ce cadre expérimental, sur la base des données présentes dans les systèmes d'information de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (consommations de soins historiques, âge, ALD, CSS,...), des analyses et recommandations produites par les institutions de santé publique (CNAM, DRESS, HAS...) et en dernier recours par des données de terrains recueillies par les expérimentateurs sur leur patientèle existante.

La mise en œuvre de ces forfaits fera l'objet d'un suivi qui pourra amener à une modification de leur valeur, de la nature des forfaits eux-mêmes chaque année avec si besoin avenant à la convention de financement.

Le GIE IPSO adapte son système d'information de façon à ce que chaque cabinet expérimentateur soit en capacité de recueillir les informations nécessaires au bon calibrage et au contrôle du forfait. En effet, l'évaluation de l'expérimentation et un éventuel ajustement du modèle reposent sur un chiffrage précis, grâce au SI, du nombre d'interactions réalisées (consultations, appels, emails...) , du temps médical passé par l'équipe soignante sur les dossiers des patients et du temps de coordination passé par l'équipe médico-social pour orienter les patients dans le parcours de soins.

- Phase 3 (à compter de 2022 au plus tôt) : financement sur la base des forfaits mensuels par catégorie de patient ("les forfaits différenciés")

À compter de 2022 et en fonction de l'évolution des travaux menés en 2020 et 2021, pour les médecins traitants membres des structures ipso expérimentatrices feront l'objet d'une rémunération mensuelle calculée principalement sur la base d'une référence nationale pour chaque catégorie de patients et de leur file active de patients MT ayant adhéré au « contrat médecin traitant renforcé ».

Pendant toute la durée de l'expérimentation, les médecins continuent de facturer les actes réalisés selon les règles définies dans la convention médicale et dans la liste des actes et prestations dans les cas suivants :

- pour les patients ne participant pas à l'expérimentation, l'ensemble des consultations et actes techniques réalisés
- pour les patients participant à l'expérimentation, les actes techniques non listés en annexe 3.

Chaque cabinet tient à la disposition de l'Assurance Maladie la liste des patients participant à l'expérimentation de façon à lui permettre de vérifier l'absence de « double facturation » pour ces patients.

**Principe d'une clause de sauvegarde :**

Pour limiter le risque financier de ce nouveau modèle substitutif aux modalités de financement actuelle, chaque médecin participant à l'expérimentation bénéficie pour une durée minimum de deux ans, d'une compensation en cas de perte de revenu correspondant au montant qu'il aurait perçu s'il avait continué à être financé selon les règles de droit de commun. Cette compensation est égale à la différence entre la rémunération issue du forfait dérogatoire défini dans le présent cahier des charges et la rémunération qui aurait été perçue au titre du financement à l'acte relevant du droit commun. La convention de financement précise ces modalités de calcul.

Le principe de la clause de sauvegarde s'applique:

- pendant toute la durée de la phase 1 et 2 liée à la mise en place du forfait moyen
- pendant les 12 premiers mois de la phase 3 à partir de la mise en place des forfaits par catégories de patients

## 9.2 L'enveloppe complémentaire

### Périmètre de l'enveloppe

Une enveloppe forfaitaire annuelle est allouée à chaque cabinet, en fonction de l'effectif et des caractéristiques de la patientèle ayant adhéré au « contrat médecin traitant renforcé » des médecins traitants du cabinet.

L'objectif de cette enveloppe est d'organiser et financer de nouveaux services et de nouveaux modes d'organisation des soins afin d'éviter le renoncement aux soins et les ruptures de parcours des patients les plus vulnérables.

Cette enveloppe peut couvrir notamment les prises en charges listées ci-dessous et leur organisation :

- l'organisation d'ateliers d'éducation thérapeutique spécifiques animés par un IDE ou d'autres professionnels de santé,
- des prises en charges spécifiques actuellement non remboursées par l'assurance maladie telles que les suivantes (en fonction des profils patients identifiés au sein de chaque patientèle) :
  - o prise en charge psychologique (entretiens individuels, thérapie de groupe)
  - o prise en charge par un diététicien (entretien individuel, ateliers en groupe)
  - o prise en charge par un ergothérapeute (adaptation du logement),
  - o prise en charge par un psychomotricien (rééducation individuelle et suivi),
  - o séance d'activité physique adaptée (aide à la reprise du sport),
  - o recours à une coordinatrice assistant sociale / médiateurs sociaux traducteur/interprète (intervention ponctuelle en présentiel ou service en ligne)
- le travail de coordination par des IDE ou autres professionnels dans le cadre de prises en charge de patients dépendants à domicile ou de patients en fin de vie, le temps de concertation pluri professionnels nécessitant l'intervention de soignants extérieurs

Cette enveloppe globale est attribuée pour les deux premières années de l'expérimentation à savoir 2020 et 2021. A compter de l'année 2022, l'enveloppe complémentaire peut-être renouvelée annuellement avec accord de l'ensemble des parties prenantes

### Montant de l'enveloppe et modalités de mise à disposition

Le montant de cette enveloppe ne peut excéder, pour un cabinet chaque année, 15 % du montant total des forfaits mensuels versés.

Cette enveloppe, calculée annuellement, est mise à disposition de l'ensemble des professionnels exerçant dans chaque cabinet expérimentateur qui est libre dans son utilisation, dans les conditions fixées par la convention de financement.



L'équipe peut utiliser cette enveloppe :

- soit pour financer les prises en charges précitées réalisées par des professionnels du cabinet ipso,
- soit pour déléguer ou externaliser ces prises en charge à des professionnels de santé extérieurs à la structure. Dans ce cadre, une convention de partenariat sera conclue avec les acteurs en question précisant les prestations achetées par ipso et leur montant.

Le montant ainsi que les modalités de calcul et de versement de cette enveloppe sont précisés dans la convention de financement passée entre les cabinets ipso et l'Assurance maladie.

### 9.3 Les aides au démarrage

Les modalités proposées précédemment visent à favoriser un équilibre économique, une autonomie et une capacité d'innovation sur la durée pour les organisations de soin primaire, incluant une capacité à libérer des ressources sur de la gestion de projet et de la construction de partenariats.

Il sera nécessaire de mobiliser un volume particulièrement important de ressources sur les premiers mois de démarrage de l'expérimentation, aux fins de :

- mettre en place les modalités administratives et circuits de financement avec l'Assurance Maladie,
- mettre en place des modalités juridiques nouvelles avec nos partenaires dans le cadre de l'expérimentation,
- construire une méthodologie et de la pédagogie autour du projet,
- résoudre les nombreuses problématiques opérationnelles et administratives liées à l'expérimentation,
- investir sur des nouveaux outils, organiser la collecte, le suivi, l'analyse et la remontée d'indicateurs spécifiques à l'expérimentation.

