

Cahier des charges

Expérimentation

d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)



Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé, le Ministère des Solidarités et de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont lancé conjointement en mai 2018, trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) afin d'organiser des projets d'expérimentation d'initiative nationale et d'en favoriser la réussite par l'implication des acteurs de terrain dès la phase de conception :

- **L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS)**
- L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (IPEP)
- L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)

L'objectif de ces appels à manifestation d'intérêt était de sélectionner des candidats souhaitant travailler à l'élaboration des cahiers des charges de ces expérimentations. La démarche proposée reposait ainsi sur une logique de volontariat et de co-construction avec les acteurs de terrain.

Le présent cahier des charges est issu des travaux de co-construction menés de septembre 2018 à mars 2019 avec les 11 représentants d'équipes d'acteurs en santé sélectionnés dans le cadre de l'AMI, qui ont apporté leurs avis, propositions et expertises nécessaires à la déclinaison opérationnelle de **l'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville.**

Table des matières

Table des matières	2
1) Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation.....	3
2) Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation	8
3) Durée de l'expérimentation envisagée.....	9
4) Champ d'application territorial proposé :	12
a. Éléments de diagnostic	12
b. Champ d'application territorial.....	12
5) Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation.....	13
6) Catégories d'expérimentations.....	16
7) Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation.....	17
8) Principes du modèle économique	19
9) Équilibre du schéma de financement	27
10) Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation	27
11) Modalités de révision du cahier des charges.....	29
12) Modalités de candidature	30
13) Les besoins en systèmes d'information	31
14) Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	32
15) Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées.....	35
16) Liens d'intérêts.....	38
17) Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères	38
18) Annexe 1 – Prise en compte de l'activité dans la détermination de la rémunération PEPS par correction des cas extrêmes	40
19) Annexe 2 - Liste des indicateurs de qualité et de performance	42
20) Annexe 3 - Version 2019 du questionnaire expérience patient	46

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

L'expérimentation d'un **paiement en équipe de professionnels de santé en ville** (PEPS) s'inscrit dans le cadre général du dispositif des expérimentations innovantes en santé de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'objectif est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe.

Ce paiement collectif forfaitaire, appelé « rémunération PEPS », est versé à une structure juridique pour équipe volontaire, en substitution du paiement à l'acte des soins concernés par le champ de l'expérimentation. La méthode de calcul de la rémunération PEPS est détaillée dans la partie 8 « Principe du modèle économique ».

- **A qui s'adresse l'expérimentation ?**

L'expérimentation PEPS repose sur la mise en place d'un paiement forfaitaire collectif. Ce versement d'une rémunération collective implique ainsi un **haut niveau de maturité des équipes expérimentatrices**, facteur clé de la réussite de l'expérimentation.

Est éligible à l'expérimentation PEPS :

- Toute **équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle**, avec la présence d'au moins 5 professionnels de santé (médecin généraliste ou infirmier) conventionnés, dont :
 - Au moins 3 médecins généralistes volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire ;
 - Au moins 1 infirmier volontaire pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire (ce dernier critère n'est pas requis si l'infirmier ne code pas d'acte infirmier, dans le cadre d'ASALEE¹ par exemple) ;
 - De plus, les professionnels de santé des équipes candidates peuvent entrer ou sortir de l'expérimentation à tout moment, tant que les conditions d'éligibilité sont bien respectées (au moins 5 professionnels de santé dans l'équipe, dont 1 infirmier et 3 médecins généralistes).
- **Exerçant au sein d'une structure**, dont le statut juridique permet un versement forfaitaire :
 - Exemple :
 - Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) constituée en Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires (SISA) ;

¹ Lancée en 2004, l'association ASALEE (« Action de santé libérale en équipe ») organise le travail entre médecins et infirmiers via une coordination renforcée et des délégations d'actes.

- Centres de santé (CDS) ;
- Dont la patientèle « médecin traitant » comprend **au minimum 250 patients** concernés par le forfait.

NB : Si une équipe volontaire exerçant en centre de santé participe à l'expérimentation, l'ensemble des médecins généralistes et infirmiers exerçant au sein de ce ou ces centres de santé est de fait volontaire pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire.

➤ **Un financement collectif substitutif à la rémunération à l'acte**

Le paiement en équipe de professionnels de santé est un nouveau mode de financement fondé sur le versement d'un forfait, qui correspond à une rémunération ajustée au risque, définie selon la typologie des patients. Un forfait est versé pour des équipes pluriprofessionnelles de ville volontaires, qui se **substitue au paiement à l'acte** sur un périmètre de patients et d'activité défini. Pour cette population, une « rémunération PEPS » est versée **collectivement à une structure**.

Le forfait est calculé en fonction du **nombre de patients « médecin traitant »** concernés (patientèle PEPS), **qu'ils soient consommant ou non consommant**, et des **caractéristiques** de cette patientèle « médecin traitant » pour tenir compte de la diversité des besoins des patients.

Pour chaque profil de patient dont les caractéristiques seront précisées ci-dessous, un montant forfaitaire est calculé sur la base des dépenses constatées au niveau national. La « rémunération PEPS » versée à chaque équipe participante correspond à la somme des forfaits de sa patientèle PEPS.

Ce montant prend ensuite en compte *différents facteurs* :

- **la qualité de la prise en charge appréciée pour l'ensemble de l'équipe impliquée dans la prise en charge du patient ;**
- **le niveau d'activité agrégée pour la patientèle, réalisée par l'équipe de professionnels de santé participant à PEPS (ce qui permet une correction des cas extrêmes comme par exemple pics d'activité lié à une épidémie), et en tenant compte de la part des soins de la patientèle PEPS réalisés au sein de l'équipe ;**
- **les caractéristiques des territoires concernés**

Les équipes sont **libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS**. Elles peuvent décider collégalement de l'utilisation la plus pertinente possible de la « rémunération PEPS » qui leur est allouée pour la patientèle prise en charge. Cette rémunération peut aussi être utilisée, par exemple, pour proposer de nouvelles prestations, qu'elles soient réalisées par les membres de l'équipe ou même par d'autres professionnels de santé ou non. Les structures sont ainsi encouragées à investir, grâce à cette rémunération, sur les déterminants de santé qu'elles considèrent être les plus pertinents

pour leurs patients. L'expérimentation sera ainsi l'occasion de permettre le partage de bonnes pratiques entre pairs.

L'équipe identifie la structure à laquelle les différents versements seront effectués pour l'ensemble de l'équipe. La forme juridique préférentielle pour le versement du paiement est la SISA ou le centre de santé. Dans le présent cahier des charges, le terme « structure » est utilisé pour couvrir les différentes formes juridiques habilitées à pouvoir recevoir le paiement forfaitaire. Il est aussi possible d'utiliser la rémunération PEPS pour financer des actions de coordination.

- Quels sont les **objectifs du projet d'expérimentation** ?

L'objectif stratégique global du projet PEPS est d'**améliorer le service rendu aux patients** par une meilleure qualité des soins **et de renforcer l'efficacité des dépenses de santé** par une meilleure utilisation des ressources disponibles. La mise en place d'un forfait vise à encourager le décloisonnement entre professionnels de santé et l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins prodigués, en plaçant le patient et son parcours de santé au cœur de la prise en charge de l'équipe traitante. Cette expérimentation s'inscrit dans une logique de structuration de l'offre de soins ambulatoires de premier recours et d'accompagnement des modes d'exercice regroupés ou coordonnés, ce qui nécessite une forte maturité des équipes expérimentatrices pour la mise en place du projet PEPS.

Les objectifs opérationnels de l'expérimentation de ce nouveau modèle de financement PEPS sont les suivantes :

- **Améliorer l'accès aux soins** en particulier dans les zones sous-denses :
 - en libérant du temps médical grâce au travail en coopération,
 - en augmentant la taille de leur file active (patientèle PEPS) grâce à l'incitation du forfait,
 - et en favorisant la présence de professionnels de santé exerçant en équipes dans les territoires les plus fragilisés ;
- **Améliorer la qualité du parcours des patients** par le suivi coordonné et une incitation financière à la qualité ;
- **Gagner en pertinence**, en diminuant le nombre d'actes évitables
- **Optimiser la prise en charge des patients** en favorisant l'exercice pluriprofessionnel en équipe.

