



Proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant » accompagnées d'un paiement du médecin traitant au forfait par catégorie de patient



Porteur du projet

GIE IPSO Santé

Partenaires

GH AP-HP Paris X, Centre d'imagerie médicale BACHAUMONT, Siel Bleu, Psychologues de ville

Expérimentateurs franciliens

IPSO Saint-Martin (Paris 3), IPSO Nation (Paris 11), IPSO Porte d'Italie (Paris 13) et IPSO Ourcq (Paris 19)



75



5 ans

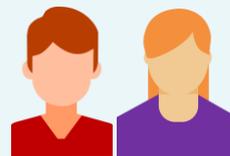
Lancée le 31/01/2020



13 600 K€ (FISS)
420 K€ (FIR)



Cahier des charges - Avis CTIS



Population générale
28 000 patients
bénéficiaires franciliens



Publié au Recueil des actes administratifs
le 03/02/2020, modifié le 30/12/2021



Financement substitutif :
rémunération forfaitaire mensuelle
par patient modulée en fonction
des catégories de patients



ars-idf-art51@ars.sante.fr



Mots clés :

ville, médecin traitant, population générale

Caractère innovant

L'expérimentation proposée repose sur une **approche interdisciplinaire** intégrant des compétences nouvelles (technologiques, en management et organisation, etc.) permettant à l'équipe soignante formée autour du médecin traitant de proposer des **solutions organisationnelles et financières innovantes** à leur patient.

Modèle organisationnel**Objet du projet**

L'expérimentation permet de **renforcer le rôle du médecin traitant dans la coordination du parcours de soins** de son patient et d'inciter les médecins traitants à prendre dans leur patientèle des patients complexes en proposant de **nouvelles modalités de financement des soins primaires**, via un paiement au **forfait** par catégorie de patient. L'expérimentation propose une prise en charge coordonnée en fonction des caractéristiques somatiques des patients améliorant ainsi l'accès aux soins et la coordination entre les différents professionnels extérieurs au cabinet médical.

Population cible

Tout patient dont le médecin traitant exerce dans un des quatre cabinets IPSO parisiens (Nation, Ourcq, Saint Martin, Porte d'Italie)

Étapes principales du parcours de soins

Engagements via un contrat tripartite entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires et le patient avec des engagements respectifs :

- **médecin traitant** - réaliser d'un bilan préventif indiquant les facteurs de risques réévalués annuellement et maintien du dossier médical à jour
- **professionnels du cabinet médical** - assurer la continuité des soins, proposition d'un service administratif, actes de dépistage, suivi du plan d'action mis en place avec le médecin traitant
- **patient** - réaliser son suivi médical de premier recours régulier/habituel en priorité au sein de la structure

Ce contrat engage le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

Acteurs impliqués dans la prise en charge

Médecins traitants, sages-femmes, psychologues, infirmiers, coordinateurs sociaux

Modèle financier

Description du contenu du forfait et des évolutions en fonction des phases.

Pour le médecin traitant, une rémunération forfaitaire par patient mensuelle est modulée en fonction des catégories de patient et se substitue à la facturation à l'acte ainsi qu'aux rémunérations forfaitaires conventionnelles actuelles :

- **année 2020 (phase 1)** : mise en place du financement dérogatoire avec un forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant et une enveloppe annuelle « équipe » visant à organiser et financer des soins et services complémentaires pour les patients inclus dans l'expérimentation (éducation thérapeutique, consultation paramédicale ou hors nomenclature)
- **année 2021 (phase 2)** : financement dérogatoire avec le forfait mensuel moyen par patient versé au médecin traitant (le même que lors de la phase 1) et travaux effectués pour obtenir des forfaits mensuels calculés par catégorie de patient
- **années 2022, 2023, 2024 (phase 3)** : mise en place effective des forfaits différenciés par catégorie de patient et intégrant tout ou en partie des prestations nouvelles financées via l'enveloppe annuelle « équipe »