Dans ce cadre, l'aide à l'amorçage/ingénierie de projet s'élève à un montant de 420 360 € pour toute la durée de l'expérimentation.

Les crédits d'amorçage seront financés par l'Agence régionale de santé d'Île-de-France *via* le fond d'intervention régionale (FIR) et seront répartis de la manière suivante sur la durée de l'expérimentation :

- 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années : 148 830 € par an,
- 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> années : 40 900 € par an.

Les crédits d'amorçage seront versés au GIE IPSO.

Les crédits d'amorçage et d'ingénierie couvrent l'ensemble de l'expérimentation dans le périmètre défini par le présent cahier des charges.

## Besoins de financement annuels

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

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

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

## 10. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

L'évaluation de la présente expérimentation nécessite la mise en place d'indicateurs permettant d'une part le recueil des facteurs de risque mais également l'évaluation des mesures appliquées. Il convient de les séparer en trois catégories : d'une part des indicateurs intéressant les patients, d'autre part des indicateurs soignants (la qualité de vie au travail conditionnant la pérennité d'une installation) et enfin des indicateurs d'opérationnalité et de processus.

- Indicateurs relatifs aux patients :
  - o Des mesures d'impacts médicaux relatifs aux facteurs de risques qui seront définis (cf. annexe 4)
  - o Des indicateurs de recours aux soins
    - recours aux soins primaires et secondaires
    - hospitalisations
    - taux de ré hospitalisations
  - o Des indicateurs de recours aux dispositifs de prévention (dépistage, vaccination...)
  - o Des indicateurs relatifs aux comportements de santé (contraception, addictologie...)
  - o Des indicateurs de satisfaction patients (questionnaires patients envoyés par mails après chaque consultation)
- Indicateurs relatifs aux soignants :
  - o Satisfaction des professionnels de santé (questionnaires de satisfaction et d'amélioration réguliers entre autres)

- Mesures du confort psychologique des soignants (prévention du burn out, par exemple MBI)
  - Attractivité perçue de ces modalités de prise en charge et de l'exercice du métier (dans l'absolu, et comparée à d'autres options), pour les soignants participant à l'expérimentation et pour ceux n'y participant pas (notamment les étudiants)
  - Evolution du nombre de soignants s'associant ou participant au projet
  - Impact sur le nombre d'installations de médecins généralistes
  - Evolution des prescriptions
- Indicateurs d'opérationnalité et de processus :
- Recrutement de patients participant à l'expérimentation
  - Mise en place des prises en charge personnalisées en fonction des facteurs de risques soit par les professionnels de la structure soit par des partenaires extérieurs : nombre et contenu des interventions
- **Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

Dans le cadre de l'expérimentation, le médecin traitant et l'équipe de soins constitueront et tiendront à jour son dossier médical nécessaire à la prise en charge du patient et au fonctionnement de l'expérimentation.

En plus des informations habituellement présentes dans un dossier patient tenu par un médecin, les informations relatives aux facteurs de risques médicaux et non médicaux utiles afin de définir les modalités de prise en charge.

Dans le respect des méthodologies de référence de la CNIL et du RGPD, les informations seront stockées dans le logiciel professionnel des structures participant à l'expérimentation, lui-même hébergé chez un hébergeur agréé de données de santé. Ces informations seront utilisées par le médecin traitant et l'équipe de coordination de la structure afin de définir les prises en charge pouvant lui être proposées.

Une transmission vers des professionnels de santé extérieurs à la structure d'une partie de ces données pourra intervenir si celle-ci s'avère nécessaire afin de permettre la bonne prise en charge du patient par ces derniers. Le partage et l'échange d'information pourra notamment s'appuyer sur les outils de coordinations existants au niveau national et régional (DMP, MSS, Plateforme numérique régionale Terr-eSanté).

Le tableau ci-après précise les données qui seront conservées dans le dossier patient, ainsi que l'intérêt représenté par le recueil et l'utilisation qui en sera faite.

	Intérêt comme indicateur	Enjeux (pop générale/ action ciblée)	Actions possibles	Impact des actions
<b>Facteurs de risques médicaux</b>				
<i>Non modifiables</i>				
Âge	Repérer et prévenir	actions ciblées	Consultations dédiées à chaque charnière de vie, télémedecine, focus sur la dénutrition, les chutes, iatrogénie médicamenteuse (lien avec les pharmaciens)	Diminution incidence maladies chroniques et complications (MAMA, FDRCV...), dépistage et prise en charge des conduites à risque...
Genre	Prévenir	actions ciblées	Consultations et éducation thérapeutique (IST, Contraception, grossesse, nutrition...)	Diminution incidence maladies CV, MST, contraception...
Hérédité	Repérer et prévenir	actions ciblées	Education sur suivi (dépistage des cancers...)	Dépistage précoce de maladies graves
<i>Modifiables</i>				
HTA	Prévenir et soigner	population générale et actions ciblées	Consultations dédiées, éducation thérapeutique, coordination, IDE	Diminution incidence complication, amélioration observance
Diabète	Prévenir et soigner	population générale et actions ciblées	Consultations dédiées, éducation thérapeutique, coordination, IDE	Diminution incidence complication, amélioration observance
Dyslipidémies	Prévenir et soigner	population générale et actions ciblées	Consultations dédiées, éducation thérapeutique, coordination, IDE	Diminution incidence complications, amélioration observance
Obésité/surpoids	Prévenir et soigner	population générale et actions ciblées	Consultations dédiées, éducation thérapeutique, coordination, activité physique, ateliers nutrition	Diminution incidence complications, amélioration observance
Manque d'activité physique	Repérer et prévenir	population générale et actions ciblées	Consultations dédiées, éducation thérapeutique, coordination, activité physique	Diminution incidence complications, amélioration observance
Dépression	Repérer et soigner	population générale et actions ciblées	Dépistage et consultations dédiées, coordination	Dépistage et diminution conséquences de ces pathologies, dépistage isolement social
Médicaments	Repérer et prévenir	population générale et actions ciblées	Dépistage et définition des risques à chaque catégorie d'âge, éducation thérapeutique, Ateliers	Dépistage risque de iatrogénie, amélioration de l'observance

<b>Facteurs de risques psychosociaux</b>				
<i>Non modifiables</i>				
Catégorie socio-professionnelle	Repérer et prévenir, réduction des ISS	Population générale et actions ciblées	Actions ciblées (maladies professionnelles, accès aux soins)	réduction des ISS, accès aux soins, dépistage maladies professionnelles
Statut face à l'emploi	Repérer et prévenir, réduction des ISS	Population générale et actions ciblées	Participation d'assistants sociaux, collaboration avec PASS	réduction des ISS, accès aux soins
Qualité couverture sociale	Repérer et prévenir, réduction des ISS	Population générale et actions ciblées	Participation d'assistants sociaux, collaboration avec PASS	réduction des ISS, accès aux soins
Isolement social	Repérer et prévenir	Population générale et actions ciblées	Interventions avec médiateurs sociaux, associations, actions communautaires	réduction des ISS, accès aux soins
<i>Modifiables</i>				
Tabagisme actif	Repérer et prévenir	Population générale et actions ciblées	consultations dédiées, groupes de paroles, consultations addictologie aide au sevrage	Dépistage et diminution conséquences de ces comportements à risques
Exogénose	Repérer et prévenir	Population générale et actions ciblées	consultations dédiées, groupes de paroles, consultations addictologie aide au sevrage	Dépistage et diminution conséquences de ces comportements à risques
Addictions autres	Repérer et prévenir	Population générale et actions ciblées	consultations dédiées, groupes de paroles, consultations addictologie aide au sevrage	Dépistage et diminution conséquences de ces comportements à risques

## **11. Modalités de sortie de l'expérimentation**

Le professionnel de santé souhaitant sortir de l'expérimentation en informe son équipe, la CPAM et la CNAM au moins un mois à l'avance (envoi d'un courrier type signé).