Le passage à une rémunération forfaitaire permet aux équipes de pouvoir dégager des marges de manœuvre, notamment en mettant en place des modifications organisationnelles, telles que :

- **Le développement de protocoles de coopération ;**

Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leur mode d'intervention auprès du patient (article L. 4011-1 du code de la santé publique). Dans le cadre de PEPS, les professionnels de

santé sont invités à utiliser les protocoles autorisés mais aussi à innover dans les pratiques de délégation, en proposant de nouveaux protocoles de coopération pluriprofessionnels.

- ***l'organisation de la coordination pluriprofessionnelle ;***

La coordination est un facteur essentiel d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficacité des soins. Elle vise non seulement à améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, mais aussi celle des populations complexes dont les besoins de santé exigent le plus souvent une prise en charge pluridisciplinaire.

- ***la rationalisation des parcours et le développement d'une « démarche qualité » ;***

Améliorer la pertinence des soins peut permettre à l'équipe de concentrer les ressources vers des actes à plus haute valeur ajoutée pour le patient, d'améliorer la qualité de sa prise en charge et donc de gagner en attractivité, mais également de réduire les possibles risques iatrogéniques.

- ***Le développement des actions de prévention.***

Le développement de ces activités de prévention a pour but d'éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Les équipes expérimentatrices peuvent librement cibler leurs efforts sur des actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et notamment d'éducation thérapeutique.

L'expérimentation PEPS n'est en aucun cas prescriptive sur l'utilisation du forfait et **laisse ainsi les acteurs libres de définir le nombre et le type des actions et modifications organisationnelles à réaliser** pour améliorer la pertinence et la qualité des soins.

Les quatre exemples de modifications organisationnelles citées ci-dessus, pouvant être développées dans le cadre de l'expérimentation PEPS, sont fortement interdépendantes :

- d'une part, en se libérant des contraintes du paiement à l'acte, les équipes peuvent revoir leur fonctionnement et s'organiser plus librement, sur la base des protocoles de coopération et des autres outils de coordination ;
 - d'autre part, le temps et les ressources ainsi dégagés permettent d'améliorer la prise en charge des patients, que ce soit sur le plan qualitatif (améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge) ou quantitatif (augmenter la file active et ainsi améliorer l'accès aux soins sur le territoire).
- **Quelle est la population ciblée par le projet d'expérimentation ? (typologie, volumétrie et si toute la population, mentionner : toute la population).**

Dans le cadre du projet PEPS, **trois types de paiements forfaitaires sont expérimentés, en fonction des profils de la patientèle PEPS considérée.** Ce paiement concerne la prise en charge globale des patients, c'est-à-dire quel que soit le motif du recours aux soins.

Les trois patientèles PEPS des médecins généralistes de l'équipe volontaire pour participer à l'expérimentation PEPS sont les suivantes :

- **Patientèle diabétique** : il s'agit de cibler la rémunération forfaitaire sur le suivi de l'ensemble des patients « médecin traitant » ayant l'ALD n°8 (diabète de type 1 et de type 2).
- **Patientèle âgée** : il s'agit de cibler la rémunération forfaitaire sur le suivi des patients « médecin traitant » âgés de 65 ans et plus, ainsi que des patients âgés de 50 ans à 64 ans et ayant une ALD au titre d'une des maladies neurodégénératives suivantes : Maladie d'Alzheimer (ALD n°15), Maladie de Parkinson (ALD n°16) et Sclérose en plaque (ALD n°25).
- **Patientèle totale** : il s'agit d'une approche globale, rémunérant une équipe pour le suivi de l'ensemble de ses patients « médecin traitant ».

Pour ces trois populations, la patientèle « médecin traitant » concerne la patientèle repérée à partir des données de déclaration d'un médecin traitant (hors patients résidant en EHPAD), uniquement pour les médecins généralistes de la structure qui sont volontaires pour substituer le paiement à l'acte par un paiement forfaitaire.

Chaque équipe candidate à l'expérimentation peut se positionner sur l'une des thématiques, ou plusieurs :

- Patientèle totale
- Patientèle âgée
- Patientèle diabétique
- Patientèle âgée et patientèle diabétique

Les patients bénéficiant de l'aide médicale d'état seront également pris en compte au sein de la patientèle PEPS.

L'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources.

En raison de la non-affiliation de ces patients AME à un médecin traitant, leur prise en compte dans l'expérimentation se fera selon des modalités techniques particulières qui feront l'objet de travaux spécifiques dès le début de l'expérimentation, en 2019.

Chaque équipe expérimentatrice souhaitant participer à ces travaux sera associée à l'examen des différentes pistes techniques permettant à ces patients AME de faire partie intégrante de la patientèle PEPS.

2) Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation

- En termes d'amélioration du service rendu pour les usagers ?

L'expérimentation a pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge, ainsi que l'accès aux soins, c'est pourquoi il est attendu d'améliorer le service rendu pour les usagers :

- **Favoriser la pertinence** en prenant en compte des indicateurs de qualité ainsi que l'expérience du patient dans la rémunération de l'équipe ;
 - **Simplifier et fluidifier le parcours du patient** par une meilleure coordination et plus de partage d'information entre les professionnels
 - **Faciliter l'accès aux soins** en libérant du temps médical ;
-
- En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?
- **Renforcer le travail en équipe pluriprofessionnelle** grâce à un financement forfaitaire collectif ;
 - **Avoir des objectifs de qualité partagés** par tous les professionnels de l'équipe ;
 - **Développer l'harmonisation** et le partage des **bonnes pratiques** ;
 - **Inciter à l'innovation organisationnelle** grâce à un forfait librement utilisé, s'adaptant donc aux spécificités de chaque structure ;
 - **Inciter à une pratique médicale efficiente**, par l'orientation vers le professionnel de l'équipe le plus pertinent selon la situation du patient ;
 - **Améliorer les conditions de travail** des professionnels de santé exerçant en équipe.
-
- En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?
- **Limiter les actes non pertinents.**
 - **Renforcer l'offre de soins primaires** et permettre une diminution des recours indus aux urgences ;
 - Inciter financièrement à l'atteinte d'objectifs relatifs à la **qualité de la prise en charge** ;

3) Durée de l'expérimentation envisagée

- Quelle est la durée envisagée du projet d'expérimentation proposé ?

La durée de l'expérimentation est de 5 ans, à compter de la date d'entrée dans la phase 1 de l'expérimentation (définie par la date de publication de l'arrêté d'autorisation des expérimentateurs), avec la possibilité pour les équipes candidates d'en sortir à l'issue de la phase 2 (cf. ci-dessous).

- Quel est le planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation ?

L'expérimentation se déroule en 3 phases, dans l'optique de mettre en place de façon progressive la substitution du paiement à l'acte par un paiement forfaitaire prospectif.

Cette progressivité permet une appropriation du modèle par les parties prenantes et d'adapter le modèle de financement à la montée en charge progressive de l'expérimentation et aux résultats des simulations réalisées.

Les phases 1 et 2 permettent aux équipes de se préparer progressivement au basculement du paiement à l'acte vers le forfait pour aboutir en phase 3 au paiement forfaitaire prospectif (et à l'arrêt du paiement à l'acte pour les actes concernés par le forfait).

Pour assurer la mise en œuvre du paiement forfaitaire, un montant (appelé « crédits d'amorçage ») est alloué à l'équipe expérimentatrice (cf. partie 9 « Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation »). Le versement de ces crédits sera étalé en 2019, 2020 et 2021.

Phase 1 : Lancement et mise en place du projet d'expérimentation

Pendant cette phase, le paiement à l'acte est maintenu.

Cette première phase a pour objectif principal d'aider l'équipe dans le lancement et la mise en place de son projet organisationnel. Elle doit conduire à :

- l'accompagnement des équipes dans la mise en place des modifications organisationnelles, du suivi et du reporting (formalisation de la gouvernance);
- l'appropriation par les équipes des règles et outils développés pour l'expérimentation ;
- la mise en place progressive des moyens nécessaires à la mise en place des actions ;
- la mise en place des processus de recueil et de restitution de données ;
- définir les modalités d'administration du questionnaire d'expérience patients ;
- la mise à disposition pour les acteurs de l'expérimentation des résultats des simulations d'une application du modèle de financement ;
- la diffusion et la communication de l'expérimentation auprès des professionnels de santé et des patients;

- l'identification d'ajustements éventuels du présent cahier des charges (ex : calibrage des bases forfaitaires sur des données disponibles).

