

# Le programme Médecin Traitant Renforcé

## Cahier des charges

2eme version (“MTR 2”)

Mars 2026



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**l'Assurance  
Maladie**

## Table des matières

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation .....	3
Description .....	4
Objectifs et impacts attendus .....	4
Patientèle visée .....	6
Critères d'inclusion des nouvelles structures .....	8
Éléments de diagnostic.....	9
2. Durée et trajectoire de l'expérimentation .....	11
3. Champ d'application territorial proposé .....	12
4. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs).....	12
5. Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre.....	13
Le comité de pilotage national (COFIL) .....	13
les comités locaux de déploiement .....	14
6. Catégories d'expérimentations .....	14
7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	15
8. Modalités de financement.....	17
les forfaits mensuels.....	17
les crédits d'amorçage.....	21
les besoins de financement annuels .....	23
9. les modalités d'évaluation de l'expérimentation .....	23
le cadre global d'évaluation des modèles forfaitaires en soins primaires .....	23
finalités de l'évaluation du MTR 2 .....	23
les modalités de recueil des données .....	24
les modalités d'information du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données pour l'évaluation.....	25
10. les modalités de sortie / d'entrée dans l'expérimentation .....	25
11. liens d'intérêts .....	28
12. les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères .....	28
Annexe 1 : liste des structures expérimentatrices.....	30
Annexe 2 : présentation du groupement IPSO santé.....	31
Annexe 3 : liste des actes réalisés et intégrés au forfait mensuel médecin traitant.....	33
les actes médecine générale (spécialités n° 1, 22, 23) : .....	33
les actes sages-femmes .....	33
les actes gynécologues .....	33
.....	34
les actes infirmiers .....	34
les actes pédiatres.....	34
Annexe 4 : actions de prévention et promotion de la santé.....	35
Annexe 5 : les briques thématiques.....	36
suivi pédiatrique.....	36
vulnérabilité sociale .....	37
ALD .....	38
perte d'autonomie à domicile .....	39
situation de handicap.....	40
santé mentale.....	41
suivi gynécologique .....	43
suivi obstétrique.....	44

haut risque CV.....	45
Annexe 6 : questionnaire d’audit des structures candidates au programme MTR 2.....	46
I. activité médicale .....	46
II. système d’information ( logiciel médical).....	47
III. système d’information – prise de rendez-vous .....	48
IV. opérations .....	48
V. administration & finance .....	48
Annexe 7 : avis CTIS et rapports d’évaluation du premier volet de l’expérimentation MTR 150	

# 1. Objet et finalité du projet d'expérimentation

## Description

Le programme Médecin Traitant Renforcé (MTR) est une expérimentation nationale conduite dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. De 2020 à 2025, le programme a testé la mise en place d'un mode de financement forfaitaire centré sur le médecin traitant et son équipe de soins primaires dans quatre cabinets du groupe Ipsos.

Le programme Médecin Traitant Renforcé 2 (MTR 2) s'inscrit dans la continuité de cette première phase expérimentale, dont les enseignements ont permis d'identifier les forces du modèle ainsi que les ajustements nécessaires pour envisager sa transposition et déploiement, notamment en matière de calibrage des forfaits et de reproductibilité dans des structures hors du réseau initial([cf. annexe : avis du comité technique et du conseil stratégique pour l'innovation du système de santé](#)).

Le projet MTR 2 a pour objet de :

- proposer un ajustement du modèle **hybride de financement** combinant forfait mensuel par patient médecin traitant et maintien du paiement à l'acte pour certains actes techniques et les patients hors périmètre ;
- renforcer la capacité des équipes de soins primaires à **organiser un suivi structuré, continu et préventif de leur patientèle** ;
- approfondir l'impact médico-économique du modèle sur les hospitalisations évitables, les ruptures de parcours et le recours inapproprié aux soins secondaires ;
- **évaluer et documenter la transférabilité du modèle** dans des structures pluriprofessionnelles ou des cabinets de groupe ne relevant pas du groupement historique porteur de la première expérimentation.

Le MTR 2 s'inscrit dans la continuité directe du dispositif de déclaration de médecin traitant. Il vise à en renforcer la portée en structurant, autour du médecin traitant, un suivi de type "médecin de famille", assuré par un collectif de soignants organisés et coordonnés en équipe de soins primaires. Le programme approfondit le rôle du médecin traitant en lui donnant les moyens, en équipe, d'assurer un accompagnement global, continu et structuré des patients.

Par « médecin de famille », il faut entendre un professionnel assurant un suivi longitudinal dans le temps, pour des patients de tout âge, indépendamment du motif de recours, dans une approche holistique intégrant les dimensions médicales, psychologiques et sociales. Cette conception s'appuie notamment sur la définition de la médecine générale portée par la WONCA Europe (European Definition of General Practice / Family Medicine, 2011<sup>1</sup>), selon laquelle le médecin de famille assure un suivi centré sur la personne, inscrit dans la durée, responsable de la coordination du parcours de soins et attentif aux déterminants familiaux et communautaires de la santé.

## Objectifs et impacts attendus

Le MTR 2 vise à contribuer à transformer l'organisation et le financement des soins primaires vers un modèle plus préventif, plus équitable et économiquement soutenable, en démontrant

---

<sup>1</sup> <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>

qu'un financement forfaitaire ajusté au risque permet d'améliorer simultanément la qualité et l'efficacité, tout en étant attractif pour les professionnels.

### **Renforcer la prévention en soins primaires**

Le MTR 2 a pour objectif d'augmenter la part effective de prévention dans l'activité des équipes de soins primaires. Il s'agit notamment de :

- systématiser l'identification des facteurs de risque médico-psycho-sociaux,
- structurer des parcours de prévention adaptés à l'âge et au niveau de risque ([voir Annexe](#)),
- améliorer le recours aux dispositifs de prévention, dépistage et de vaccination,
- réduire les ruptures de parcours pour les patients vulnérables.

Les résultats observés en v1 sur les indicateurs de prévention et de dépistage justifient la consolidation et l'extension de ce modèle.

Impacts attendus :

- augmentation mesurable des actions de prévention primaire et secondaire ;
- détection plus précoce des pathologies chroniques ;
- amélioration de l'adhésion thérapeutique ;
- réduction à moyen terme des complications évitables et des hospitalisations liées à un défaut de prévention.

### **Aligner le financement avec la qualité, la coordination et la pertinence**

Le passage à un financement forfaitaire vise à ré-orienter les incitations économiques vers la qualité et la pertinence des soins plutôt que vers le volume d'actes.

Il permet :

- de valoriser le temps consacré à la coordination et au suivi des patients complexes ;
- de favoriser l'articulation des interventions, la délégation de tâches et les protocoles de coopération ;
- d'adapter les soins aux besoins réels du patient.

Impacts attendus :

- libération effective de temps médical ;
- amélioration des conditions de travail des professionnels (réduction de la pression liée à l'acte) ;
- meilleure adéquation des soins à la situation sanitaire du patient ;
- faisabilité démontrée d'un modèle de capitation au sein d'équipes pluriprofessionnelles libérales.

### **Consolider le rôle du médecin traitant et la coordination pluriprofessionnelle**

L'expérimentation vise à renforcer le rôle du médecin traitant comme pivot du parcours de soins, en lui donnant :

- davantage d'autonomie organisationnelle,
- la capacité de mobiliser une équipe pluriprofessionnelle,
- des moyens renforcés de coordination.

Impacts attendus :

- amélioration de la qualité du parcours de soins ;
- diminution des actes redondants et des ruptures de suivi ;
- renforcement du travail en équipe et des échanges entre pairs ;
- amélioration globale du service rendu au patient.

### **Inciter à la prise en charge des patients complexes**

En intégrant explicitement la complexité médicale et la vulnérabilité sociale dans la structuration des forfaits, le MTR 2 vise à adapter l'intensité du suivi aux besoins réels des patients.

Impacts attendus :

- réduction des biais, documentés dans la littérature, liés aux incitations du paiement à l'acte ;
- meilleure prise en charge des patients à haut risque ;
- réduction des inégalités sociales de santé ;
- amélioration de l'équité dans l'allocation des ressources.

### **Améliorer l'accès aux soins et l'efficience**

En combinant coordination renforcée, délégation et continuité des soins le MTR 2 vise à :

- augmenter la capacité de suivi des patients ;
- améliorer l'accès aux soins, y compris dans des contextes sous-denses ;
- renforcer la continuité des prises en charge ;
- structurer le suivi en dehors du seul temps de consultation.

Impacts attendus :

- augmentation de la file active sans dégradation de la qualité ;
- moindre recours aux soins secondaires non pertinents ;
- diminution des hospitalisations et réhospitalisations évitables ;
- réduction des actes redondants liés à un défaut de coordination ;
- amélioration durable de l'efficience médico-économique.