## **12. Liens d'intérêts**

Les porteurs de projets déclarent les liens d'intérêt suivant :

- la société IPSO SANTE SAS, qui développe les logiciels métiers à destination exclusive des adhérents du Groupement d'Intérêt Economique GIE IPSO (porteur de projet), est à la fois actionnaire minoritaire de 2 adhérents du GIE IPSO (SELAS IPSO, SELAS IPSO NATION) et actionnaire minoritaire de la société IDOMED SAS qui développe une plateforme de télémedecine qui sera probablement utilisée dans le cadre de l'expérimentation pour développer certains services ou parcours patients (téléconsultations, collaboration entre professionnels), et potentiellement des interfaces avec les outils de coordination existant au niveau national et régional (notamment DMP, MSS, Terr-e-Santé)

- les 5 administrateurs et membres du comité de direction du GIE IPSO Gabriel D'YVOIRE, Marie BENQUE, Charlotte PARMENT, Clélia DELANOË, Benjamin MOUSNIER-LOMPRES sont tous membres du comité de direction et actionnaires directement et/ou indirectement de la société IPSO SANTE SAS
- Benjamin MOUSNIER-LOMPRES, Président de IPSO SANTE SAS et GIE IPSO, est également membre du conseil stratégique de IDOMED SAS
- Clélia DELANOË, médecin associée de la SELAS IPSO, est praticien attaché vacataire dans le service de maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Pitié Salpêtrière (APHP). Au titre de la participation à différents congrès et séances de formation, elle déclare des liens d'intérêt avec les sociétés Overcome, Janssen, MSD France, et Gilead
- Claire MORGAND, médecin associée de la SELAS IPSO, épidémiologiste, est adjointe au chef du service Evaluations et outils pour la qualité et la sécurité des soins à Haute Autorité de Santé directrice du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès à l'INSERM et membre de la commission spécialisée système de santé et sécurité des patients au Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)
- Hervé PICARD, médecin associé de la SELAS IPSO, médecin de santé publique, est attaché de recherche clinique à la Fondation Rothschild (FOR)
- Nicolas DE CHANAUD, médecin associé de la SELAS IPSO, ancien chef de clinique de médecine générale à l'Université Paris Descartes, déclare des liens d'intérêt avec le Collège de la Médecine générale (CMG), l'association de recherche FAYR-GP, le Centre de Recherche Interdisciplinaire (CRI) et la société BRISTOL-MYERS SQUIBB (1 repas offert)

### **13. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères**

#### Contexte international :

En Finlande et en Suède, le regroupement des médecins s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Parmi les facteurs explicatifs du regroupement, on relève, d'une part, une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système et, d'autre part, l'effet d'évolutions sociologiques, démographiques et épidémiologiques. Le regroupement s'accompagne souvent de règles et de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin exerçant en groupe, développement de nouvelles coopérations entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé (Bourgueil et al., Santé publique, 2009).

Dans ces pays, l'exercice de groupe est souvent majoritaire (les formes de regroupement étant elles assez hétérogènes, tableau ci-dessous) et les modes de rémunération souvent mixtes (actes, capitation, forfaits) (Bourgueil et al. Irdes, questions d'économie de la santé, n°127, 2007).

L'efficacité et l'intérêt épidémiologiques ne sont à ce jour que peu évalués bien que l'équipe de B Starfield propose des résultats très généraux d'ordre plutôt épidémiologiques.

<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est majoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
Finlande	Plus de 90 %	Centre public de santé	Principalement pluriprofessionnel	nd	Salariat/capitation
Suède	98 %	Centre public de santé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	nd	Salariat
Royaume-Uni	92 %	Cabinet privé sous contrat avec l'autorité locale	Pluriprofessionnel	4,8	Capitation/forfait/acte
Québec	Environ 90 %	Cabinet privé	Plurispécialisé et pluriprofessionnel	5,2	Acte
Ontario	60 % environ	Cabinet privé	Monospécialisé	4,8	Acte
Pays-Bas	57 %	Cabinet privé	Monospécialisé	2	Capitation
<i>Pays où la pratique de groupe des médecins généralistes est minoritaire</i>					
	<i>Taux moyen de regroupement des médecins généralistes</i>	<i>Cadre d'exercice dominant du groupe</i>	<i>Professionnels concernés</i>	<i>Nombre moyen de médecins par groupe</i>	<i>Mode de rémunération des médecins</i>
France	39 %	Cabinet privé	Monospécialisé	environ 3	Acte
Belgique	30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Acte
Allemagne	25 à 30 %	Cabinet privé	Monospécialisé	Groupe de 2 médecins en majorité	Acte
Italie	15 à 20 %	Cabinet privé	Monospécialisé	nd	Capitation
Source : Bourgueil Y., Marek A., Mousquès J. « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », <i>Irdes, Questions d'économie de la santé</i> , n° 127, novembre 2007.					

### **Caractéristiques des regroupements et des modes de financement selon les pays**

Exemple belge des maisons de santé fonctionnant à la capitation (Community Health Centre Botermarkt à Gand) :

Pour les patients pris en charge dans le centre, le paiement se fait par capitation pour 3 disciplines (médecins généraliste, infirmiers, kinésithérapeutes). La somme globale reçue par le centre est basée sur les besoins définis en fonction d'une "photographie" annuelle de la population affiliée au centre faite sur 42 indicateurs (encore à optimiser selon eux) : sociaux, âge, sexe, densité médicale, maladies... Cette somme permet de financer aussi si besoin un médiateur culturel, un interprète, une assistante sociale. Les patients adhérents sont obligés de consulter le centre (sauf permanence de soins le week-end et urgence).

Le montant de la capitation est décidé au niveau national : en 2017 la rente était de 30€/personne et par mois, 35€ si la kinésithérapie était effectuée sur place dans la maison de santé, 37-38€ en cas de personne âgée ou avec une pathologie chronique (hors gestes techniques, ex : ECG, sutures...).