Phase 2 (un an) : Modèle de financement transitoire « rétrospectif », avec versement d'un « bonus », le cas échéant

Pendant cette phase, d'une durée d'un an, le paiement à l'acte est maintenu et sont versés au titre de l'année N-1 (cf encadré ci-dessous) :

- Un bonus, le cas échéant.
Un montant supplémentaire au titre d'une présomption de qualité

a) Un bonus peut être versé en fonction des simulations. Une simulation de l'impact théorique (cf. partie 8 « Principe du modèle économique ») qu'aurait eu l'application du passage au forfait sur l'année N-1, hors prise en compte de la partie qualité (en attente de pouvoir mesurer les indicateurs (cf. Annexe 2)), est en effet réalisée pour chaque équipe :

- **En cas d'impact financier positif** pour l'équipe par rapport à ce qui a été versé au titre du paiement à l'acte, le surplus de rémunération, appelé ici « **bonus** » est versé à la structure ;
- **Pas de prise en compte d'un trop-perçu** dans le cas où le forfait théorique serait inférieur à ce qui a été effectivement versé dans le cadre de la rémunération à l'acte

b) Un montant supplémentaire sera versé au titre d'une présomption de qualité (lors de la phase 2, dans l'attente de pouvoir mesurer tous les indicateurs qualité) à hauteur de 5% de l'ensemble de la rémunération PEPS théorique de l'année N-1 (hors qualité), afin d'inciter les professionnels à mettre en œuvre des pratiques innovantes (ce montant s'ajoute à l'éventuel bonus mentionné ci-dessus) ;

- Etant donné la sécurisation financière pour les acteurs, le montant maximal versé au total ne peut être supérieur à 15% de l'ensemble des revenus que les professionnels ont perçus au titre du paiement à l'acte en année N-1 sur le périmètre concerné.

En fonction des premiers résultats constatés au cours de ces deux phases (phase 1 et 2), les expérimentateurs qui le souhaitent pourront sortir de l'expérimentation à la fin de cette seconde phase.

Phase 3 (trois ans) : Modèle de financement « prospectif » sur un modèle forfaitaire en équipe

Pendant cette phase, d'une durée maximale de trois ans, **le paiement à l'acte n'est plus maintenu** pour la prise en charge de la patientèle « médecin traitant » concernée par le forfait (pour les consommateurs et les non consommateurs) et sur le champ des actes concernés par le forfait (cf. partie 8 « Principe du modèle économique »). Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients qui n'entrent pas dans le cadre de l'expérimentation et pour les

actes non inclus dans le forfait (cf. partie 8 « Principe du modèle économique »). Pour cette phase, en l'absence de paiement à l'acte, l'activité relative à la patientèle concernée par l'expérimentation fera l'objet d'un suivi via les outils déployés à cet effet.

Pendant cette phase, le montant versé pour l'équipe de façon échelonnée, au titre de l'année en cours, correspond à la rémunération PEPS déterminée selon les modalités détaillées dans la partie 8 « Principe du modèle économique».

En complément du financement prospectif versé au titre de l'année en cours, **sont versés au titre de l'année N-1, uniquement pour la première année de la phase 3 (de façon analogue à la phase 2) :**

a) Un bonus peut être versé en fonction des simulations. Une simulation de l'impact théorique (cf. partie 8 « Principe du modèle économique ») qu'aurait eu l'application du passage au forfait sur l'année N-1, hors prise en compte de la partie qualité (en attente de pouvoir mesurer les indicateurs (cf. Annexe 2)), est en effet réalisée pour chaque équipe :

- *En cas d'impact financier positif pour l'équipe par rapport à ce qui a été versé au titre du paiement à l'acte, le surplus de rémunération, appelé ici « **bonus** » est versé à la structure ;*
- *Pas de prise en compte d'un trop-perçu dans le cas où le forfait théorique serait inférieur à ce qui a été effectivement versé dans le cadre de la rémunération à l'acte*

b) Un montant supplémentaire sera versé au titre d'une présomption de qualité (dans l'attente de pouvoir mesurer tous les indicateurs qualité) à hauteur de 5% de l'ensemble de la rémunération PEPS théorique de l'année N-1 (hors qualité), afin d'inciter les professionnels à mettre en œuvre des pratiques innovantes (ce montant s'ajoute à l'éventuel bonus mentionné ci-dessus) ;

- *Etant donné la sécurisation financière pour les acteurs, le montant maximal versé au total ne peut être supérieur à 15% de l'ensemble des revenus que les professionnels ont perçus au titre du paiement à l'acte en année N-1 sur le périmètre concerné.*

A noter, lors de cette phase 3, deux options seront proposées aux équipes s'agissant de l'activité relative au suivi des patients « médecin traitant » mais non inclus dans le périmètre du paiement forfaitaire et réalisée par les professionnels de santé substituant leurs actes (ex : actes techniques et indemnités kilométriques) :

- *Option 1 : Poursuite d'un versement sur un mode de paiement à l'acte individuel pour chaque professionnel*
- *Option 2 : Versement sur un mode de paiement à l'acte collectif pour l'équipe de professionnels de santé substituant leurs actes*

Pour le financement de cette troisième phase, les modalités de contribution de l'assurance maladie complémentaires seront examinées.

4) Champ d'application territorial proposé :

a. **Éléments de diagnostic**

Ce projet d'expérimentation a pour but de répondre à certaines limites inhérentes au mode de rémunération actuellement en vigueur, à savoir le paiement à l'acte en ambulatoire.

Face à la hausse constante du montant des dépenses et le manque de fluidité et de pertinence dans les parcours de santé, le projet PEPS vise ainsi à favoriser le travail en équipe et à mieux structurer les soins ambulatoires, afin d'optimiser la prise en charge des patients, pour les placer au cœur de notre système de santé.

b. **Champ d'application territorial**

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
Local		
Régional		
Interrégional		
National	OUI	Le projet d'expérimentation PEPS est d'initiative nationale et s'appuie sur des équipes expérimentatrices réparties dans différentes régions du territoire. L'expérimentation sera donc menée sur l'ensemble du territoire national avec les acteurs volontaires ayant participé à l'élaboration du présent cahier des charges et les acteurs volontaires sélectionnés dans le cadre de l'appel à projet annexé au présent cahier des charges.

5) Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteurs :	<p>Ministère des solidarités et de la santé, Direction de la Sécurité Sociale 14 avenue Duquesne 75007 PARIS</p> <p>Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) 50 Avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris</p>	<p>peps@sante.gouv.fr</p> <p>Marine JEAN-BAPTISTE Conseiller médical</p> <p>Claire MONTÊTE, DSS, Chargée de mission « Relations avec les professions de santé »</p> <p>Grégoire DE LAGASNERIE, Chef de bureau « Economie de la santé »</p> <p>Ayden TAJAHMADY, Cnam, Directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques</p> <p>Emmanuelle GUEDY, Cnam Chargée de mission Département des Professions de Santé</p>	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	<p>Haute autorité de santé (HAS) 5, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex</p>		<p>HAS : appui dans la conduite du chantier « qualité »</p>

	<p>Agence nationale d'appui à la performance (Anap) 23 avenue d'Italie 75013 Paris</p> <p>Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) 117 boulevard Marius-Vivier- Merle 69003 Lyon</p>		<p>Anap : élaboration et conduite de la démarche d'accompagnement des équipes lors de la phase de mise en œuvre de l'expérimentation</p> <p>Atih : appui dans la conduite du chantier « qualité »</p>
--	--	--	---

La gouvernance de PEPS repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, d'un **comité opérationnel**, constitué des porteurs et partenaires du projet (Anap, Drees, HAS, ARS...) et d'un **comité de suivi**.

Ce comité de suivi est composé :

- **des porteurs du projet** (Cnam et Ministère des Solidarités et de la Santé) ;
- **des représentants des équipes expérimentatrices ;**
- **des partenaires institutionnels;**
- **de représentants des ARS et du réseau de l'Assurance Maladie ;**
- **du responsable de l'évaluation** – selon l'ordre du jour.