## **Patientèle visée**

### **Patientèle**

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 participant à l'expérimentation, quelle que soit leur situation médicale (présence de facteurs de risques ou non).

### **Principes d'inclusion des patients**

L'inclusion des patients dans le dispositif MTR 2 repose sur un principe d'automatisme dès lors qu'ils ont déclaré un médecin traitant exerçant au sein d'une structure participante, selon les modalités suivantes :

- Pour les patients ayant déjà déclaré un médecin traitant (« MT ») au sein de la structure avant son entrée dans l'expérimentation :
  - Cas général – applicable aux structures hors ipso et aux structures ipso n'ayant pas participé au MTR 1 :
    - le patient est inclus automatiquement dans l'expérimentation à l'occasion de sa prochaine (télé)consultation réalisée avec un médecin de la structure ;
    - la consultation dite « d'entrée », ainsi que l'ensemble des consultations réalisées au cours du mois civil d'intégration (mois M), continuent d'être facturées à l'acte selon les règles conventionnelles en vigueur ;
    - l'inclusion dans le dispositif forfaitaire devient effective à compter du 1er jour du mois suivant ;
    - à défaut de nouvelle consultation dans la structure, le patient est intégré automatiquement dans l'expérimentation au plus tard à la date anniversaire des 12 mois suivant l'entrée de la structure dans le dispositif.
  - Cas particulier – applicable aux quatre structures ipso ayant participé au MTR 1 (ipso saint martin, ipso nation, ipso ourcq, ipso italie) :
    - l'ensemble des patients ayant déjà déclaré un médecin traitant au sein de ces structures est intégré automatiquement dans le dispositif expérimental dès la date de démarrage de la phase d'expérimentation MTR 2 ;
    - aucune consultation d'entrée spécifique n'est requise;
    - le passage au financement forfaitaire intervient à la date de lancement du MTR 2 dans ces structures.
- Pour toutes les structures, les patients déclarant un médecin traitant au sein de la structure postérieurement au démarrage de l'expérimentation :
  - le patient est inclus automatiquement à l'issue de la consultation au cours de laquelle la déclaration de médecin traitant est réalisée ;
  - cette consultation, ainsi que celles réalisées au cours du mois civil correspondant (mois M), est facturée à l'acte selon les règles conventionnelles en vigueur ;
  - l'inclusion dans le dispositif forfaitaire prend effet à compter du 1er jour du mois suivant.

A noter :

- Dans tous les cas, il sera nécessaire de conserver la dernière date de (télé)consultation du patient pour définir son statut consommant ou non consommant notamment pour les patients inclus dans le dispositif MTR 2 automatiquement sans

consultation. Dans ce cas, ce n'est pas la date d'inclusion qui doit être prise comme référence ;

- le déclenchement de certaines briques de complexité ne pourront se faire qu'après passage de questionnaires (ex : santé mentale) ou d'une déclaration sur l'honneur en cohérence avec les critères d'inclusion détaillés dans l'annexe « briques thématiques » ;
- Quelles que soit les modalités d'inclusions, une information sera transmise au patient sur son entrée dans le dispositif « médecin traitant renforcé article 51 » avec la note d'information du traitement de ses données à des fins d'évaluation.

## Critères d'inclusion des nouvelles structures

En plus des quatre cabinets IPSO ayant expérimenté le dispositif MTR-1, il est prévu que trois nouveaux cabinets ipso rentrent dans l'expérimentation MTR2 ainsi que trois structures en cours de recrutement en dehors du groupe ipso (voir [Annexe : liste des structures participantes](#))

L'intégration de chacune des trois structures hors ipso sera proposée par le porteur au Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et validée par celui-ci.

Les structures candidates devront se différencier des cabinets ipso ayant participé à l'expérimentation MTR 1 afin de garantir une diversité organisationnelle et de patientèle.

À ce titre, les structures recherchées devront :

- ne pas appartenir à un groupement national ou à une organisation intégrée disposant d'une gouvernance centralisée ;
- ne pas être implantées dans une commune appartenant au **pôle d'une aire d'attraction des villes dont la population totale excède 1 000 000 habitants**, au sens du zonage « Aires d'attraction des villes 2020 » publié par l'INSEE (*ce critère conduit notamment à exclure les communes appartenant aux pôles des aires d'attraction de Paris, Lyon, Marseille, Lille, Toulouse et Bordeaux*) ; obtenir au moins deux structures implantées dans une aire d'attraction de moins de 300 000 habitants selon le même zonage INSEE ; Il sera important d'avoir des structures non implantées en hyper centre-ville urbain ;
- présenter un profil de patientèle différent de celui des cabinets MTR1 (plus féminin et jeune que la population générale), plus proche de la population nationale, caractérisé notamment par une part de patients masculins supérieure à 45 % et une part de patients âgés de 65 ans et plus supérieure à 20 %.

Ces critères ont pour objectif de favoriser la participation de structures dont les caractéristiques sont suffisamment différentes de celles d'ipso MTR1 pour tester la reproductibilité du modèle MTR dans des contextes variés.

Le porteur pourra toutefois soumettre au CTIS des candidatures ne remplissant pas entièrement ces critères lorsqu'il estime que leur participation présente un intérêt particulier pour l'expérimentation. La décision finale d'intégration relève du CTIS.

L'entrée dans le dispositif MTR 2 est également conditionnée à certains paramètres, visant à garantir un niveau suffisant de maturité organisationnelle et de capacité de transformation.

### **Exercice coordonné effectif**

La structure doit relever d'un exercice coordonné formalisé et opérationnel, caractérisé par :

- la présence d'au moins trois médecins généralistes ;
- une majorité de médecins généralistes au sein de l'équipe médicale ;
- l'existence d'un projet médical commun ;
- une mise en commun effective des parcours de soins et des compétences ;
- des modalités régulières d'échanges et de concertation entre professionnels.

L'exercice coordonné s'entend comme une organisation collective permettant une prise en charge concertée, structurée et partagée des patients.

### **Système d'information partagé**

La structure doit disposer :

- d'un logiciel commun ;
- d'un dossier médical partagé et accessible aux professionnels de santé participants ;

Le système d'information doit permettre une coordination clinique effective et une traçabilité des actions de prévention et de suivi.

### **Capacité et volonté de transformation organisationnelle**

La participation à l'expérimentation suppose un engagement explicite à :

- développer la délégation de tâches et les pratiques collaboratives ;
- mettre en œuvre ou formaliser des protocoles de coopération ;
- structurer des actions de prévention par profils de risque et tranches d'âge ;
- adapter l'organisation interne afin de permettre la libération de temps médical et la montée en charge du modèle forfaitaire.

L'entrée dans le MTR 2 implique une dynamique active d'évolution des pratiques et ne peut se limiter à un changement de modalité de financement.

## **Éléments de diagnostic**

Le système actuel de financement et d'organisation de la médecine de premier recours encourage insuffisamment 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.

L'exercice libéral connaît aujourd'hui une perte d'attractivité 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. L'enquête installation des jeunes médecins (2025, CNOM<sup>2</sup>) rapporte pourtant qu'ils sont 75 % à envisager une activité libérale ou mixte, mais que peu s'installent rapidement, ayant donc recours au remplacement. Les internes et les remplaçants expriment respectivement à 57 % et 65 % leur désir de s'installer dans les trois ans. De plus, les internes et les installés sont plus de 70% à plébisciter un exercice collectif ou coordonné.

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.

Les évolutions du cadre de financement des soins primaires doivent ainsi faciliter l'émergence d'organisations attractives 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.

---

<sup>2</sup> [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-07/cnom\\_enquete\\_installation.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/2025-07/cnom_enquete_installation.pdf)

## 2. Durée et trajectoire de l'expérimentation

### Durée de l'expérimentation

L'expérimentation MTR 2 est conduite pour une durée de quatre ans, **du 1er mai 2026 au 30 avril 2030**.

Cette durée permet :

- une montée en charge progressive et sécurisée du modèle ;
- un temps d'observation suffisant pour l'évaluation médico-économique et organisationnelle ;
- un test de reproductibilité dans des contextes organisationnels variés, y compris hors du réseau ipso.

### Trajectoire de montée en charge

La montée en charge est progressive et structurée autour de jalons annuels (nombre de patients, inclusions de patients)

#### Estimation : médecins participants (cumul)

médecins (nbr)	déc. 26	déc. 27	déc. 28	déc. 29	avr. 30
tous	49	73	77	79	79

#### Estimation : patientèle MTR (cumul)

patientèle MTR (nbr)	déc. 26	déc. 27	déc. 28	déc. 29	avr. 30
tous	44 413	79 924	89 405	93 419	94 074

### Déploiement en trois phases

#### Phase 1 – lancement dans les structures ipso ayant participé à MTR 1

À compter du 1er mai 2026, bascule dans le modèle MTR 2 des 4 structures ipso participantes à MTR1 avec pour objectifs

- sécuriser le lancement opérationnel de la v2 ;
- consolider les outils de pilotage et d'évaluation.