## Annexe 1 : exemple de contrat médecin traitant renforcé

### CONTRAT MÉDECIN TRAITANT RENFORCÉ

(à titre dérogatoire dans le cadre de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

#### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E) ET/OU DU BÉNÉFICIAIRE DES SOINS

**l'assuré(e) :**

nom de famille (*de naissance*) \_\_\_\_\_  
prénom (s) \_\_\_\_\_  
n° de sécurité sociale \_\_\_\_\_  
date de naissance \_\_\_\_\_  
adresse de l'assuré(e) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

△ Veuillez renseigner la section ci-dessous uniquement si l'assuré(e) n'est pas le bénéficiaire de soins  
**le bénéficiaire des soins :**

nom de famille (*de naissance*) \_\_\_\_\_  
prénom (s) \_\_\_\_\_  
date de naissance \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE D'EXERCICE ET DU MÉDECIN TRAITANT RENFORCÉ

**structure d'exercice :**

Adresse \_\_\_\_\_  
n° de la structure \_\_\_\_\_  
(AM, FINESS, ou SIRET)

**médecin traitant renforcé :**

nom \_\_\_\_\_  
prénom (s) \_\_\_\_\_  
identifiant \_\_\_\_\_



## **PREAMBULE**

Votre médecin expérimente un nouveau modèle de contrat médecin traitant, qui vise à proposer de nouvelles modalités de prise en charge, orientées sur la continuité, l'accessibilité des soins et la prévention.

Ce contrat est proposé à tou(te)s les patient(e)s des médecins participant à l'expérimentation, il est optionnel et remplace le contrat médecin traitant « classique ». Vous pouvez continuer à être pris(e) en charge par le même médecin et la même structure sans adhérer à ce contrat, sans que cela n'ait de conséquence sur votre prise en charge.

## **ENGAGEMENTS DU MÉDECIN TRAITANT RENFORCÉ DANS LE CADRE DE LA CONVENTION**

Dans le cadre de cette nouvelle convention, le médecin traitant s'engage à mettre en œuvre progressivement, en coordination avec son équipe de soins, tous les moyens pour vous proposer un accompagnement et un suivi étendu, notamment :

- une continuité des soins renforcée, avec un accès facilité aux soins programmés et non programmés sur tous les horaires d'ouverture du cabinet soit au moins 70 heures par semaine, la possibilité de prendre rendez-vous et consulter en ligne, la possibilité d'échanger avec ses professionnels via messagerie sécurisée
- le maintien de votre dossier médical à jour intégrant un bilan préventif identifiant l'ensemble des facteurs de risques médicaux-psycho-sociaux, les actes de dépistages, le suivi des éventuels plans d'actions mis en place pour la prise en charge des facteurs de risques identifiés, et auquel vous pourrez accéder par voie électronique
- l'accès à des programmes de prévention spécifiques en fonction de vos spécificités et facteurs de risque
- l'accès à une aide administrative et sociale pour les patients les plus vulnérables

## **ENGAGEMENTS DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE**

Vous vous engagez à réaliser votre suivi médical habituel / régulier en priorité au sein de la structure, hors urgence ou éloignement du domicile.

## **MODALITES FINANCIERES**

Votre médecin recevra une rémunération mensuelle fixe versée directement par l'assurance maladie.

Vous n'aurez rien à déboursier ni pour votre prise en charge habituelle par le médecin traitant dans le cadre de l'expérimentation, ni pour les éventuels programmes de prévention spécifiques qui vous seront proposés. Seuls les actes techniques (impliquant l'utilisation de matériel spécialisé) continueront à vous être facturés, selon les tarifs et les règles de prise en charge habituels de l'assurance maladie.

## ADHÉSION ET DURÉE DU CONTRAT

Vous pouvez adhérer à ce contrat sur proposition de votre médecin traitant participant à l'expérimentation.

Vous avez la possibilité de sortir de l'expérimentation à tout moment, et de rebasculer sur un contrat médecin traitant classique, en changeant ou non de médecin traitant. A cet effet vous aurez à signifier par courrier et/ou email à votre médecin traitant votre souhait d'y mettre fin.

Sauf dénonciation antérieure, ou reconduction ou généralisation de l'expérimentation, le contrat prendra fin à la fin de l'expérimentation. Dans ce cas vous serez automatiquement rebasculé(e) sur un contrat médecin traitant classique.

## UTILISER VOS DONNÉES POUR ÉVALUER L'EXPÉRIMENTATION

### **Afin d'évaluer l'impact de l'expérimentation nous souhaitons pouvoir utiliser les données vous concernant.**

Les expérimentations d'organisations innovantes en santé feront l'objet d'évaluations. Celles-ci viseront à apprécier la façon dont elles sont mises en œuvre et leur impact et aideront à décider des conditions d'une éventuelle généralisation.

Ces évaluations seront réalisées sur la base de données vous concernant, sans utilisation de données nominatives. Ces données « pseudonymisées » (c'est-à-dire qu'il n'est pas possible de vous identifier directement à partir de celles-ci) contribueront notamment à produire des statistiques permettant d'observer et d'analyser les effets des expérimentations.

Ces évaluations seront réalisées sous la responsabilité de l'Assurance Maladie et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé à partir d'informations relatives à votre prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.

Il peut s'agir :

- de données qui sont principalement collectées par l'Assurance Maladie à l'occasion des remboursements et sont issues du système national des données de santé ;
- de données transmises à l'Assurance Maladie dans le cadre de l'expérimentation par les professionnels qui y participent pour décrire les soins qu'ils dispensent et permettre leur rémunération ;
- de données concernant votre satisfaction et votre ressenti sur votre prise en charge dans le cadre de cette expérimentation, celles-ci seront issues d'enquêtes par questionnaire ou bien par entretien en face à face avec un chercheur, auxquelles il vous sera proposé de participer ;
- de données issues de votre dossier médical que tient le professionnel qui vous suit, relatives à l'objet de l'expérimentation : ces données peuvent être par exemple votre âge, la réalisation et les résultats d'un de vos examens biologiques, l'intervention que vous avez eue, les médicaments qui vous ont été prescrits ou encore les actions de dépistage menées.



Pour cette finalité d'évaluation, les responsables de traitement prennent toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles dans le cadre de cette expérimentation. Vous pouvez à tout moment vous opposer au traitement des données utilisées dans le cadre de l'évaluation des expérimentations, dans les conditions précisées dans la partie « en savoir plus ». Quelle que soit la décision, celle-ci sera sans impact sur la prise en charge sanitaire et sur le remboursement des soins par l'Assurance maladie.

La loi 78.17 du 6.1.78 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la Sécurité sociale).