Il a vocation à se réunir *a minima* une fois tous les 4 mois durant la première année de l'expérimentation et selon des échéances à définir pour les années suivantes. L'objectif de ce comité est de faire le point sur la mise en œuvre de l'expérimentation, d'identifier les difficultés rencontrées, les points forts, les modifications éventuelles à apporter à l'expérimentation et les éventuels points d'attention à remonter au Comité technique de l'innovation en santé² (CTIS). Il serait informé de l'avancée de l'évaluation.

Toute modification du cahier des charges sera soumise à l'avis des participants à l'expérimentation dans le cadre du comité de suivi, comme expliqué en partie 11 « Modalités de révision du cahier des charges ».

Par ailleurs, un accompagnement et un suivi **des projets des équipes** seront réalisés avec les participants à l'expérimentation, en lien avec l'Anap, les ARS et le réseau de l'Assurance Maladie (cf. partie 9 « Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation »).

² Conformément au 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 secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, le comité technique de l'innovation en santé est composé du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du directeur général de la santé, du directeur général de la cohésion sociale, du directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, d'un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé et du directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie.

6) Catégories d'expérimentations

- A quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ?
Il est possible de combiner les catégories.

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

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

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°)³ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

³ Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1° du I de l'article L. 162-31-1)

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

Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger	
<p>Limites du financement actuel</p>	<p>Les règles de financement actuelles se sont révélées peu incitatives à la coopération et à la coordination entre professionnels de santé et montrent leurs limites. En dérogeant aux règles de facturation, il est possible d'expérimenter des rémunérations collectives des professionnels de santé, substitutives à une partie des rémunérations conventionnelles classiques.</p> <p>Le projet PEPS doit permettre de tester un mode de financement favorisant le travail en équipe au sein d'équipe de professionnels de santé matures et la poursuite d'objectifs partagés de qualité et de pertinence des prises en charge.</p> <p>Le principe est celui de la libre utilisation de ce financement par l'équipe.</p>
<p><u>Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Facturation,</i> • <i>Tarifcation,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dérogation aux règles de tarification et de facturation des actes par le médecin traitant généraliste et l'infirmier : <ul style="list-style-type: none"> - remplacement du paiement de certains actes inscrits à la nomenclature pour les soins médicaux par une rémunération forfaitaire ; - remplacement du paiement de certains actes inscrits à la nomenclature pour les soins infirmiers par une rémunération forfaitaire ; - 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. 2. Dérogation aux règles de paiement direct des honoraires par le malade et de remboursement : <ul style="list-style-type: none"> - la rémunération forfaitaire pour les soins de la patientèle ciblée dans l'expérimentation est versée par l'Assurance Maladie à la structure habilitée - certaines prises en charge réalisées par des professionnels, extérieurs à l'équipe substituant le paiement à l'acte par

	<p>un paiement forfaitaire, donnent lieu à une rémunération totale ou partielle par la structure et non pas à une facturation directe à l'assuré.</p> <p>3. Dérogations aux règles de frais couverts par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré : Dispensation d'avance de frais (tiers payant intégral) pour les patients inclus dans l'expérimentation PEPS.</p>
--	--

<p>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger</p>	
<p>Limites des règles d'organisation actuelles</p>	<p>Notre système de soins en ville ne permet pas aujourd'hui des prises en charge découplées, centrées sur le patient, favorisant la fluidité des parcours.</p>
<p><u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):</p>	<p>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, permettant ainsi de couvrir les aspects de déontologie dans des organisations innovantes pluriprofessionnelles.</p> <p>Les articles L.4041-2 et L.4042-1 du code de la santé publique, afin de permettre la redistribution de la rémunération PEPS aux membres d'une SISA.</p>

8) Principes du modèle économique

Comme précisé à la partie 1, le modèle de financement PEPS est un modèle de paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte sur un périmètre défini, pour une équipe pluriprofessionnelle de santé (comportant au minimum 5 PS (MG ou IDE) dont au minimum 3 médecins généralistes et 1 infirmier), en charge du suivi en ville de certains patients de la patientèle « médecin traitant ».

Ce paiement en équipe de professionnels de santé, la rémunération PEPS, tient compte :

- des caractéristiques de la patientèle « médecin traitant » ciblée, qu'ils soient consommant ou non consommant = ajustement au risque
- de la part des soins concernés de la patientèle PEPS réalisés au sein de l'équipe PEPS
- de l'activité réalisée par l'équipe PEPS pour l'ensemble des patients de l'équipe PEPS
- du taux de pauvreté du territoire d'implantation de la structure
- de la qualité de la prise en charge

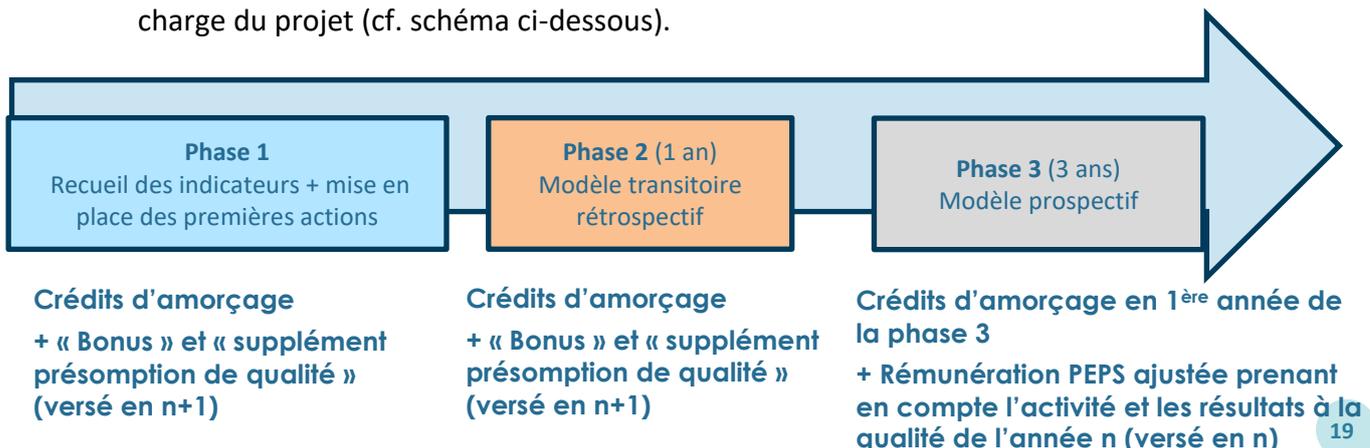
Le périmètre du forfait inclut les **consultations et visites médicales ainsi que les soins infirmiers**, hors actes techniques, indemnités kilométriques et soins réalisés dans le cadre de la PDSA (nuits, week-ends et jours fériés). Sont conservées en dehors du forfait, les rémunérations de ces professionnels hors du paiement à l'acte, telles que les autres rémunérations forfaitaires (ex : ROSP, Forfait médecin traitant, ACI, etc).

Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients dont le médecin traitant ne participe pas à l'expérimentation et pour les patients qui sont hors du champ de l'expérimentation.

A. Détermination de la rémunération PEPS

Le temps de l'expérimentation est l'occasion pour les équipes de travailler ensemble pour gagner en pertinence, notamment en optimisant les parcours de soins, et pour améliorer la qualité des soins et du service rendu à leur patient.

Afin de permettre aux équipes une appropriation du modèle et de mettre en place de façon progressive la substitution du paiement à l'acte par un paiement forfaitaire, il est prévu que certains paramètres destinés à calculer la rémunération PEPS évoluent selon la montée en charge du projet (cf. schéma ci-dessous).



Etapes préalables à la détermination de la rémunération PEPS

1. Identification des patients « médecin traitant » qu'ils soient consommant ou non consommant, concernés par l'expérimentation (cf partie 1 « population ciblée)

Un patient est repéré comme étant un patient médecin traitant à partir des données mensuelles de déclaration d'un médecin traitant et des données de remboursements des soins. L'expérimentation inclut l'ensemble de ces patients « médecin traitant », qu'ils soient consommant ou non consommant.

Pour les patients qui déclarent en cours d'année leur médecin traitant dans l'équipe PEPS, le forfait prend en compte leurs soins au prorata du temps passé dans l'année, à compter de la date de déclaration médecin traitant.