#### Phase 2 – lancement dans les structures ipso n'ayant pas participé à MTR 1

A compter du 1<sup>er</sup> juin 2026, déploiement dans trois autres cabinets ipso : cabinet Richard-Lenoir (Paris 11<sup>ème</sup>), cabinets Brotteaux (Lyon, 6<sup>ème</sup>) et Menpenti (Marseille, 10<sup>ème</sup>).

#### Phase 3 – extension à trois structures hors ipso

La phase 3 vise à tester la transférabilité du modèle hors du réseau historique.

- séquence préparatoire en 2026 (Mai – Octobre 2026)
  - identification et présélection de plusieurs structures “hors ipso” candidates ;
  - audit organisationnel des structures retenues ( voir [questionnaire Annexe 5](#)) ;
  - développement de la solution informatique (MVP) adaptée au déploiement externe.
  - examen des candidatures au file de l’eau par les membres du COFIL MTR 2 ;
  - transmission pour validation au Comité technique de l’innovation en santé (CTIS).
- Novembre 2026 – Mars 2027
  - analyse des écarts entre fonctionnement existant et modèle cible ;
  - co-construction d’un plan de montée en charge ;
  - formation des équipes et paramétrage des systèmes d’information.

Sous réserve de validation réglementaire, démarrage dans le courant du premier semestre 2027.

Un point d’étape sera réalisé par le COFIL début décembre 2026 sur le processus de sélection. L’engagement d’au moins deux structures hors ipso sera nécessaire pour envisager la poursuite de l’expérimentation. Une décision d’arrêt de l’expérimentation pourra être envisagée par le CTIS :

- en mars 2027 s’il n’y a pas au moins une structure hors ipso sélectionnée (avec un engagement de lancement du MTR 2 au plus tard en juin);
- et si en juin 2027, il n’y a pas une deuxième structure hors ipso retenue (avec un engagement de lancement au plus tard en septembre 2027).

Dans le cas d’une décision d’arrêt, le maintien des financements dérogatoires sur une période supplémentaire de douze mois pourra être décidée afin d’assurer la bascule vers les dispositifs de droit commun.

### 3. Champ d’application territorial proposé

Le champ d’expérimentation MTR 2 est national. Il repose sur l’engagement volontaire d’équipes pluriprofessionnelles réparties dans plusieurs régions.

Trois structures en cours de recrutement ne permettent pas aujourd’hui d’être exhaustif quant aux régions concernées par l’expérimentation. Il est toutefois possible de préciser les régions et ville d’implantation des sept cabinets ipso participants à cette phase d’expérimentation :

- En région Ile de de France (Paris)
- En région Provence Alpes Côte d’Azur (Marseille)
- En région Auvergne Rhône Alpes (Lyon)

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

<b>Porteur(s)</b>	<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>- SISA IPSO (151 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris)</li></ul>
<b>Personne contact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Dr Marie BENQUE ( <a href="mailto:marie.benque@ipsosante.fr">marie.benque@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><li>- Dr Laurène BERNARD ( <a href="mailto:laurene.bernard@ipsosante.fr">laurene.bernard@ipsosante.fr</a>)</li><li>- Dr Stéphane SAE TANG ( <a href="mailto:stephane.saetang@ipsosante.fr">stephane.saetang@ipsosante.fr</a>)</li></ul>
<b>professionnels de santé &amp; structures impliquées</b>	<p><b>professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- médecins généralistes</li><li>- sages femmes</li><li>- infirmiers</li><li>- infirmiers en pratique avancée</li></ul> <p><b>structures impliquées (<a href="#">voir Annexe</a>)</b></p>

## 5. Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre

La gouvernance du MTR 2 repose sur un dispositif à deux niveaux, associant un pilotage national collégial – réunissant institutions, coordination transverse et structures expérimentatrices, notamment hors ipso – et un pilotage opérationnel ancré dans chaque structure. Elle garantit une représentation équilibrée, un droit d'initiative partagé et une transparence des indicateurs, afin d'assurer la neutralité du pilotage et la reproductibilité du modèle dans des contextes organisationnels variés.

### Le comité de pilotage national (COPIL)

Le COPIL constitue l'instance stratégique de supervision de l'expérimentation. Il est assuré de façon opérationnelle par ipso mais son fonctionnement repose sur un principe de collégialité entre structures expérimentatrices. Il associe également les institutions nationales et régionales.

#### composition

- des représentants de la CNAM et du ministère (DSS, DGOS) ;
- un représentant de l'équipe nationale article 51 du ministère chargé de la Santé
- les référents régionaux article 51 au sein des ARS et DGCDR concernées ;

- des représentants de l'équipe de coordination transverse nationale (membre ipso) ;
- des représentants des structures expérimentatrices, incluant obligatoirement les structures hors ipso ;

### missions

- Appuyer le déploiement stratégique du programme ;
- réfléchir aux évolutions du modèle organisationnel et du calibrage des forfaits ;
- suivre les indicateurs nationaux d'activité (inclusions, constitution des patientèles selon les briques, ...), de qualité, de prévention et d'efficience ;
- suivre et mener une analyse sur la base des retours d'expérience du déploiement du modèle dans chacun des contextes organisationnels ;
- identifier les leviers et freins au déploiement, les problématiques spécifiques à chaque structure et mettre en avant les changements de pratiques et les spécificités organisationnelles interne à chaque structure ;
- participer à la formalisation des protocoles et modalités d'évaluation du dispositif en lien avec la ceval ;

Le COPIL est réuni semestriellement avec un premier COPIL organisé avant fin décembre 2026

## Les comités locaux de déploiement

Chaque structure expérimentatrice met en place un comité local de déploiement chargé du pilotage opérationnel. Les comités locaux se réunissent à un rythme régulier, adapté à la phase de déploiement.

composition :

- le médecin référent MTR de la structure ;
- le coordinateur ;
- la chefferie de projet opérationnelle ;
- Ces comités locaux peuvent également (en option et peut-être selon les sujets convier les référents régionaux ARS/DGCDR

Missions :

- organiser la montée en charge du dispositif au sein de la structure ;
- assurer le suivi des inclusions et des indicateurs locaux ;
- coordonner les réunions de concertation et l'organisation pluriprofessionnelle ;
- identifier les difficultés opérationnelles et proposer des ajustements ;
- assurer la remontée des problèmes au niveau national.

## 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	
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	Oui
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	Oui
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	Oui

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

I - règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
<u>limites du financement actuel</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Il crée également peu de marge de manœuvre pour mettre en place des modalités de prise en charge innovantes, à l'heure où le soin primaire doit se réinventer pour faire face à de nouveaux enjeux de santé publique (vieillesse, maladies chroniques, désertification...).</li> </ul>
<u>dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarification,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> <li>• <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i></li> <li>• <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i></li> <li>• <i>Participation de l'assuré</i></li> <li>• <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i></li> </ul>	<p><b>1. Dérogation aux règles de tarification et de facturation des actes par le médecin traitant généraliste, la sage-femme et l'infirmier :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- remplacement du paiement de certains actes inscrits à la nomenclature pour les soins médicaux par une rémunération forfaitaire ;</li> <li>- remplacement du paiement de certains actes inscrits à la nomenclature pour les soins sage-femmes par une rémunération forfaitaire ;</li> <li>- remplacement du paiement de certains actes inscrits à la nomenclature pour les soins infirmiers par une rémunération forfaitaire ;</li> <li>- possible utilisation du forfait pour la réalisation d'actes de soin non-inscrits dans la nomenclature ou définis dans le cadre des protocoles de coopération, grâce à la libre répartition du forfait des professionnels de santé entre eux, voire à d'autres professionnels en dehors de l'équipe.</li> </ul> <p><b>2. Dérogation aux règles de paiement direct des honoraires par le patient et aux règles de remboursement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la rémunération forfaitaire pour les soins des patients ciblés dans l'expérimentation est versée par l'Assurance Maladie à leur Médecin Traitant</li> <li>- certaines prises en charge réalisées par des professionnels, donnent lieu à une rémunération totale ou partielle par la structure et non pas à une facturation directe à l'assuré.</li> </ul> <p><b>3. Dérogations aux règles de frais couverts par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dispensation d'avance de frais (tiers payant intégral) pour les patients inclus dans l'expérimentation, prise en charge 100%</li> </ul>

## II - règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?

limites des règles d'organisation actuelles	Le cadre actuel d'organisation et de financement des soins de ville, historiquement structuré autour d'interventions individuelles et cloisonnés, constitue un frein au déploiement de modèles intégrés de soins primaires, centrés sur le patient et organisés autour de parcours fluides et coordonnés.
dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°):	L'article L. 4113-5 du code de la santé publique afin de déroger aux règles relatives au partage d'honoraires et de bénéfices provenant de l'activité professionnelle entre professionnels de santé  Les articles L.4041-2 et L.4042-1 du code de la santé publique, afin de permettre la redistribution de la rémunération MTR aux membres des structures expérimentatrices

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. Modalités de financement

La présente expérimentation a vocation à être financée par de nouvelles modalités de rémunérations mises en place en 2 volets :

- une rémunération forfaitaire des médecins traitants substitutive aux paiements de droit commun pour sa patientèle “médecin traitant” sur le périmètre précisé plus bas ; “ **les forfaits mensuels**”
- des aides qui visent à coordonner le projet et favoriser la montée en charge du dispositif dans les structures expérimentatrices ; “ **les crédits d’amorçage et d’ingénierie**”

### Les forfaits mensuels

#### Introduction

Le fonctionnement proposé a été pensé dans une logique de moyenne populationnelle ; il ne prétend pas couvrir l’ensemble de l’hétérogénéité des situations individuelles rencontrées sur le terrain.