**J'autorise, dans le cadre de cette expérimentation, l'utilisation des données pseudonymisées de mon dossier médical pour l'évaluation ou à visée de recherche**

**oui**    **non**

#### **DONNER VOTRE 'AVIS**

Afin d'évaluer les bénéfices et les apports de l'expérimentation, nous souhaiterions pouvoir recueillir votre avis sur vos soins et votre accompagnement. Vos réponses ne seront pas restituées nominativement et serviront à améliorer les pratiques des professionnels de votre équipe soignante

**J'accepte d'être contacté pour donner mon avis dans le cadre de l'évaluation de cette expérimentation**

**oui**    **non**

**date** \_\_\_\_\_

#### **le bénéficiaire des soins**

*(et/ou parent titulaire de l'autorité parentale pour les mineurs)*

Je soussigné(e), M., Mme \_\_\_\_\_

déclare adhérer à la convention dérogatoire et choisir le médecin identifié ci-dessus comme médecin traitant

signature(s)

#### **le médecin traitant renforcé**

signature(s)

## Annexe 2 : Présentation du groupement IPSO santé

IPSO santé est un réseau de cabinets médicaux, dont l'objectif est de repenser la médecine de proximité face aux défis actuels, pour proposer des soins de qualité accessibles à tous. Nous repensons la médecine de premier recours grâce à la collaboration interdisciplinaire, l'innovation technologique, des méthodes d'organisation et de management agiles, ou encore une approche relationnelle prenant mieux en compte les attentes patients.

Notre ambition est de montrer la voie de modèles d'organisation et de prise en charge plus efficaces et satisfaisants pour les patients, pour les professionnels, et pour le système. Le projet a été fondé par une équipe interdisciplinaire réunissant des médecins, des spécialistes en organisation et des ingénieurs de haut niveau. Pour développer notre modèle nous avons investi fortement en R&D, et développé des logiciels médicaux et des algorithmes innovants et propriétaires. Le projet IPSO a été incubé par le Ministère de la Recherche à l'hôpital Cochin, et a bénéficié du soutien notamment de l'ARS Ile-de-France, de Paris Initiative Entreprise, ou encore de l'ONG Ashoka.

Nous avons ouvert un cabinet médical laboratoire dans le 3<sup>e</sup> arrondissement de Paris début 2015, qui a validé notre concept, nos hypothèses opérationnelles et économiques. Ce cabinet fait 400m<sup>2</sup>, et une trentaine de professionnels de santé y travaillent régulièrement (environ 25 MG, 3 sages-femmes, 3 IDE). Nous réalisons plus de 50.000 consultations par an, et prenons en charge sur un lieu unique et à taille humaine plus de 90% des besoins de santé quotidiens, liés notamment à la médecine générale, la pédiatrie, la gynécologie et le suivi de grossesse, la nutrition, le suivi des maladies chroniques ou infectieuses, les soins infirmiers, la prise en charge des petites urgences. Nous sommes ouverts sur des horaires étendus (7h30-22h30), 6 jours sur 7. Les médecins travaillent de manière collaborative sur les cas médicaux complexes en étant quasi intégralement déchargés des contraintes administratives, et les patients ont accès via un portail sécurisé à des informations, de la prise de rdv en ligne, ou encore des téléconsultations. Nous proposons tous nos services à des tarifs conventionnés secteur 1.

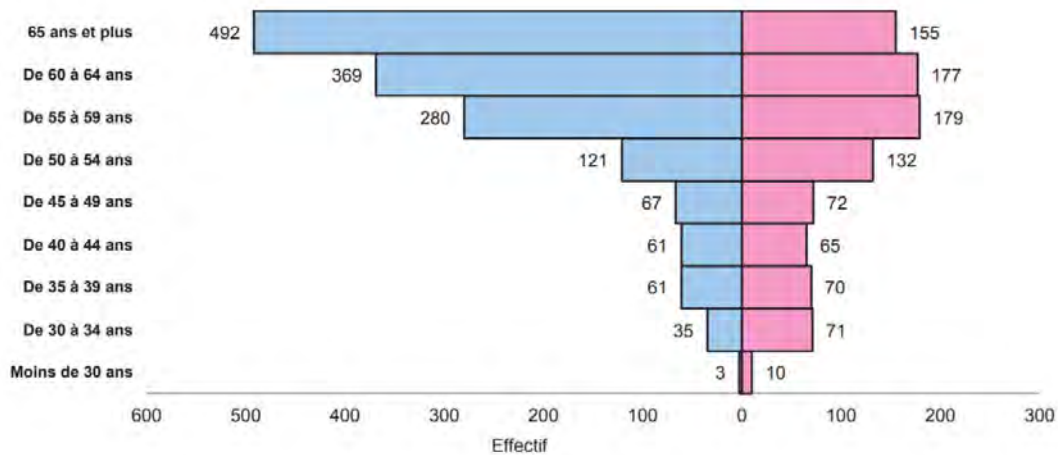
Nos résultats ont atteint ou dépassé nos objectifs : fort engouement des patients (mesuré par questionnaires de satisfaction systématiques, plus de 98% recommandent notre prise en charge à leurs proches, fort bouche-à-oreille sur les réseaux sociaux et les associations de patients), indicateurs de qualité et d'efficacité significativement supérieurs aux normes (notamment sur le temps médical par patient – 19 minutes en moyenne –, sur le nombre de patients pris en charge par médecin par heure), forte attractivité pour les professionnels de santé, équilibre économique sur l'exploitation.

Nous sommes particulièrement différenciants par notre capacité à attirer des jeunes médecins, qui aujourd'hui renoncent massivement à s'installer en ville, par rejet du modèle du médecin traditionnel (isolé, débordé, obligé de faire des horaires lourds pour rentabiliser son activité, souvent menacé par le burn-out). En levant méthodiquement leurs freins (accompagnement administratif, mise en place d'une organisation fluide et agile, équipement en matériel et logiciels de pointe, équipe vraiment collaborative, conviviale et à taille humaine, accès à des formations, à des projets de recherche et de l'innovation, modèle économique à plus faible risque et organisation permettant un meilleur équilibre de vie...), nous avons acquis une solide réputation (plus de 100 candidatures spontanées reçues par an, choix privilégié de stage pour les étudiants en médecine) et une très forte satisfaction (loyauté maximale), facteurs clés de succès pour nous.

Nous sommes en train de nous structurer pour répliquer notre modèle à plus grande échelle. Un 2<sup>e</sup> cabinet, sur un modèle similaire et des principes communs au premier, a ouvert en octobre 2018 dans le 11<sup>e</sup> arrondissement de Paris (quartier Nation). Il réunit déjà 4 médecins généralistes titulaires et 6 médecins remplaçants, et nous avons réalisé dès le 1<sup>er</sup> mois complet plus de 1.200 consultations. Plusieurs équipes sont déjà en gestation au sein de nos cabinets pour constituer les cabinets suivants.