De même, si des professionnels de santé entrent ou sortent de l'équipe PEPS en cours d'année (formalisation via un avenant à la convention avec la CPAM du territoire concerné), le forfait prend en compte leurs patients « médecin traitant » au prorata du temps passé par ces professionnels dans l'équipe PEPS.

2. Attribution d'un forfait à chaque patient PEPS identifié

Chaque patient PEPS se voit attribuer un forfait correspondant à sa catégorie (cf. outil de calcul des forfaits en ligne) déterminée en fonction du croisement de caractéristiques identifiées comme particulièrement pertinentes pour rendre compte du besoin de soins primaires et ainsi déterminer le niveau de dépenses pour ces soins. Ces caractéristiques sont le sexe, l'âge, le nombre d'affections de longue durée (ALD) déclarées, la présence de quatre types d'ALD spécifiques (diabète, maladies cardio-vasculaires, maladie neurodégénérative et cancer) et un proxy de la situation économique individuelle du patient (CMU-C). La prise en compte de ces caractéristiques pour moduler les forfaits permet notamment de prévenir un risque de sélection des patients, préjudiciable pour les patients les plus complexes, mais également d'éviter de trop importants écarts entre le forfait et les besoins de soins.

- Un des enjeux de la phase 1 est d'identifier les potentielles améliorations dans le choix des différents paramètres pris en compte pour le calcul de la rémunération de l'équipe et présenté dans ce cahier des charges.
- A noter, si, parmi les membres de l'équipe pluriprofessionnelle, aucun des infirmiers ne code d'actes infirmiers (ex : dans le cadre de ASALEE), chaque patient PEPS se voit attribué un forfait basé uniquement sur des soins de médecine générale correspondant à sa catégorie (cf. outil de calcul des forfaits en ligne).

Détermination de la rémunération versée à l'équipe :

3. Somme des forfaits de chaque patient PEPS

On passe donc de forfaits PEPS individuels (par patient) à une rémunération PEPS globale (pour l'équipe).

4. Prise en compte de la part des soins réalisée par l'équipe PEPS par rapport à la consommation totale des patients concernés

Cette part correspond au rapport entre le montant des bases de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) de soins PEPS réalisés au sein de l'équipe PEPS sur le montant des BRSS total des soins PEPS reçus par les patients inclus dans l'expérimentation. Cette part est appliquée au forfait global par patient afin de rémunérer uniquement les soins réalisés par l'équipe participante.

5. Prise en compte du niveau d'activité agrégée pour la patientèle, réalisée par l'équipe, par correction des cas extrêmes (cf. Annexe 1 pour le détail de cette prise en compte)

L'objectif de cette prise en compte de l'activité agrégée pour la patientèle PEPS est de pouvoir se libérer du paiement à l'acte en corrigeant les cas extrêmes (ex : pics de fréquentation). Hors ces cas extrêmes, l'impact sur la rémunération est neutre.

6. Prise en compte des caractéristiques des territoires fragilisés

La rémunération est majorée si le taux de pauvreté du territoire (à l'échelon le plus précis disponible : commune, quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV), etc) sur laquelle est implantée la structure est supérieur à la moyenne nationale du taux de pauvreté, et ce de façon linéaire et jusqu'à une majoration de 20% si le taux de pauvreté atteint 25%.

7. Prise en compte des indicateurs de qualité

Dans le cadre du modèle cible « financement forfaitaire prospectif » (phase 3), le score global à la qualité sera calculé annuellement. Il varie entre 0 et 100 (hors bonus « expérience patient »), en fonction du niveau des différents indicateurs détaillés ci-après et permet de moduler la rémunération PEPS de -10 à +10%.

De manière générale, la méthodologie de calcul de la rémunération PEPS (variables d'ajustement du risque, paramètres retenus, etc.) est susceptible d'être affinée au cours de l'expérimentation, au regard des enseignements tirés durant les premières années d'expérimentation, **en concertation avec les équipes expérimentatrices** (dans le cadre des comités de suivi).

Par ailleurs, certains éléments du cahier des charges sont également susceptibles d'évoluer en fonction des dispositifs mis en place dans le droit commun (déploiement des infirmiers de pratique avancée par exemple). Ces modifications feront le cas échéant l'objet d'un avenant au présent cahier des charges, sous la forme d'un arrêté rectificatif, et les équipes expérimentatrices qui le souhaiteraient auront alors la possibilité de sortir de l'expérimentation.

B. La composante qualité du modèle PEPS

La composante qualité du modèle PEPS a pour objectifs :

- De s'assurer que les efforts réalisés en matière de maîtrise des dépenses ne se font pas au détriment de la qualité des prises en charge des patients ;
- D'inciter les professionnels de santé à proposer une amélioration continue de la qualité de la prise en charge et à prendre en compte l'expérience de leurs patients.

Cette composante intègre donc des indicateurs de qualité et de performance et un indicateur d'expérience patient permettant de s'assurer du maintien de la qualité de prise en charge des patients mais également de mesurer son amélioration.

Cette partie a été élaborée en cohérence avec la composante qualité du modèle de financement expérimenté dans le cadre de l'*Incitation à une Prise En Charge Partagée (IPEP)*, certains indicateurs étant identiques.

✓ **Indicateurs de qualité et de performance issus du SNDS**

Les indicateurs de qualité et de performance mobilisés pour déterminer la modulation de la rémunération PEPS sont calculés à partir du SNDS (Annexe 2).

Ces indicateurs sont applicables à l'ensemble des équipes expérimentatrices. Ils portent sur deux thèmes :

- Sécurité de la prise en charge médicamenteuse
- Continuité de la prise en charge

Ces indicateurs ont été sélectionnés sur la base des critères suivants :

- Pertinence des indicateurs au vu de leurs objectifs fixés ;

- Présence de marges d'amélioration, c'est-à-dire que les équipes ont la possibilité d'avoir un impact direct sur le résultat mesuré par l'indicateur ;
- Mesurabilité à une échelle fine (patientèle).

✓ **Indicateurs de qualité clinico-biologiques**

Les indicateurs de qualité clinico-biologiques (Annexe 2) ne sont recueillis et utilisés que pour les équipes ayant choisi de se positionner sur la patientèle « médecin traitant » diabétique.

Ils sont issus des logiciels métier et portent sur :

- Equilibre glycémique,
- Contrôle tensionnel
- Préservation de la fonction rénale.

NB : Le montant supplémentaire au titre d'une présomption de qualité sera modulé en fonction de l'effort réalisé pour recueillir les données nécessaires au calcul futur de ces indicateurs de qualité clinico-biologiques pour les équipes positionnées sur la thématique « patientèle diabétique ».

✓ **Indicateur d'expérience patient**

Cet indicateur est un questionnaire d'expérience patient, visant à mesurer la qualité du parcours de santé du patient à travers son vécu. L'expérience patient se distingue de la perception et de la satisfaction, qui reposent sur les attentes du patient.

Cet indicateur est construit à partir d'un questionnaire d'expérience patient visant à mesurer la qualité du parcours de santé du patient à travers son vécu.

Le questionnaire d'expérience patient se distingue donc :

- des questionnaires de « satisfaction du patient », dont l'objectif est de mesurer les attentes, les préférences et la satisfaction du patient.
- des questionnaires de type PROMS (Patient Reported Outcome Measures), dont l'objectif est de mesurer les résultats des soins par les patients.

La prise en compte de cette dimension dans PEPS vise à apprécier si le renforcement du travail en équipe de soins primaires permet d'améliorer, du point de vue du patient, son suivi et sa prise en charge.