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

- facilement compréhensible par les médecins, afin de leur donner de la visibilité sur leur rémunération annuelle globale et de favoriser la prise en charge de patients plus complexes ;
- dont la valorisation repose sur des données objectivables, issues principalement des systèmes d’information de la Caisse Nationale de l’Assurance Maladie (consommations de soins historiques selon les caractéristiques des patients médecin traitant – âge, ALD, C2S, etc.), complétées par les analyses et recommandations produites par les institutions de santé publique (DREES, HAS...);

Le forfait proposé s’inscrit dans la continuité des dispositifs de droit commun existants, notamment du Forfait Médecin Traitant (FMT). Il en reprend la logique populationnelle, tout en introduisant deux évolutions structurantes : d’une part, une mensualisation du versement, apportant davantage de lisibilité et de régularité aux professionnels ; d’autre part, une stratification plus fine reposant sur une architecture en « socle » et « briques thématiques », plus développée que dans la logique actuelle. À ce titre, le modèle constitue une étape supplémentaire dans la transition progressive d’un système principalement centré sur la rémunération à l’acte vers un modèle intégrant une composante forfaitaire accrue. Il peut ainsi être perçu comme la « marche d’après » permettant d’accompagner un plus grand nombre de professionnels de terrain dans cette évolution.

#### Périmètre et principe de versement

Le forfait mensuel est versé à chaque médecin pour chaque patient consommant l’ayant déclaré comme médecin traitant dans le cadre du programme.

Un patient consommant est défini comme un patient qui a été vu en consultation, téléconsultation ou visite par son médecin traitant, ou un médecin ou une sage-femme exerçant au sein de la même structure expérimentatrice au cours des 24 derniers mois.

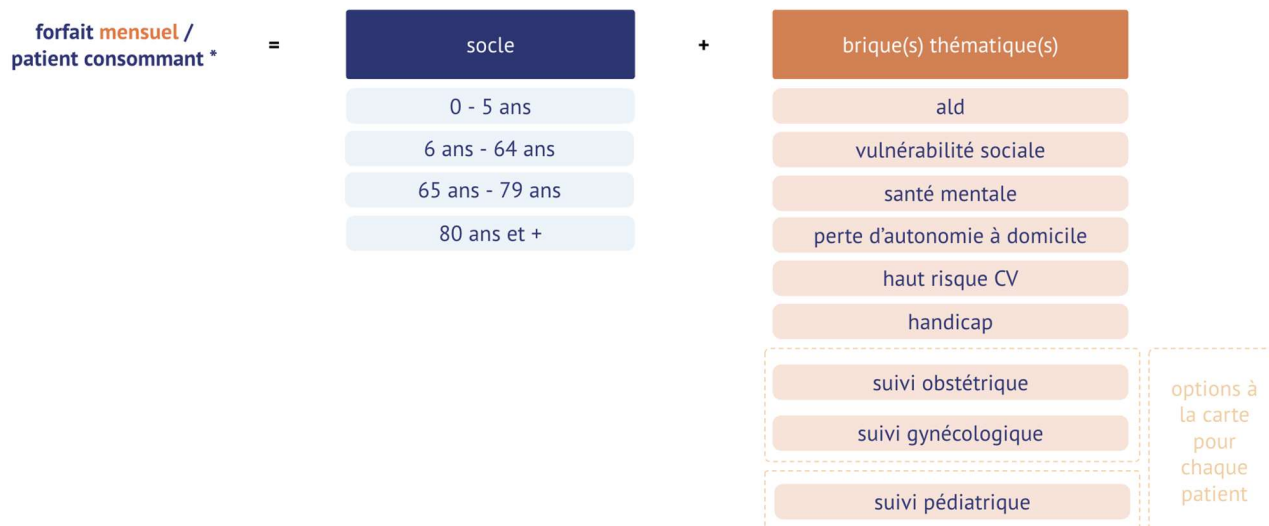
Le montant perçu par le médecin dépend donc du nombre de patients consommateurs composant sa patientèle médecin traitant et de leurs caractéristiques, indépendamment du volume d'actes réalisés.

Pour les patients inclus dans l'expérimentation, le forfait se substitue à la facturation à l'acte des consultations, téléconsultations, visites et actes techniques simples définis en annexe qu'ils soient réalisés par le médecin traitant ou autre membre de l'équipe.

## Structure du forfait

Pour chaque patient consommant, le médecin perçoit un forfait composé :

- d'un forfait **socle**
  - dont le montant varie selon des critères d'âge [0 - 5 ans], [6 ans - 64 ans], [65 ans - 79 ans], [80 ans et +]
  - qui vise à couvrir la prise en charge standard en médecine générale, en tenant compte de l'intensité moyenne de suivi associée aux différentes classes d'âge.
- le cas échéant, d'une ou plusieurs **briques thématiques**,
  - destinées à prendre en compte la complexité de certaines situations cliniques ou médico-sociales ( voir [Annexe](#) pour le détails)
  - qui peuvent être cumulables lorsque la situation du patient le justifie et viennent s'ajouter au forfait socle correspondant à sa classe d'âge<sup>3</sup>.



### informations complémentaires

- un patient consommant est un patient ayant réalisé au moins une (télé)consultation avec un médecin généraliste ou une sage-femme de la structure **au cours des 24 derniers mois**.
- les forfaits sont calibrés hors "FMT de droit commun" qui sont versés en plus aux médecins de la structure.

<sup>3</sup> hors cas spécifique de la brique thématique "perte d'autonomie à domicile" qui ne se cumule pas avec aucune autre brique thématique et aucun un forfait socle

## Le taux de fuite

Le montant du forfait mensuel versé à la structure est ajusté par l'application d'un taux de fuite, calculé au niveau de la structure d'exercice.

Ce taux de fuite correspond à la valeur effectivement remboursée par l'Assurance Maladie aux praticiens de la structure au titre de la part obligatoire (part AMO) des actes inclus dans le périmètre du forfait qui, bien que concernant des patients consommateurs de la structure, sont réalisés en dehors de celle-ci (par d'autres professionnels ou structures de soins primaires), rapportée à la valeur totale des forfaits perçus sur la même période.

Autrement dit, il mesure la proportion d'activité théoriquement couverte par le forfait mais effectivement réalisée hors de la structure. L'application de ce taux permet d'ajuster le montant des forfaits afin de tenir compte de cette réalité d'activité.

### *exemple illustratif :*

- *supposons qu'au cours d'une année, un médecin perçoit 100 000 € de forfaits pour l'ensemble de ses patients consommateurs*
- *sur la même période, la valeur remboursée des actes inclus dans le périmètre du forfait mais réalisés en dehors de la structure d'exercice de ce médecin représentent 10 000 € (valorisation sur les bases conventionnelles et pour la part AMO)*
- *le taux de fuite est alors de  $10\,000 / 100\,000 = 10\%$  ; le forfait est donc ajusté en appliquant un taux de fuite de 10%*
- *Cela signifie que si un forfait théorique moyen par patient est de 100 €, le montant effectivement retenu par le praticien intègre une minoration correspondant à ce taux (dans cet exemple, 90 € après application du taux de fuite de 10 %).*

Le taux de fuite d'une année donnée est calculé l'année suivante par la CNAM. Les montants versés aux structures au titre de l'année N font donc l'objet d'une régularisation en N+1. Afin d'atténuer l'ampleur de cette régularisation et d'éviter qu'elle soit systématiquement négative, les expérimentateurs ne factureront pas les montants des forfaits bruts présentés ci-après, mais les montants des forfaits nets, calculés après application d'un taux de fuite théorique (pour les structures ipso, il est par défaut de 15 %).