Notre priorité est de nous développer sur le territoire francilien par essaimage, à la fois pour des raisons de synergies locales importantes, et de besoins sanitaires particulièrement importants (environ 50% des médecins généralistes parisiens seront partis à la retraite d'ici 5 ans). Une quinzaine d'autres sites sont envisagés, dont 2 concours de la ville de Paris que nous avons remportés (Projet U-Care à Paris 13, projet Cité Universelle à Paris 19, ouvertures prévues en 2021 et 2022).

pyramide des âges des médecins généralistes à Paris, 2017



Nous ambitionnons également de construire un véritable écosystème autour de nous, pour casser les silos et construire des parcours fluides et efficaces : hôpitaux (plusieurs expérimentations sont déjà en cours avec des services de l'APHP), instituts de recherche (Fondation Rothschild, INSERM), facultés de médecine, organismes médico-sociaux (co-fondation en 2016 du collectif d'innovation sociale ADHOC avec une dizaine d'organisations du secteur ESS), incubation de startups développant des outils ou services synergiques...

### L'équipe

Le groupement IPSO regroupe à fin 2018 plus de 70 personnes, dont

- plus de 40 professionnels de santé (dont environ 35 médecins généralistes)
- une quinzaine d'assistants médicaux et 2 offices managers (1 par site)
- une équipe support de 4 personnes dont 1 coordinatrice administratif & financier, 2 cadres en charge de la réplication du modèle et de la formation des employés
- une équipe de R&D (ingénieurs) d'environ 10 personnes

### Montage juridique et financement

Le groupe IPSO est constitué de plusieurs entreprises très liées (conseils d'administration communs, contrôle actionnarial par les associés opérationnels), avec de fait une équipe unique :

- un groupement d'intérêt économique (GIE IPSO) commun permettant de mutualiser l'essentiel des moyens entre sites et professionnels (y compris autres professions médicales et paramédicales). Le GIE est la principale structure opérationnelle, qui détient les locaux, le matériel, emploie les salariés opérationnels, et porte le projet médical commun. Il est contrôlé de manière collégiale par l'ensemble de ses professionnels de santé adhérents
- une société en charge de la R&D (logiciels notamment) et du financement (IPSO SANTE SAS). IPSO SANTE SAS a le label Jeune Entreprise Innovante (JEI) et respecte les règles de l'Economie Sociale et Solidaire (ESS). Ses financements reposent essentiellement sur des investissements de personnes privées (dont les associés opérationnels), des crédits bancaires et des subventions
- une SELAS de médecins pour chaque site (structure d'exercice légal de la médecine), détenue conjointement par les médecins associés exerçant (majoritaires) et IPSO SANTE SAS.

**Annexe 3 : Liste des actes réalisés par le médecin traitant, intégrés au Forfait mensuel médecin traitant**

Toutes les majorations rattachées aux actes listés ci-dessous sont prises en compte.

- Actes médecine générale (spécialités n° 1, 22, 23) :

Nature de prestation de référence	Cotation	Acte CCAM	Description
1103	APC		Avis ponctuel de consultant
1104	COE		Consultation obligatoire enfant
1105	CCX		Consultation complexe
1109	GS		Consultation spécialiste médecine générale
1110	G		Consultation généraliste
1168	CCP		Première consultation contraception jeunes filles
1192	TCG		Téléconsultation généraliste
1209	VGS		Visite spécialiste médecine générale
1210	VG		Visite médecin généraliste
1214	VL		Visite longue et complexe
1312	K		Autres actes de spécialité
1352	ATM	ALQP003	Dépression
1352	ATM	ALQP006	Déficit cognitif
1352	ATM	CDRP002	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans
1352	ATM	BLQP010	Examen de la vision binoculaire
1352	ATM	DEQP003	Ecg au cabinet

- Actes sages-femmes (spécialité n° 21) :

Nature de prestation de référence	Cotation	Coefficient	Description
1111	C		Consultation
1168	CCP		Première consultation contraception jeunes filles
1911	SF	11,6	Acte Sage-Femme (cours prépa accouchement)
1911	SF	15	Acte Sage-Femme (entretien prénatal)
1911	SF	12,6	Acte Sage-Femme (bilan prénatal)
1911	SF	16,5	suivi post partum à domicile jusqu'à J12
1923	SP		Séance de suivi postnatal

## **Annexe 4 : phase 2, construction des forfaits différenciés**

### **Introduction**

Le fonctionnement proposé a été pensé dans une logique de moyenne; il ne couvre pas toute l'hétérogénéité de la réalité terrain et des situations de chaque patient.

L'objectif est de proposer un système de stratification des forfaits :

- facilement compréhensible par les médecins pour donner de la visibilité sur la rémunération annuelle globale de chacun et favoriser la prise en charge de patients plus complexes ;
- dont la valorisation se base sur les données présentes dans les systèmes d'information de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (remboursements de soins historiques selon les caractéristiques des patients MT -âge, type d'ALD, C2S,...), des analyses et recommandations produites par les institutions de santé publique (CNAM, DRESS, HAS,...) et en dernier recours par des données de terrains recueillies par les expérimentateurs sur leur patientèle existante. Les forfaits associés à ces catégories sont ensuite définis sur la base de ces nouvelles données ;
- dont les critères d'inclusion sont issus de recommandations validées par les autorités de santé compétentes et utilisables en consultation de médecine générale.

### **Fonctionnement général**

- pour chaque patient, le médecin reçoit un forfait composé :
  - a minima, d'un forfait dit socle, i.e. le même pour tous les patients ipso intégrant l'expérimentation; ce forfait socle est ensuite dit « fidélisé », i.e. qu'on lui applique un taux de fidélisation estimatif ; puis on ajoute à ce forfait socle fidélisé, la quote-part de ROSP/FPMT correspondante;
  - éventuellement d'un/plusieurs ajout(s) thématique(s) afin d'apprécier la complexité de certaines situations.
- les ajouts thématiques sont des "briques" supplémentaires qui peuvent se superposer les unes aux autres ;
- le montant global du forfait est plafonné par patient.

### **La partie socle**

L'objectif général est d'assurer une prise en charge standard en médecine générale sur le périmètre d'actes définis dans le cahier des charges.