Indirectement, l'objectif est donc d'inciter les professionnels à prendre en considération le vécu du patient dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Sur la base d'une revue de bibliographie exploratoire de questionnaires d'expérience patient utilisés à l'étranger dans des organisations coordonnées, un questionnaire de type PREMS (Patient Reported Experience Measures) a été élaboré dans le cadre de l'expérimentation

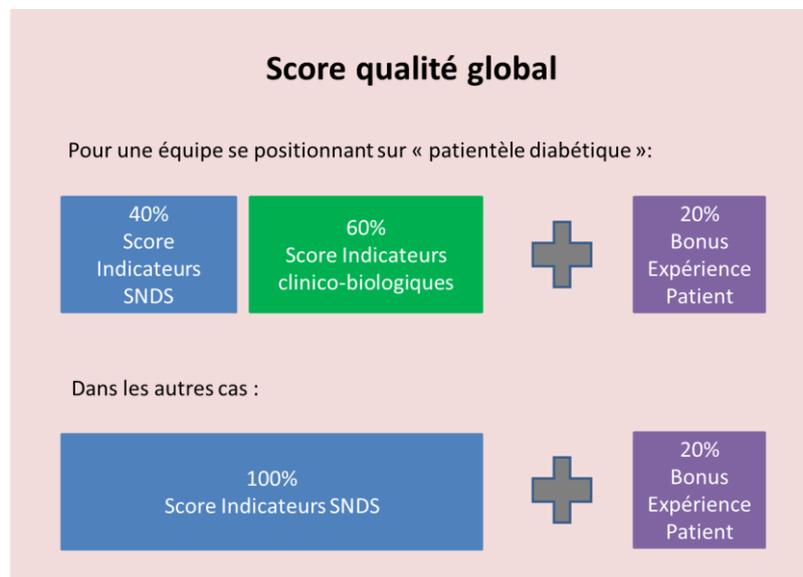
IPEP, destiné à être renseigné par les patients sous format numérique. Il est structuré autour des 3 dimensions suivantes :

- Accessibilité aux soins
- Continuité du parcours
- Relation soignant-soigné / personnalisation du parcours de santé

La version 2019 de ce questionnaire est annexée au présent cahier des charges (Annexe 3). La Haute Autorité de santé utilisera les premiers résultats collectés pour contrôler la validité métrologique du questionnaire. Le questionnaire sera donc susceptible d'évoluer en fonction des résultats de l'analyse de la Haute Autorité de Santé. En cas de validation métrologique du questionnaire, une deuxième phase d'analyses statistiques sera réalisée afin de construire un score sur la base des réponses obtenues.

✓ **Méthodologie de valorisation de la dimension qualité dans l'expérimentation PEPS**

La valorisation de la dimension qualité du modèle repose sur le calcul **d'un score qualité global** incluant les résultats obtenus sur les indicateurs issus du SNDS, les indicateurs d'expérience patient et, le cas échéant, les indicateurs clinico-biologiques (uniquement pour patientèle diabétique).



Le score de qualité global est **calculé annuellement** par équipe en année N+1 sur la base des notations obtenues au titre de l'année N selon la méthodologie définie ci-après.

➤ **Méthodologie de notation des indicateurs**

La notation des indicateurs s'effectue dans le respect des critères suivants :

- Poids identique de chaque catégorie d'indicateur (Sécurité des prescriptions médicamenteuses et continuité des prises en charge) ;
- Prise en compte du niveau atteint vis-à-vis d'un objectif intermédiaire et d'une cible pour l'ensemble des équipes (fixés en concertation avec les équipes) ;
- Prise en compte de l'évolution entre N-1 et N pour les équipes dont le résultat est inférieur à l'objectif intermédiaire.

Chaque indicateur est noté individuellement selon les modalités suivantes :

Cas n°1 : cible atteinte en année N

- Notation maximale

Cas n°2 : cible non atteinte et objectif intermédiaire atteint, en année N

- Notation selon la position en année N entre l'objectif intermédiaire et la cible

Cas n°3 : en dessous de l'objectif intermédiaire en année N, mais évolution favorable

- Notation selon l'évolution depuis l'année N-1 vis-à-vis de l'objectif intermédiaire

Cas n°4 : en dessous de l'objectif intermédiaire en année N, et évolution défavorable

- Notation selon l'évolution depuis l'année N-1 vis-à-vis de l'objectif intermédiaire

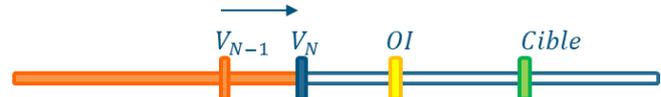
La notation est donc fonction de la valeur en année N (V_n), de la valeur en année N-1 (V_{n-1}), d'un objectif intermédiaire (OI) et d'une cible. Cela permet une prise en compte à la fois de la position en année N et de l'évolution par rapport à l'année N-1.

Le schéma ci-dessous illustre les cas 2, 3 et 4 décrits ci-dessus :

Cas n° 2 : $V_N > OI$
Prise en compte de la **position**
en année N sur l'axe *OI - Cible*



Cas n°3 : $V_N < OI + \uparrow$
Prise en compte de la **progression**
depuis l'année N-1 vis-à-vis de l'*OI*



Cas n°4 : $V_N < OI + \downarrow$
Prise en compte de la **diminution**
depuis l'année N-1 vis-à-vis de l'*OI*



Les indicateurs sont calculés sur la patientèle concernée par PEPS avec une prise en compte des caractéristiques de la patientèle (âge, sexe, ...).

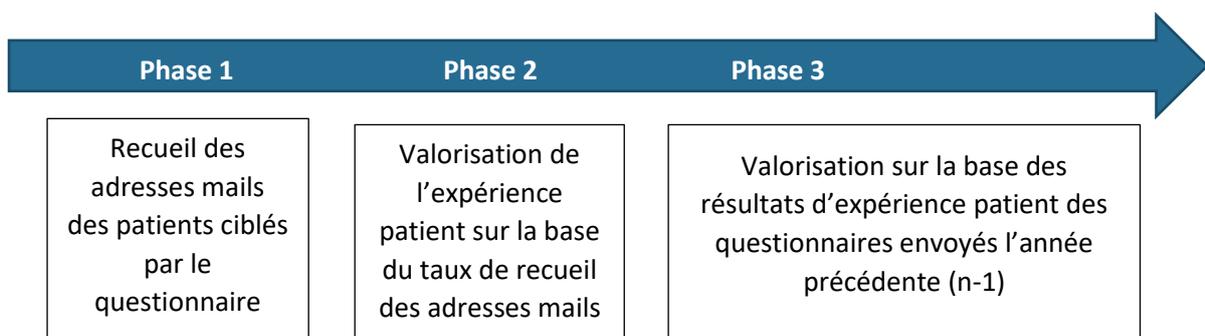
- **Méthode de valorisation de l'expérience patient**

Les résultats obtenus par l'équipe à l'indicateur d'expérience patient sont pris en compte sous forme de bonus « expérience patient ». Ainsi, en fonction de la note obtenue par l'équipe, l'expérience patient peut :

- Ne pas avoir d'impact sur le score qualité global ;
- Le majorer de 10% (atteinte du niveau intermédiaire) ;
- Le majorer de 20% (atteinte de la cible).

Les valeurs du niveau intermédiaire et de la cible seront définies à l'issue de la phase d'administration test du questionnaire sur la base des premiers résultats qui serviront à établir le « *scoring* ».

Pour tenir compte de la montée en charge de l'expérimentation et de la validation progressive du questionnaire, la prise en compte des résultats de l'expérience patient s'effectuera selon les échéances suivantes :



L'équipe aura à sa charge de recueillir les adresses électroniques des patients concernés par PEPS. Ces adresses alimenteront la plateforme Cnam à partir de laquelle les questionnaires d'expérience patient seront envoyés et renseignés par les patients.

9) Equilibre du schéma de financement

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

Au titre de la rémunération PEPS versée aux équipes expérimentatrices, le besoin de financement est estimé de manière indicative à 15 millions d'euros (M€) pour une vingtaine de structures pour toute la durée de l'expérimentation, répartis de la manière suivante : 0,3 M€ en 2019, 0,8 M€ en 2020, 5,0 M€ en 2021, puis 4,3 M€ en 2022 et 2023.

Par ailleurs, les actions menées par les équipes au-delà du champ de l'expérimentation PEPS peuvent être financées par le Fonds d'intervention régional (FIR) sur décision des agences régionales de santé (ARS), comme cela est le cas actuellement et sans préjudice lié à la participation à PEPS.

10) Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation

Pendant les années 2019, 2020 et 2021, les acteurs bénéficieront de crédits d'amorçage, afin d'aider au lancement et à la mise en place progressive du paiement forfaitaire prospectif.