Ainsi,

- si le taux de fuite réel de la structure est supérieur au taux de fuite théorique, le montant perçu en N excède le montant dû : la régularisation sera alors négative et la structure devra reverser le solde à l'Assurance Maladie;
- si le taux de fuite réel est inférieur au taux de fuite théorique, l'Assurance Maladie versera un complément de rémunération correspondant à la différence entre le montant dû et le montant perçu.

Ces régularisations, ainsi que leurs modalités de versement, devront être validées lors d'un COPIL annuel.

## Les modalités de valorisation du forfait mensuel

	forfait mensuel brut	forfait mensuel net		
taux de fuite		5%	15%	25%

### socle

[0 - 5 ans]	<b>12,8€</b>	12,2€	10,9€*	9,6€
[6 ans - 64 ans]	<b>8,50€</b>	8,1€	7,2€	6,4€
[65 ans - 79 ans]	<b>10,5€</b>	10,0€	8,9€	7,9€
[80 ans et +]	<b>14,0€</b>	13,3€	11,9€	10,5€

### briques thématiques

ald	<b>7,1€</b>	6,7€	6,0€	5,3€
vulnérabilité sociale	<b>3,6€</b>	3,4€	3,1€	2,7€
santé mentale	<b>10,4€</b>	9,9€	8,8€	7,8€
handicap	<b>12,5€</b>	11,9€	10,6€	9,4€
haut risque CV	<b>5,0€</b>	4,8€	4,3€	3,8€
suivi pédiatrique	<b>13,1€</b>	12,4€	11,1€	9,8€
suivi obstétrique	<b>70,4€***</b>	66,9€	59,8€	52,8€
suivi gynécologique	<b>5,7€</b>	5,4€	4,8€	4,3€
perte d'autonomie à domicile	<b>44,6€</b>	44,6€**	44,6€**	44,6€**

\* forfait net après application d'un taux de fuite théorique de 15% au niveau de la structure d'exercice

\*\* pas d'application du taux de fuite théorique sur cette brique thématique

\*\*\* forfait versé 9 mois pour une grossesse

## Le principe d'une clause de sauvegarde, applicable aux structures hors ipso

Pour limiter le risque financier de ce nouveau modèle substitutif aux modalités de financement actuelle, chaque médecin participant à l'expérimentation **d'une structure n'appartenant pas au réseau ipso santé**, bénéficie pendant les premiers 12 mois de son activité relative à l'expérimentation, d'une clause de sauvegarde. Celle-ci garantit que ses revenus ne seront pas inférieurs à ceux qu'il aurait perçus dans le cadre d'une rémunération à l'acte. Ainsi, si la rémunération issue du forfait dérogatoire défini dans le présent cahier des charges est inférieure à celle qui aurait été obtenue au titre du financement à l'acte de droit commun, le médecin percevra une compensation correspondant à la différence entre ces deux montants.

## Les crédits d'amorçage

La mise en œuvre du programme MTR 2 suppose une phase d'ingénierie et de déploiement structurante, indispensable pour sécuriser le lancement opérationnel, garantir la robustesse du modèle et en démontrer la reproductibilité au-delà du réseau historique ipso.

Les crédits d'amorçage et d'ingénierie sollicités couvrent ainsi trois objectifs complémentaires :

- Assurer une coordination transverse nationale du projet, incluant la chefferie de projet senior, l'expertise médicale, la structuration des protocoles article 51, la mise en œuvre de la gouvernance et la communication.
- Accompagner la réplique du modèle dans de nouvelles structures, en particulier trois structures hors ipso, avec un appui organisationnel, médical et administratif renforcé.
- Déployer et adapter les outils numériques nécessaires, notamment la gestion des forfaits, les interfaces avec les logiciels métiers.

Sur la période Mai 2026- Avril 2030, le besoin total maximal en crédits d'amorçage et d'ingénierie s'élève à **766 900 €**, répartis entre coordination transverse et accompagnement des structures nouvelles

Ces financements ont vocation à couvrir une phase transitoire et structurante du programme. Ils ne constituent pas une charge pérenne, mais un investissement initial destiné à sécuriser la montée en charge, à produire des preuves de faisabilité dans des contextes organisationnels variés et à préparer une éventuelle transposition dans le droit commun.

coordination transverse du projet : 374 250 €

accompagnement des 3 structures hors ipso : 243 340 €

réplicabilité aux nouvelles structures : 149 310 €

soit 81 113 € par nouvelle structure intégrée

dont 51 600 € pour l'accompagnement des équipes métiers de la structure  
et 29 513 € de coûts d'adaptation des SI par structure

## II. en détail

intitulé	description	base / description	quantité	%	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
					€	€	€	€	€	
<b>coordination générale transverse</b>										
chefferie du projet - senior	- piloter et coordonner le projet <i>Simon CHAMPETIER</i>	117 000 € coût complet chargé	1	50%	58 500 €	58 500 €	58 500 €	58 500 €	29 250 €	263 250 €
comité de "médecins experts"	- interaction pour l'élaboration des protocoles art 51 et évaluation du dispositif <i>Dr Marie BENQUE &amp; Dr Laurène BERNARD</i>	9 600 € indemnité annuelle pour une 1/2 journée/semaine	2	33%	6 400 €	9 600 €	9 600 €	9 600 €	3 200 €	38 400 €
	- rechercher et accompagner les équipes médicales locales des 3 structures hors ipso retenues (démarrage et déploiement) <i>Dr Laurène BERNARD &amp; Dr Stéphane SAE TANG</i>	9 600 € indemnité annuelle pour une 1/2 journée/semaine	2	50%	9 600 €	19 200 €	19 200 €	9 600 €		57 600 €
frais divers	- frais de déplacements, logistique et de communication	5 000 € dépenses annuelles	1	100%	5 000 €	5 000 €	2 500 €	2 500 €		15 000 €
<b>réplicabilité aux nouvelles structures MTR 2</b>										
chefferie du projet - junior	- piloter et coordonner de manière opérationnelle le projet <i>profil à définir - recrutement Juin 2026</i>	71 100 € coût complet chargé	0,6	25%	10 665 €	42 660 €	42 660 €	42 660 €	10 665 €	149 310 €
<b>coordination locale pour les structures hors ipso</b>										
référénts médicaux "MTR"	- être référent MG du cabinet pour coordination du projet à l'échelle locale	4 800 € indemnité annuelle pour une journée/mois	3	25%	3 600 €	14 400 €	7 200 €	7 200 €	3 600 €	36 000 €
coordinateur de cabinet	- coordonner les sujets administratifs & financiers du MTR <i>facturation des forfaits sur la plateforme art 51, gestion de la refacturation interne, ...</i>	63 000 € coût complet chargé	3	5%	9 450 €	18 900 €	18 900 €	18 900 €	9 450 €	75 600 €
réunions de concertation de la structure	- indemnité versée à l'ensemble des MG participants aux réunions de concertation collectives	600 € indemnité annuelle pour 1h de réunion / mois	24	25%	3 600 €	14 400 €	7 200 €	7 200 €	10 800 €	43 200 €
<b>développement informatique pour mise en place aux structures hors ipso</b>										
construction de la plateforme MTR 2 pour les structures hors ipso	<b>développement des fonctionnalités "priorité 1"</b> - plateforme d'administration & gestion des forfaits - gestion des exports/imports de patientèle MT	466 € jour/homme	60		27 960 €					27 960 €
ajustement IT divers MTR 2 pour les structures hors ipso	<b>développement des fonctionnalités "priorité 2"</b> - interfaçage avec des outils tiers ( EHR, prise de rdv, ...) - mise à disposition d'une vision populationnelle	466 € jour/homme	30			13 980 €	13 980 €	13 980 €		41 940 €
fichier de facturation MTR 2 et intégration plateforme art 51 pour les structures hors ipso	<b>support applicatif &amp; maintenance courante</b> - ressources allouées au maintien en conditions opérationnelles : correction d'incidents, support technique et optimisations mineures.	466 € jour/homme	10		4 660 €	4 660 €	4 660 €	4 660 €		18 640 €
					139 435 €	201 300 €	184 400 €	174 800 €	66 965 €	766 900 €

## Les besoins de financement annuels

Il s'agit d'une estimation de la répartition annuelle du besoin. Les montants forfaitaires indiqués pour l'année 2026 ainsi que le montant total ne pourront être dépassés.

Année	Structures IPSO	Structures Hors IPSO	Total forfaits	CAI	Total
2026	3 675 006 €	- €	3 675 006 €	139 435 €	<b>3 814 441€</b>
2027	8 482 253 €	1 791 440 €	10 273 693 €	201 300 €	<b>10 474 993 €</b>
2028	10 420 024 €	2 769 126 €	13 189 150 €	184 400 €	<b>13 373 550 €</b>
2029	11 357 537 €	2 769 126 €	14 126 662 €	174 800 €	<b>14 301 462 €</b>
2030	3 889 348 €	923 042 €	4 812 390 €	66 965 €	<b>4 879 355€</b>
<b>Total</b>	<b>37 824 169 €</b>	<b>8 252 733 €</b>	<b>46 076 901 €</b>	<b>766 900 €</b>	<b>46 843 801 €</b>

### Détails du financement FISS pour le forfait mensuel

Le besoin de financement total sur la durée de l'expérimentation au titre du FISS est estimé en projetant le développement de la patientèle "MT" de chaque structure participante auquel on applique un forfait moyen issu du mix de patientèle observée sur le MTR1 à fin 2025.