### **Les ajouts thématiques**

Cette section est structurée par proposition d'ajout thématique avec, à chaque fois :

- la définition d'un objectif global de prise en charge
- le projet médical associé

- les éléments de la pratique de médecine générale que nous cherchons à valoriser par rapport à la prise en charge classique (partie socle) et en utilisant la légende suivante

+	légèrement supérieure à une prise en charge classique
++	supérieure à une prise en charge classique
+++	très supérieure à une prise en charge classique

- les critères d'inclusion qui nous semblent pertinent pour définir si le suivi de ce patient justifie l'ajout thématique (en prospectif)
- les éléments bibliographiques associés qui ont motivés nos choix d'indicateurs
- les éventuelles exclusions de patients pour chaque ajout thématique

## I. Nourrisson

### A. Objectif

Favoriser le bon développement de l'enfant et dépister précocement les troubles

#### B. Quel projet médical pour ces patients?

- éduquer les parents à la parentalité (répondre aux interrogations, ...)
- assurer les actions de préventions et dépistages spécifiques aux nourrissons

#### C. Qu'est-ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

un temps médical	+++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
une attention à l'environnement social du patient	+
une attention sur les prescriptions	+

### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
Âge	attributif	inférieur à 25 mois



## II. Jeune enfant

### A. Objectif

Favoriser le bon développement de l'enfant et dépister précocement les troubles

#### B. Quel projet médical pour ces patients?

- venir compléter le rôle du médecin scolaire et assurer un accompagnement personnalisé de l'enfant
- éduquer les parents à la parentalité
- assurer les actions de préventions (obésité, prévention contre les écrans) et dépistages (troubles du comportement, de la marche et retard langage-moteurs) spécifiques aux jeunes enfants
- valoriser l'utilisation de différentes techniques pédiatriques qui permettent de mener un interrogatoire et une évaluation de qualité avec un enfant.

#### C. Qu'est-ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique?

un temps médical	++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
une attention à l'environnement social du patient	+
une attention sur les prescriptions	+
un réseau médical et médico-social local	+

### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
Âge	attributif	supérieur ou égal à 25 mois inférieur à 6 ans

### III. Personne âgée

#### A. Objectif

Intensifier la prévention en rapport avec l'augmentation des risques de cette classe d'âge vis -à -vis de sa santé afin de diminuer la morbi-mortalité.

#### B. Quel projet médical pour ces patients?

- valoriser le temps médical important passé à recenser les facteurs de risques de vulnérabilité et de perte d'autonomie en fonction du patient (troubles sensoriels, troubles cognitifs, troubles de l'humeur, sédentarité, isolement, logement isolé ou mal adapté)
- valoriser le temps médical passé à informer les patients et les accompagner vers une prise en compte des adaptations à adopter dans leur mode de vie (maintien de la masse musculaire, maintien d'une alimentation suffisante, maintien d'une activité cognitive, entretien du lien social)
- valoriser le temps de coordination des équipes soignantes avec les aidants et les différents acteurs impliqués dans la prise en charge de ces patients (services municipaux ou sociaux, paramédicaux, spécialistes type ORL par ex).

#### C. Qu'est-ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique?

une charge mentale MG	+
un temps médical	++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
une attention à l'environnement social du patient	++
une attention sur les prescriptions	+
des dépenses évitées en aval pour le système de santé	+++

#### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
Age	attributif	âge supérieur ou égal à 75 ans

## IV. Vulnérabilité sociale

### A. Objectif

Identifier et dépister au plus tôt les fragilités matérielles, morales et sociales du patient qui influent (ou influenceront) sur son état de santé. Adapter le discours et les prises en charges pour compenser un risque accru de morbidité et de mortalité.

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- adaptation de la prise en charge médicale :
  - prescrire au maximum des médicaments remboursés
  - adresser au sein d'un réseau de professionnels en secteur 1 autant que possible (réseau qui est long et difficile à construire)
  - former les soignants pour dépister au plus tôt des situations de précarisation (plus on agit en amont plus on évite les situations sans recours et la grande précarité, qui coûte cher humainement et financièrement)
- pour les patients "migrants"
  - s'adapter au niveau de compréhension du patient (barrière de la langue, interrogatoire plus compliqué et plus long) avec des consultations plus longues
  - coordonner les soins avec d'autres intervenants pour la prise en charge du patient (associations, services d'aide administrative, hébergement d'urgence etc)
  - s'assurer de la réalisation des dépistages recommandés lors de l'arrivée en France
- Internaliser de nouvelles compétences provenant du milieu médico-social pour:
  - améliorer la coordination des problématiques sociales des patients et prévenir leur aggravation
  - former en continu les professionnels de santé au dépistage des difficultés sociales des patients et les faire monter en compétence sur l'accès au soin et les thématiques d'aide sociale
  - la construction d'un réseau associatif local performant

### C. Qu'est- ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

une charge mentale	++
un temps médical	+++
un niveau de coordination avec d'autres professionnels de santé	++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	+
une attention à l'environnement social du patient	+++
une attention sur les prescriptions	+
un réseau médical et médico-social local	++

#### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
PRECAR	déclaratif	≥ 44 réévalué au moins une fois par an , au moment du bilan complet Age > 18 ans
C2S	attributif	bénéficiaire au moment de la réévaluation annuelle
AME	attributif	bénéficiaire au moment de la réévaluation annuelle

#### E. Bibliographie

financeur	intitulé	Date
INPES	Validation d'un score de précarité en médecine générale	2016

### V. ALD

#### A. Objectif

Coordonner la gestion de la/des maladie(s) chronique(s)

#### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- adapter et suivre le traitement pour la maladie chronique
- anticiper et gérer des éventuelles décompensations aiguës
- gérer des examens complémentaires et des consultations périodiques avec les spécialistes (coordination accrue avec le paramédical et les soins spécialisés)

### C. Qu'est- ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

une charge mentale	+
un temps médical	++
un niveau de coordination avec d'autres professionnels de santé	++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
une attention à l'environnement social du patient	+
une attention sur les prescriptions	++

### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
ALD	attributif	bénéficiaire

## VI. Perte d'autonomie à domicile

### A. Objectif

Accompagner les problématiques surajoutées liées à la perte d'autonomie à domicile.

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- anticiper le risque de dégradation de la santé du patient
- se déplacer à domicile et être flexible dans son emploi du temps pour répondre à des épisodes aigus et des phénomènes de décompensation.
- s'occuper, dans le cas où l'entourage n'est pas présent, de la mise en relation
  - avec du paramédical
  - avec des sociétés de services pour aider le patient dans son quotidien
- consacrer, dans le cas où l'entourage est présent, du temps à la famille du patient pour faire un point médical et identifier les axes d'attention.
- prévenir les risques de chute, déshydratation, fausse-route et dénutrition.
- maintenir un réseau local performant pour avoir des ressources médicales adaptées aux problèmes concrets du patient (infirmier, kinésithérapeute, ergothérapeute) et coordonner les soins avec les autres intervenants.

**C. Qu'est - ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?**

une charge mentale	++
un temps médical	+++
un niveau de coordination avec d'autres professionnels de santé	+++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
une attention à l'environnement social du patient	++
une attention sur les prescriptions	+
un réseau médical et médico-social local	+++
des dépenses évitées en aval pour le système de santé	+++

**D. Critères d'inclusion**

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
IADL	déclaratif	≤ 2 réévaluer au moins une fois par an, au moment du bilan complet
prise en charge à domicile	déclaratif	consultations réalisées en grande majorité au domicile du patient

**E. Bibliographie**

organisme	intitulé	Date
HAS	Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?	Jan 2014
DRESS	Dépenses de soins de ville des personnes dépendantes	Août 2013

## VII. Situation de handicap

### A. Objectif

Lutter contre les facteurs de renoncement au soins.