Ces crédits ont notamment pour but de financer trois principaux postes selon les besoins formulés par les équipes durant les travaux de co-construction :

- **Temps de conduite ou ingénierie de projet :**
 - Temps nécessaire à la fédération des acteurs (réunions et ateliers) et préparation de l'expérimentation (décision quant à la gouvernance, etc.)
 - Pilotage et mise en place des modifications organisationnelles (par exemple : élaboration des outils de coopération comme les procédures internes, les protocoles de coopération, les projets de santé, etc.)

- **Expertises (juridique, SI) :**
 - Temps dédié aux SI :
 - Utilisation et mise à jour de l'outil informatique pour le suivi de l'expérimentation
 - Harmonisation du recueil des données
 - Structuration du SI, test de traçabilité, etc.

- Aide à la saisie sur la plateforme et aide au codage
- Requêtes sur logiciels métier, etc.
- Recours à des expertises juridiques pour la constitution ou l'évolution des statuts et de la gouvernance
- **Temps de réunion, de communication et de formation :**
 - Temps passé par les professionnels aux réunions relatives au projet
 - Temps pour la conduite des actions de communication :
 - Sensibilisation des professionnels au projet PEPS
 - Communication vers les professionnels
 - Communication vers les usagers
 - Formation des professionnels :
 - Formation aux outils (notamment la plateforme nationale)
 - Préparation à la gestion des forfaits
 - Formation pour les professionnels (aide au changement, management du travail en équipe, etc.)
 - Formation des personnels d'accueil et d'accompagnement

En fonction des besoins de l'équipe, ils pourront également servir au financement de :

- Temps dédié à la coordination ;
- Temps administratif.

Un montant forfaitaire composé d'une part fixe et d'une part variable a été estimé à partir de ces besoins. Afin de tenir compte de la diversité des équipes, la part variable est fonction de la taille de la patientèle concernée par PEPS. Le versement des crédits d'amorçage est échelonné en 2019, 2020 et 2021, et leur versement est conditionné à l'engagement de l'équipe expérimentatrice. Il sera effectué après réception des identifiants de l'ensemble des professionnels de santé volontaires. Ainsi, la part fixe versée en crédits d'amorçage pour 2019 s'élève à 12 000 euros, quelle que soit l'équipe.

En complément, **un accompagnement porté par l'équipe-projet nationale (Cnam/DSS et l'Anap) et un accompagnement local (ARS et représentants de l'Assurance maladie) seront proposés pour soutenir les équipes expérimentatrices dans la mise en œuvre de leur expérimentation.**

Cet accompagnement vise à sécuriser le projet d'expérimentation des acteurs et la trajectoire de mise en œuvre envisagée, d'apporter les supports nationaux facilitant et d'assurer la cohérence, d'aider au changement et la diffusion d'information entre tous les

participants afin de permettre les partages de bonnes pratiques, les échanges opérationnels et la diffusion d'information entre tous. Avec l'appui de l'Anap, il se traduira par la mise en place :

- De sessions collectives d'appui, d'échanges et de retours d'expérience qui seront organisées régulièrement (environ une par trimestre) ;
- De sessions individuelles qui pourront être organisées sur la base des retours observés et si besoin à la demande des porteurs de projets ;
- d'un espace de partage de documents entre les acteurs ;
- d'une boîte mail générique peps@sante.gouv.fr dédiée pour permettre à chacun de poser des questions sur le projet et de soulever les points nécessitant attention.

Afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation, des supports type seront mis à disposition des participants au lancement de l'expérimentation, notamment :

- Des supports de présentation de l'expérimentation à mobiliser pour communiquer sur le projet avec les différentes parties prenantes ;
- Une note-type d'information du patient sur l'expérimentation à lui remettre.

La phase d'apprentissage devra également permettre de faire émerger les supports génériques nationaux qui pourraient être nécessaires de mettre à disposition des expérimentateurs.

11) Modalités de révision du cahier des charges

Toute modification du présent cahier des charges doit faire l'objet d'un avenant, soumis à l'avis des équipes expérimentatrices. En cas de désaccord, les équipes expérimentatrices qui le souhaiteraient auraient alors la possibilité de sortir de l'expérimentation.

12) Modalités de candidature

La candidature et la participation à l'expérimentation sont volontaires :

- **Les équipes ayant participé à l'élaboration du cahier des charges** sont admis d'office, dès lors qu'ils en font la demande et qu'ils respectent les prérequis du présent cahier des charges.
- **Les acteurs n'ayant pas participé à l'élaboration du cahier des charges** et souhaitant mener l'expérimentation, sont invités à candidater à l'appel à projets, annexé au présent cahier des charges, à l'appui du dossier de candidature prévu à cet effet. La sélection des projets sera réalisée sur la base d'une analyse du dossier réalisé au niveau régional et national. Les modalités précises (contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection...), sont précisées dans l'appel à projets.
- **Une convention sera signée entre l'équipe expérimentatrice et la CPAM du territoire concerné:** ce document formalisera le circuit de facturation et précisera les engagements des différentes parties.

13) Les besoins en systèmes d'information

I. Système d'information partagé labellisé

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, les acteurs s'appuieront sur des services numériques facilitant le partage et l'échange d'information et respectueux des obligations relatives à la protection des données personnelles.

Ainsi, il est indispensable que l'équipe participante exerce au sein d'une structure disposant d'un système d'information partagé labellisé « ASIP 2 ».

Les outils informatiques devront permettre à terme d'assurer la collecte des données structurées nécessaires au déroulement et à l'évaluation de l'expérimentation.

Un accompagnement des professionnels sera proposé pour permettre le bon déroulé de l'expérimentation et précisera les besoins auprès des éditeurs de logiciels

II. Mise à disposition d'une plateforme Cnam

Une plateforme dédiée aux innovations portées dans le cadre de l'Article 51 est déployée par la Cnam. Elle a pour but la mise en œuvre des rémunérations dérogatoires associées aux expérimentations de l'article 51, de collecter les données nécessaires à leurs évaluations ainsi que d'en assurer le pilotage et le suivi.

Dans le cadre de l'expérimentation PEPS, elle permettra :

- La collecte des données strictement nécessaires au financement, au pilotage, au suivi et à l'évaluation de l'expérimentation :
 - Au près des expérimentateurs ;
 - Au près des patients avec l'administration de questionnaires à leur attention
- Le « *reporting* » relatif à l'expérimentation pour les participants :
 - Suivi des résultats des indicateurs et de leur évolution au cours de l'expérimentation
 - Suivi de l'activité nomenclaturée et non nomenclaturée
 - Suivi des rémunérations forfaitaires
 - Des fichiers reporting présentant les résultats des données agrégées pourront être extraits de ces synthèses et mis à disposition des participants dans le cadre de leur suivi de projet
- Le calcul des rémunérations, paiement et contrôles associés par l'Assurance Maladie et les CPAM.

Afin de limiter au maximum la charge administrative pour les acteurs (et notamment la double saisie d'informations déjà collectées par ailleurs), un fichier type d'export de données attendues pour l'expérimentation et qui pourraient déjà être collectées dans les systèmes d'information des participants à l'expérimentation sera proposé.

Pour rappel, cette plate-forme n'est pas un dossier médical patient ou un dossier de coordination pour le parcours de soins qui pourront être proposés par ailleurs par les participants de l'expérimentation. Les traitements de données nécessaires à la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale des patients restent de la responsabilité des acteurs conformément aux principes issus du règlement général sur la protection des données et de la loi dite informatique et libertés.

14) Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées

Contexte, objectifs et enjeux de l'évaluation

Une évaluation systématique des projets d'expérimentations entrant dans le dispositif de l'article 51 est prévue par la loi. S'agissant de l'évaluation de l'expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS), celle-ci a été confiée au GIP-IRDES (www.irdes.fr).

L'expérimentation prévoit à la fois un accompagnement relativement individualisé des équipes du point de vue juridique et institutionnel, ainsi qu'un ensemble d'incitations financières comprenant des crédits d'amorçage et un différentiel incitatif entre le niveau des forfaits et le paiement à l'acte dans la majorité des cas. Les nouvelles modalités de financement, notamment la modulation à la qualité, doivent permettre aux équipes de dégager des marges de manœuvre de façon à mettre en place de nouvelles actions ou des modifications organisationnelles pour améliorer la qualité de leur prise en charge et augmenter leur file active.