## 9. Les modalités d'évaluation de l'expérimentation

### Le cadre global d'évaluation des modèles forfaitaires en soins primaires

L'évaluation du MTR 2 s'inscrit dans un contexte plus large de transformation des modes de financement des soins primaires, marqué par le développement de dispositifs fondés sur des logiques de forfait et de capitation.

Elle tiendra compte des autres expérimentations de paiement à la capitation dans le secteur primaire (PEPS2, Primordial) et mettra ses résultats en perspective des enseignements tirés des autres travaux d'évaluation. Dans ce cadre, le dispositif MTR 2 sera bien analysé comme l'expérimentation d'un modèle visant à faire évoluer l'équilibre entre paiement à l'acte et financement forfaitaire.

### Finalités de l'évaluation du MTR 2

En complément des analyses menées dans la première phase évaluative MTR1, l'évaluation de MTR 2 visera plus particulièrement à étudier la transférabilité du modèle aux nouvelles structures expérimentatrices, appartenant ou non au groupe ipso.

Dans ce cadre, il s'agira plus particulièrement d'observer comment les nouvelles structures s'emparent du modèle et se l'approprient : compréhension du modèle, adhésion à la manière de décrire l'activité médicale, adaptation du système d'information et liens avec les logiciels métiers, capacité à l'utiliser à des fins de rémunération des structures et des professionnels

etc. l'évaluation s'intéressera aussi à l'évolution de l'équilibre financier des structures ainsi qu'aux arbitrages réalisées entre investissement et rémunération des professionnels.

Ces observations viendront nourrir l'analyse sur la transférabilité du modèle à plus grande échelle.

L'évaluation du MTR 2 cherchera également à apprécier les effets du changement de modèle de rémunération sur les professionnels de santé, en croisant ses dimensions cliniques, organisationnelles et économiques. Elle analysera notamment :

- l'évolution de la **taille et des caractéristiques patientèle** ;
- l'évolution de la **nature et du volume de l'activité** des structures
- **La qualité et la pertinence des prises en charge**, au regard du renforcement de la prévention, de la coordination et de la continuité des soins.
- **L'expérience et la satisfaction des patients**, ainsi que leur adhésion au suivi proposé.
- **Les conditions d'exercice des professionnels de santé**, notamment en matière d'organisation collective, de répartition des tâches, d'attractivité et de soutenabilité de l'exercice en soins primaires.
- Sur le plan des pratiques, **l'évaluation observe les effets du modèle sur l'organisation du temps médical, la dynamique des équipes pluriprofessionnelles, l'émergence éventuelle de nouvelles formes de division du travail**
- **L'efficacité des prises en charge**, appréciée au regard de l'évolution des dépenses de soins en médecine générale, ainsi que sur d'autres postes de dépenses pertinents dans le cadre de cette étude. L'évolution des recours aux soins, des hospitalisations évitables et des ruptures de parcours pourra également être analysée.
- **Le développement de la dimension sociale de la prise en charge**, à travers la capacité du modèle à identifier et accompagner les vulnérabilités médico-psycho-sociales.
- Au-delà des résultats observés au niveau individuel, l'évaluation devra également **apprécier les effets structurels du modèle sur l'organisation du temps médical, la dynamique des équipes pluriprofessionnelles** et la capacité à prendre en charge une patientèle plus large ou plus complexe.
- Elle devra enfin permettre d'identifier les **conditions de faisabilité, de soutenabilité et de reproductibilité du modèle**, dans des configurations organisationnelles et territoriales diversifiées.

## Les modalités de recueil des données

L'évaluation s'appuiera notamment sur

- les bases de l'Assurance Maladie (SNDS notamment),
- le recueil de données réalisé dans le cadre de l'expérimentation et la facturation A51,
- l'historique des consultations réalisées pour les patients du programme et non facturées à l'Assurance Maladie

Les indicateurs spécifiques seront précisés par le protocole d'évaluation de l'expérimentation rédigé par les évaluateurs externes missionnés et placés sous la supervision de la CELLEVAL article 51, en lien avec les porteurs de projet.

Ce protocole sera élaboré par les évaluateurs externes après itération avec les porteurs et validé par la cellule évaluation article 51.

## **Les modalités d'information du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données pour l'évaluation**

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 prévoit que le patient est informé de l'existence de l'expérimentation et du partage éventuel des données le concernant entre les acteurs de l'expérimentation, concourant à sa prise en charge. Sur ce partage de données, l'absence d'opposition (exprimée par tout moyen y compris sous forme dématérialisée) du patient dûment informé vaudra consentement. Dès lors, il convient que soit tracé le fait que le patient ait bien reçu l'information.

Comme le prévoit la délibération n°2022-072 du 23 juin 2022 de la CNIL portant décision unique, une note d'information sera remise à chaque patient au moment de son inclusion concernant l'utilisation de ses données dans le cadre de l'évaluation article 51. Cette note lui rappelle ses droits d'accès, de rectification et d'opposition concernant ces données. Elle fournit également au patient le nom et les coordonnées de la personne auprès de laquelle elle peut exercer ses droits. L'exercice de ses droits n'empêche pas son inclusion dans l'expérimentation.

## **10. Les modalités de sortie / d'entrée dans l'expérimentation**

### **Les principes généraux**

L'adhésion à l'expérimentation est volontaire et s'effectue exclusivement au niveau de la structure d'exercice coordonné candidate.

La participation emporte engagement collectif et solidaire de l'ensemble des médecins généralistes et, plus largement, des professionnels de santé conventionnés qui seraient concernés par un transfert de compétence (sage-femme, infirmière, infirmière en pratique avancée).

Aucune adhésion individuelle partielle n'est possible.

### **Les modalités d'entrée dans l'expérimentation**

#### **Candidature et engagement collectif**

L'entrée dans l'expérimentation s'effectue par structure d'exercice (maison de santé pluriprofessionnelle, cabinet de groupe ou toute autre forme juridique éligible).

La candidature :

- est présentée au nom de la structure ;
- engage solidairement l'ensemble des médecins généralistes - et plus généralement les professionnels de santé conventionnés qui seraient concernés par un transfert de compétence - y exerçant ;
- vaut adhésion pleine et entière aux dispositions du présent cahier des charges.

## **Instruction et validation**

La candidature est instruite par l'équipe projet ipso et soumise à l'approbation du comité technique de l'innovation en santé.

L'entrée dans l'expérimentation est subordonnée :

- à la décision formelle d'approbation du CTIS ;
- à la signature d'une convention de financement et de mise en œuvre avec la CNAM ;

La date d'entrée effective dans le dispositif est fixée dans la convention signée avec l'Assurance maladie.

## **Les modalités de sortie de l'expérimentation**

### **Principe d'indivisibilité**

La sortie de l'expérimentation s'effectue exclusivement au niveau de la structure d'exercice.

Elle ne peut intervenir à titre individuel. Aucun médecin généraliste ne peut se retirer du dispositif tout en demeurant au sein d'une structure participante.

La décision de sortie engage solidairement l'ensemble des médecins de la structure et met fin à la participation de celle-ci dans son ensemble.

### **Notification et préavis**

Toute décision de sortie anticipée doit :

- faire l'objet d'une décision formalisée selon les règles de gouvernance propres à la structure ;
- être notifiée par écrit à la CNAM et au comité de pilotage de l'expérimentation
- respecter un délai de préavis minimum de trois (3) mois.

Le délai de préavis court à compter de la date de réception de la notification par la CNAM.

Durant cette période, la structure demeure tenue de respecter l'ensemble des obligations prévues par le présent cahier des charges et par la convention de financement.

### **Effets de la sortie**

La sortie entraîne :

- la cessation du financement dérogatoire à la date effective de fin de participation ;
- le retour aux règles conventionnelles de droit commun ;
- la transmission des données nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation, conformément aux engagements contractuels.

### **Perte des critères d'éligibilité**

Le maintien dans l'expérimentation est subordonné au respect continu des critères d'éligibilité définis dans le présent cahier des charges.

En cas de perte substantielle de ces critères, notamment :

- non-respect des exigences relatives à l'exercice coordonné ;
- diminution durable du nombre minimal de médecins requis ;
- manquement répété aux obligations déclaratives ou aux engagements contractuels ;

Le comité de pilotage peut relayer au CTIS les problématiques de non-conformité au cahier des charges ou à la déontologie qui nécessiterait une suspension temporaire du dispositif pour la structure en question ; la décision est notifiée à la structure concernée et prend effet dans les conditions précisées par la convention.