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- adapter l'accessibilité du cabinet (au-delà de la seule accessibilité PMR) et la prise de rendez-vous (pouvoir préciser le type de handicap avant le rendez-vous, adapter l'accueil au cabinet)
  - adapter sa communication avec le patient (identifier et s'informer des moyens de communications adaptés)
- adapter le temps de consultation : nécessité de consultations plus longues
- vérifier les dépistages réalisés, aider à leur réalisation ou organisation (à titre d'exemple le handicap est associé à une réduction de la probabilité de recourir au dépistage du cancer du col de l'utérus ou du côlon, IRDES 2015)

### C. Qu'est - ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

un temps médical	+++
un niveau de coordination avec d'autres professionnels de santé	+++
des actes de préventions & dépistages spécifiques	++
un réseau médical et médico-social local	+++

### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
taux d'incapacité MDPH	attributif	forme importante, sévère ou majeure (taux $\geq$ 50%) bénéficiaire au moment de la réévaluation annuelle

## E. Bibliographie

organisme	intitulé	Date
CNSA	Guide des éligibilités pour les décisions prises dans les maisons départementales des personnes handicapées	Oct 2018
DRESS	Les dépenses en faveur des personnes handicapées	Mar 2017
CMU	La protection sociale complémentaire des personnes en situation de handicap et de précarité	Oct 2014

## VIII. Santé mentale (dépression, anxiété, addiction)

### A. Objectif

Réduire la souffrance psychique et les risques liés aux addictions.

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- Aménager des temps de prise en charge plus long pour une meilleure écoute et permettre d'affiner l'analyse médicale (nous constatons que la présentation des symptômes et de leurs autres problèmes de santé est modifiée, majorée par les troubles anxieux ou psychiques)
- travailler sur la réduction des addictions avec un accompagnement sur-mesure du patient en le prenant là où il est par rapport à sa consommation
- prendre le temps nécessaire pour objectiver les troubles via des échelles d'évaluation reconnues et mesurer son évolution dans le temps
- prévenir et repérer les abus médicamenteux.

### C. Qu'est-ce qu'on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

une charge mentale	+
un temps médical	++
un niveau de coordination avec d'autres professionnels de santé	+
des actes de préventions & dépistages spécifiques	+
une attention à l'environnement social du patient	++
une attention sur les prescriptions	+
un réseau médical et médico-social local	+
des dépenses évitées en aval pour le système de santé	++

44



#### D. Critères d'inclusion

	indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
dépression	PHQ-9	déclaratif	score $\geq$ 5 (dépression légère)
anxiété	GAD-7	déclaratif	score $\geq$ 5 (anxiété légère)

#### E. Bibliographie

organisme	intitulé	Date
HAS	Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève	Déc 2014
HAS	Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours	Oct 2017
HAS	Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les seniors de 55 ans et plus	Déc 2014

#### F. Exclusion(s)

- les patients avec l'ALD n° 23

### IX. Santé de la femme

#### A. Objectif

Assurer le suivi gynécologique et obstétrique de premier recours par les MG et sages-femmes des cabinets ipso

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- favoriser une approche pluriprofessionnelle entre médecin généraliste et sage-femme
- sur le suivi gynécologique
  - assurer les consultations liées à la contraception
  - prendre en charge les problématiques aiguës de gynécologies (ex : petites infections, douleurs,...)
- sur le suivi obstétrique :
  - établir des protocoles communs avec les maternités locales pour assurer un suivi complet de la grossesse par le médecin généraliste
  - permettre aux femmes d’avoir une consultation de suivi de grossesse de proximité avec le professionnel de santé qu’elles connaissent
  - permettre un adressage pertinent aux urgences maternité
  - selon certaines complications pouvoir assurer le relais en ville en lien avec la maternité de référence
  - aider à la préparation de l’arrivée du futur enfant (temps de réponses aux questions, travail avec des sages-femmes, fiches pratiques)

### C. Qu’est- ce qu’on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

une charge mentale	
un temps médical	+
des actes de préventions & dépistages spécifiques	+
une attention à l’environnement social du patient	+
une attention sur les prescriptions	+

### D. Critères d’inclusion

indicateur ipso	type d’indicateur	seuil de déclenchement
déclaration sur l’honneur	déclaratif	- déclaration sur l’honneur de la patiente précisant qu’elle souhaite faire l’intégralité de son suivi gynécologique de premier recours au sein des cabinets ipso santé

Sera recueilli le choix des patientes de réaliser leur suivi gynécologique dans le cadre expérimental « Contrat médecin traitant renforcé ».

## E. Bibliographie

organisme	intitulé	Date
HAS	suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées	Mai 2016

## X. Patient à Haut Risque Cardio Vasculaire

### A. Objectif

Amener le patient vers des changements de comportements qui réduisent les facteurs de risques identifiés lors de sa prise en charge initiale.

### B. Quel projet médical pour ces patients ?

- utiliser des techniques d’entretiens motivationnels innovantes pour mettre le patient en mouvement et qu’il mène des actions concrètes amenant à la réduction de certains facteurs de risques
- créer un accompagnement “sur-mesure” pour le patient en le prenant là où il est.
- creuser d’avantages
  - les antécédents familiaux pour bien identifier d’éventuels FDR (âges de survenue des événements CV)
  - l’historique des traitements déjà pris avant le suivi par un médecin ipso
- s’assurer d’avoir un bilan biologique récent renseigné dans le dossier
- objectiver le risque cardio-vasculaire en suivant les recommandations des autorités référentes (notamment via l’outil SCORE)
- faire un examen clinique systématique avec tension artérielle, pouls et souffle.

### C. Qu’est - ce qu’on cherche à valoriser par rapport à une prise en charge classique ?

une charge mentale	++
un temps médical	+
des actes de préventions & dépistages spécifiques	+
une attention à l’environnement social du patient	+
une attention sur les prescriptions	+
des dépenses évitées en aval pour le système de santé	+

#### D. Critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
IMC	déclaratif	≥ 30 réévaluer au moins une fois par an, au moment du bilan complet
SCORE	déclaratif	≥ 5% réévaluer au moins une fois par an, au moment du bilan complet SCORE à faire uniquement pour les hommes ≥40 ans et les femmes de ≥ 50 ans.

#### E. Bibliographie

organisme	intitulé	Date
HAS	évaluation du niveau de risque cardiovasculaire	Oct 2018
HAS	Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours	Oct 2014

#### F. Exclusion(s)

- les patients avec ALD cardio-vasculaire (ALD n° 1, 5, 12)