### **Evolution de la composition de la structure en cours d'expérimentation**

L'arrivée d'un nouveau professionnel de santé au sein d'une structure participante emporte adhésion automatique de celui-ci au dispositif, dès lors qu'il exerce dans le périmètre couvert par l'expérimentation.

Le départ d'un professionnel n'entraîne pas, à lui seul, la sortie de la structure, sous réserve que les critères minimaux d'éligibilité demeurent remplis.

La structure est tenue d'informer sans délai la CNAM et le comité de pilotage de toute modification substantielle de sa composition ou de son organisation susceptible d'affecter sa participation au dispositif.

### **Continuité de la prise en charge des patients**

La sortie volontaire ou contrainte de l'expérimentation ne saurait porter atteinte à la continuité des soins des patients inclus.

La structure s'engage à :

- informer individuellement les patients concernés dans un délai raisonnable ;
- organiser les modalités de transition vers les règles de droit commun ;
- garantir l'absence de rupture de prise en charge.

Les modalités pratiques de cette transition peuvent être précisées dans la convention de financement.

## **11. Liens d'intérêts**

Le porteur du projet est à la fois concepteur et opérateur du dispositif expérimental MTR 2 et bénéficiaire des financements dérogatoires associés. À ce titre, il existe un intérêt institutionnel à la réussite du modèle testé.

Le dispositif s'appuie sur des outils numériques développés et maintenus en interne par ipso santé afin de permettre le suivi populationnel, le recueil d'indicateurs et la coordination des équipes. Ces outils ne font pas l'objet d'une commercialisation, leur utilisation dans le cadre de l'expérimentation vise exclusivement à assurer l'opérationnalité du modèle testé.

Aucun financement industriel ou lien d'intérêt avec des entreprises du secteur pharmaceutique, des dispositifs médicaux ou des entreprises de santé numérique n'est impliqué dans le cadre du projet.

## 12. 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 ? », *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 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 : liste des structures expérimentatrices

1.	ipso saint Martin (SISA ipso paris)	Paris 3ème
2.	ipso nation (SISA ipso paris)	Paris 11ème
3.	ipso ourcq (SISA ipso paris)	Paris 19ème
4.	ipso italie (SISA ipso paris)	Paris 13ème
5.	ipso brotteaux	Lyon 6ème
6.	ipso richard-lenoir (SISA ipso paris)	Paris 11ème
7.	ipso menpenti	Marseille 10ème
8.	à définir	
9.	à définir	
10.	à définir	

## Annexe 2 : présentation du groupement IPSO santé

ipso santé est un collectif de médecins, infirmières, sages-femmes et de non-soignants qui portent ensemble un réseau de cabinets médicaux à Paris, Lyon, Marseille et bientôt Rennes. Depuis 10 ans, nous expérimentons un modèle de soin coordonné qui allie qualité, accessibilité et attractivité pour les soignants. Nous réalisons chaque année plus de 200 000 prises en charge.

Au quotidien, nous testons et évaluons des innovations utiles pour le système de santé et l'intérêt général. Nous souhaitons contribuer à la réflexion collective sur des sujets tels que :

- la refonte des modèles de financement des soins primaires, pour orienter les ressources vers les pratiques les plus utiles et assurer la soutenabilité du système
- le développement de véritables exercices coordonnés et pluriprofessionnels en ville
- la transition des pratiques vers une médecine préventive et plus personnalisée
- la structuration de la recherche en soins primaires
- la lutte contre la désertification médicale

L'organisation collective, participative et horizontale favorise le bien-être et redonne du sens au métier. C'est particulièrement vrai pour les soignants qui, ensemble, contrôlent leur outil de travail - élément fondamental selon nous. Nous pratiquons la médecine ensemble, sollicitons de l'aide, échangeons des conseils, et apprenons quotidiennement les uns des autres.

Nous développons nous-mêmes nos propres systèmes d'information afin de proposer aux équipes soignantes des logiciels de consultation sur-mesure. Cela nous permet aussi de développer des projets de recherche en soins primaires. A ce titre, ipso santé a été lauréat de l'appel à projets pour le tiers-lieu d'expérimentation en santé numérique dans le cadre du plan d'investissement France 2030. Ainsi, au sein des cabinets ipso, travaillent ensemble soignant·es, patient·es, expert·es académiques et structures porteuses d'outils innovants de thérapie numérique. Objectif : évaluer, améliorer, peaufiner l'efficacité de ces nouveaux outils pour les patientes et les patients.

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.

### L'équipe

Le groupement IPSO regroupe à fin 2025 plus de 260 personnes, dont

- plus de 171 professionnels de santé (dont environ 150 médecins généralistes)
- une quarantaine d'assistants médicaux et 10 offices managers
- une équipe support de 22 personnes
- une équipe de R&D (ingénieurs) d'environ 20 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, détenue conjointement par les médecins associés exerçant (majoritaires) et IPSO SANTE SAS.
- une SISA IPSO PARIS détenue par les professionnels de santé installés dans les cabinets parisiens.

## Annexe 3 : liste des actes réalisés et intégrés au forfait mensuel médecin traitant

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

Les actes médecine générale (spécialités n° 1, 22, 23) :

Cotation	Acte CCAM	Description
APC		Avis ponctuel de consultant
CCX		Consultation complexe
GS		Consultation spécialiste médecine générale
G		Consultation généraliste
CCP		Première consultation contraception jeunes filles
TCG		Téléconsultation généraliste
VGS		Visite spécialiste médecine générale
VG / V / VS		Visite médecin généraliste
VL		Visite longue et complexe
K		Autres actes de spécialité
COD/ COV		Consultation obligatoire de l'enfant de moins de 6 ans
COB /COA		Consultation obligatoire de l'enfant de plus de 6 ans
CCE		Consultation enfant pathologie handicap
APV		Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade
VSP		Visite spécifique
VU		Visite urgente
ATM	ALQP003	Dépression
ATM	ALQP006	Déficit cognitif
ATM	CDRP002	Épreuves de dépistage de surdité avant l'âge de 3 ans
ATM	BLQP010	Examen de la vision binoculaire
ATM	DEQP003	Ecg au cabinet
ATM	JKHD001	Prélèvement cervico vaginal

### Les actes sages-femmes

Cotation	Coefficient	Description
C		Consultation
CS		Consultation spécialisée
VS		Visite spécialisée
CCP		Première consultation contraception jeunes filles
SF	12	Acte Sage-Femme (cours prépa accouchement)
SF	15	Acte Sage-Femme (entretien prénatal)
SF	12,6	Acte Sage-Femme (bilan prénatal)
SP		Entretien et séances de suivi postnatal
JKHD001		Prélèvement cervicovaginal

### Les actes gynécologiques

Cotation	Acte CCAM	Description
CS		Consultation

VS		Visite spécialisée
CCP		consultation de contraception et de prévention
JKHD001		Prélèvement cervicovaginal

## Les actes infirmiers

Cotation	Coefficient	Description
PAI 6		Forfait initiation du suivi
PAI 5		Forfait de suivi
PAI 3		forfait bilan ponctuel IPA
PAI 1,6		forfait séance de soins ponctuelle IPA

## Les actes pédiatres

Cotation	Acte CCAM	Description
COD/ COV		Consultation obligatoire de l'enfant de moins de 6 ans
COB /COA		Consultation obligatoire de l'enfant de plus de 6 ans

## Annexe 4 : actions de prévention et promotion de la santé

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

## Annexe 5 : les briques thématiques

Cette section est structurée par brique 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 validés pour définir si le suivi de ce patient justifie la brique thématique
- les éléments bibliographiques associés qui ont motivés les choix d'indicateurs
- les éventuelles exclusions de patients pour chaque brique thématique

### Suivi pédiatrique

#### Objectif

Assurer le suivi pédiatrique de premier recours de l'enfant (petites urgences et suivi ). Favoriser le bon développement de l'enfant et dépister précocement les troubles

#### 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
- assurer la prise en charge des problématiques aiguës

#### 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	+

#### critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
Âge	attributif	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inférieur à 25 mois</li> <li>- déclaration sur l'honneur du représentant légal précisant qu'il/elle souhaite faire l'intégralité du suivi pédiatrique de premier recours du nourrisson au sein de la structure</li> </ul>

## Vulnérabilité sociale

### 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.

### 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

### 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	++

### critères d'inclusion

indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
C2S	attributif	bénéficiaire
AME	attributif	bénéficiaire

## ALD

### objectif

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

### 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)

### 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	++

## critères d'inclusion

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

## Perte d'autonomie à domicile

### objectif

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

### 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.

### 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	+++

## 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 (IPA, MG, SF) réalisées en grande majorité au domicile et a minima 4 consultations complexes à domicile par le médecin par an, à raison d'une par trimestre en moyenne

## critères d'exclusion

- patient qui n'a pas bénéficié d'au moins une visite à domicile d'un médecin ou d'une IPA ou d'une sage-femme dans les 3 derniers mois

## 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

## situation de handicap

### objectif

Lutter contre les facteurs de renoncement au soins.

### 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)

### 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	+++

### critères d'inclusion

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

### 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

## Santé mentale

### objectif

Réduire la souffrance psychique et les risques liés aux addictions.

## 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.

## 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	++

## critères d'inclusion

	indicateur ipso	type d'indicateur	seuil de déclenchement
dépression	PHQ-9	déclaratif	score $\geq 5$ (dépression légère) évalué il y a moins de 12 mois
anxiété	GAD-7	déclaratif	score $\geq 5$ (anxiété légère)

## critères d'exclusion

- patient avec l'ALD n° 23
- patient inclus depuis plus d'un an dans l'expérimentation ( y compris dans le premier volet de l'expérimentation dit MTR1), et qui n'a pas bénéficié d'une réévaluation de son score PHQ9 / GAD7 dans les 12 derniers mois

## **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

## **Suivi gynécologique**

### **objectif**

Assurer le suivi gynécologique de premier recours par l'équipe de soins de la structure

### **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,...)

### **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	+

### **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 de la structure
---------------------------	------------	---

### critères d'exclusion

- patiente qui fait son suivi obstétrique au sein de la structure

## suivi obstétrique

### objectif

Assurer le suivi obstétrique de premier recours par l'équipe de soins de la structure

### quel projet médical pour ces patients ?

- 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 sage-femmes, fiches pratiques)

### 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	+

### 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 obstétrique de premier recours au sein de la structure

## **bibliographie**

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

## **Haut risque CV**

### **objectif**

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

### **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.

### **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	+

## 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.

## critères d'exclusion

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

## 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

# Annexe 6 : questionnaire d'audit des structures candidates au programme MTR 2

## I. activité médicale

### médecin traitant & prévention

*? L'amélioration de la prévention et l'organisation du temps hors consultation sont des éléments clés de l'évaluation du dispositif par les institutions. Les questions de cette section permettent de se faire une meilleure représentation de la façon dont vous êtes organisés sur ces aspects.*

- Comment l'aspect prévention est-il intégré dans la pratique médicale avec les patients MT ?
- Comment s'organise le temps de coordination médicale pour le suivi des patients MT ?
- Comment est gérée la prise en charge des patients MT d'un praticien lorsque ce dernier est en absence prolongée (congé maternité, arrêt maladie, ...) ?

### pratiques étendues

- Quelles sont les pratiques médicales étendues des MG ? (gynéco, obstétrique, pédiatrie, etc.)
- Quel est le niveau d'intégration des sage-femmes dans le suivi des patients MT ?

### remplaçants

- Quel est le niveau d'intégration des remplaçants dans le suivi des patients MT ?

### patientèle

*? les données / MG sur la patientèle MT permettront de faire des simulations financières plus précises sur le montant des forfaits à envisager pour chaque praticien*

- Quel est le niveau de patientèle MT / MG et le volume horaire hebdomadaire / MG ?
- Quel est le profil de la patientèle de chaque MG ? A-t-on des données extractibles à ce sujet ?

### urgences & soins non programmés

- Comment s'organise la prise en charge des petites urgences ?
- Existe-t-il des créneaux dédiés ou une permanence pour les soins non programmés ?

### projections & besoins futurs

- Quels besoins futurs sont identifiés pour compléter les prises en charge et qui pourraient être envisagés avec le dispositif MTR ? (IPA maladies chroniques, coordinatrice sociale, etc.)

## II. système d'information ( logiciel médical)

### fonctionnement général

- Comment fonctionne globalement votre logiciel dans la structure ?

- Est-ce que le logiciel est partagé par tous les professionnels de santé de la structure ?
- Est ce que les dossiers médicaux sont partagés avec l'ensemble des praticiens ?
- Quels sont les processus/protocoles de facturation des actes ?
- Comment fonctionne l'écran de cotation des actes ?
- Comment est gérée la télétransmission / FSE ?
- Comment est gérée la facturation en feuille de soins papier ?

#### **dossier médical & données**

- Comment sont structurés les antécédents médicaux dans votre système ?
- Est ce que vous tracez dans votre dossier médical, les événements faits hors consultation avec le patients ( email, ...)?
- Comment sont structurées les observations de consultation ?
- Des questionnaires de santé / scores sont-ils déjà intégrés ?

#### **capacité d'extraction & interopérabilité**

- Quelles sont les possibilités d'extraction ou de requêtes ciblées existantes ?
  - via export Google Sheet / Excel ?
  - via API ?
- L'outil permet-il un labelling/étiquetage structuré (ex : "MTR" + critères de brique) ?

### **III. système d'information – prise de rendez-vous**

- Comment est organisée la prise de rendez-vous et la gestion des agendas ?
- Quel est le volume de prises de rendez-vous en ligne via l'outil par rapport à d'autres canaux ?
- Existe-t-il des règles/ filtres configurés dans l'outil à la prise de rendez-vous pour proposer/réserver des créneaux à une typologie spécifique de patients ( exemple : les patients MT) ?

### **IV. opérations**

#### **fonctionnement du cabinet**

- Comment est organisée l'ouverture du cabinet et la permanence des soins ?
- Comment sont gérés les plannings de consultation des praticiens ?

#### **coordinateur.trice de site**

- Quel est le rôle de la coordinatrice de site ?
- Quel est son temps de travail ?

#### **assistants médicaux**

- Quel est le rôle et quelles sont les fonctions des assistants médicaux ?
  - accueil des patients ?
  - gestion de la sortie des patients ?
  - prise de rdv en sortie de consultation ?
  - réassort des salles ?
  - entretien des espaces communs / matériels mutualisés ?
  - gestes médicaux (prise de tension, poids, etc.) ?

- tâches administratives de la structure (réception courrier, etc.) ?
- gestion du flux email/téléphone entrants et sortants ?
- protocole de réponse aux sollicitations des patients hors consultation ?

## V. administration & finance

### gestion financière

*? les questions sur l'organisation financière de la structure sont nécessaires pour organiser la répartition des forfaits mensuels , notamment dans le cas d'une prise en charge par un praticien qui n'est pas le MT du patient ( donc qui ne reçoit pas les forfaits). À ipso, nous avons opté pour une logique de redistribution "à l'acte" pour toutes les consultations réalisées par un praticien de la structure, lorsque ce dernier n'est pas le MT du patient*

- Comment sont gérés les comptes courants bancaires des professionnels de santé ? de la SISA/autre structure commune ?
- Quel est le processus de gestion des encaissements des honoraires ?
- Quel est le processus de gestion des rétrocessions des remplaçants ?
- Quel est le processus de suivi et de traitement des rejets Sécurité sociale liés aux cotations à l'acte ?

### contrats & cadre légal

*? Dans notre structure nous avons du changer des clauses du contrat type de remplacement pour permettre une rémunération des remplaçants sur la base d'actes non facturés à l'Assurance Maladie*

- Existe-t-il un contrat type de remplacement ? Est-il utilisé systématiquement et est-il possible d'avoir un exemplaire type ?

### gouvernance / juridique

- Y'a t'il des règles communes d'absences des professionnels de santé ? Si oui quelles sont-elles ?
- Quel est le montage juridique de la structure ? Tous les professionnels sont-ils actionnaires de la SISA / SEL ?
- Le projet de santé de la structure est-il appliqué dans toutes ses dimensions ou y a-t-il encore des parties qui doivent être mises en place ?

### statut structure

- Comment fonctionnent les ACI dans votre organisation ?
- Comment se fait la répartition entre les professionnels de santé ?
- À quoi servent concrètement les ressources issues des ACI ?

## Annexe 7 : avis CTIS et rapports d'évaluation du premier volet de l'expérimentation MTR 1

avis CTIS	<a href="https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20250627avis_ctis_csis_fin_xp_mtr.pdf">https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20250627avis_ctis_csis_fin_xp_mtr.pdf</a>
rapport d'évaluation - volet 1 - évaluation qualitative	<a href="https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mtr1_ipso_rapport_d_evaluation_volet_1.pdf">https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mtr1_ipso_rapport_d_evaluation_volet_1.pdf</a>
rapport d'évaluation- volet 2 - évaluation quantitative	<a href="https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mrt1_ipso_rapport_d_evaluation_volet_2.pdf">https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/mrt1_ipso_rapport_d_evaluation_volet_2.pdf</a>
résumé du protocole d'évaluation	<a href="https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_du_protocole_18idf01_ipso.pdf">https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/a51_resume_du_protocole_18idf01_ipso.pdf</a>