Les enjeux de l'évaluation sont relatifs à l'analyse des impacts et aux enseignements qui pourront être tirés en matière de reproductibilité, d'extension voire de généralisation (ou changement d'échelle).

Design d'évaluation

L'évaluation, en cours de conception, sera mise en œuvre par des chercheurs du GIP-IRDES, du CESP-Inserm et de l'Université de Lille 1 dans le cadre d'un programme de recherche dénommé ERA² (évaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte). Dans un cadre d'évaluation exploratoire, avec une forte hétérogénéité des expérimentations entrant dans le dispositif PEPS, l'évaluation se déclinera au travers d'une démarche évaluative compréhensive visant à porter un jugement externe sur PEPS au regard des expérimentations labellisées en matière :

- d'efficacité au regard des résultats observés et des objectifs inscrits dans le cahier des charges ;
- d'efficience au regard des réalisations et des ressources mobilisées ;
- de cohérence entre les objectifs spécifiques de chaque équipe, opérationnels et les ressources mobilisées ;
- de pertinence entre les objectifs globaux et les problèmes identifiés en termes de changement organisationnels, ...

L'évaluation s'appuiera ainsi sur une méthode mixte associant plusieurs registres et démarches de recherche évaluatives, mobilisant les disciplines de la géographie, de la sociologie, de l'économie, de la santé publique afin :

- (1) d'appréhender les enjeux auxquels les expérimentations répondent (stratégie) et le contexte au sein duquel les équipes s'inscrivent (contexte) ;
- (2) de qualifier les moyens mis en œuvre et les mécanismes causaux à l'œuvre en lien avec l'expérimentation ou non ;
- (3) de décrire les organisations et leur fonctionnement (structure, processus) et les transformations à l'œuvre, l'engagement et les usages des/par les acteurs (implantation) ;
- (4) de mesurer les impacts (effets).

Les approches associeront ainsi des démarches qualitatives inductives (interview et observation des acteurs dès la phase de co-construction et d'élaboration du cahier des charges), quantitatives exploratoires (enquêtes répétées auprès des équipes par questionnaire), quantitatives confirmatoires à des designs quasi-expérimentaux de mesure d'impact à partir de données médico-administratives (SNDS) et/ou constituées dans le cadre de l'expérimentation (plateforme, enquête expérience des patients).

La mesure des impacts s'appuiera sur des designs quasi-expérimentaux afin de contourner les contraintes méthodologiques à la mesure d'un effet causal alors même que la mise en œuvre de PEPS se fera auprès d'équipes volontaires sans aucun mécanisme d'assignation aléatoire (randomisation). L'absence de randomisation rend difficile la séparation entre deux sources d'effets potentiels : l'expérimentation PEPS ou la particularité des équipes volontaires (biais de sélection).

Il s'agit alors au travers de la mobilisation de différentes méthodes économétriques de :

- (1) Construire des groupes témoins comparables (des références ou contrefactuel(s)) afin de prendre en compte les biais de sélection ;
- (2) De mettre en œuvre des analyses dynamiques, longitudinales, afin de faire la part entre les différences produites par l'expérimentation de celles initiales (méthodes dites des différences de différences) ;
- (3) De tenir compte des différents « types » d'équipes et d'« environnement » (« taxonomies » et effets fixes) afin d'aller au-delà de la mesure d'un effet moyen

pour tendre vers des analyses permettant de comprendre et d'interpréter correctement les différences dans les effets estimés.

Dans l'analyse d'impact, les niveaux d'analyses comme des dimensions d'intérêt seront multiples compte tenu des acteurs concernés (site, PS, patient) et des dimensions d'intérêt en lien avec les incitations et les transformations à l'œuvre et consécutives sinon contemporaines de PEPS (coopération pluri-professionnelle, coordination entre les niveaux de soins, pilotage de la qualité, amélioration de l'accès aux soins).

À titre d'illustration et sans épuiser ici l'ensemble des dimensions d'intérêt, nous nous intéresserons particulièrement aux thématiques suivantes :

- les conditions d'exercice avec une attention particulière aux professionnels du premier recours ;
- l'accessibilité aux soins (distance/temps accès, reste à charge, inscription médecin traitant, gamme de soins et services...);
- la qualité et la pertinence des soins (expérience des patients, dépistages, suivi et traitement appropriés) ;
- les recours et parcours de soins (consultations/visites, passage soins premiers recours soins spécialisés, amont et aval de l'hospitalisation), etc

Des indicateurs de résultats seront construits pour évaluer les expérimentations à travers l'ensemble de ces dimensions à partir des objectifs des expérimentations, des effets attendus en lien avec les mécanismes causaux et des enseignements de la littérature académique.

Source des données et contraintes de mise à disposition

Une phase essentielle de l'évaluation est le recueil des données, en termes de contenu des données collectées mais aussi en termes de temporalité.

Il faudra mobiliser différentes bases de données disponibles, au niveau agrégé, ainsi qu'au niveau local (comme les informations collectées pour le suivi des expérimentations). Il s'agira de mobiliser les données de la plateforme du Système national des données de santé (SNDS : PMSI, DCIR), les données de contexte sociodémographique et sanitaire des territoires (INSEE, DREES, CEPIDC, etc.). Ces données permettront notamment de caractériser la situation initiale des équipes et de réaliser les analyses d'impact. Les analyses quantitatives se baseront aussi sur les données d'expérience patient sous contrainte de leur représentativité et de leur éventuel appariement aux données administratives.

Les démarches qualitatives s'appuieront sur des observations, focus groupes et entretiens. Il faudra également mettre en place des enquêtes ad hoc afin de répondre aux différents objectifs de l'évaluation, et comprendre plus finement la dynamique de construction des changements dans les équipes en termes par exemple, d'investissement et de mobilisation des ressources liées à PEPS. Ces enquêtes devront très probablement être répétées dans le temps. Administrées par questionnaire auprès des équipes, elles pourront être complétées par des extractions de leur système d'information afin de décrire de façon homogène, la situation initiale des équipes en termes d'organisation et de pratiques, mais aussi leur évolution par les projets et investissements réalisés au cours de l'expérimentation.

Pour les structures expérimentatrices :

- a. Sur le plan quantitatif, l'évaluation utilisera essentiellement des données déjà collectées dans le cadre du déroulement normal de l'expérimentation
- b. Sur le plan qualitatif :
 - i. La plupart des données collectées le seront dans le cadre de l'accompagnement des acteurs par l'équipe nationale PEPS et l'ANAP, sans solliciter du temps supplémentaire aux structures ;
 - ii. Un questionnaire court sera transmis annuellement aux structures ;
 - iii. Des entretiens individuels et moments d'immersion plus poussés pourront être menés au sein d'un échantillon représentatif de structures, et sous réserve de leur accord.

L'équipe d'évaluation

L'équipe d'évaluation préfiguratrice rassemble à ce jour des chercheurs de l'IRDES, du CESP-Inserm et l'Université de Lille 1.

Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

Après une phase de co-construction avec des sites pilotes, l'expérimentation va entrer dans une phase de mise en œuvre mi-2019. Le protocole d'évaluation sera finalisé d'ici juin 2019 pour une mise en œuvre à partir de mi 2019 jusqu'à fin 2023.

15) Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées

- Le projet nécessite-t-il de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Le suivi des indicateurs clinico-biologiques (pour la thématique « patientèle diabétique ») nécessitera un recueil *ad hoc* par les expérimentateurs au sein de leurs systèmes d'information.

Par ailleurs, le questionnaire portant sur l'expérience du patient dans le cadre de sa prise en charge par l'équipe de professionnels de santé expérimentant PEPS sera administré aux patients dans le cadre de l'expérimentation. Pour cela, les adresses électroniques des patients seront recueillies par les professionnels de l'équipe et téléchargées sur la

plateforme en ligne dédiée, développée par la Cnam et mise à disposition des acteurs de l'expérimentation.

Les patients recevront un lien les dirigeant sur cette plateforme où ils pourront saisir leurs réponses. L'information du patient, incluant son droit d'opposition à l'administration du questionnaire et le recueil des réponses, sera assurée par cette plateforme conformément aux règles relatives à la protection des données.

L'obligation d'information préalable des patients sur l'ensemble des finalités pour lesquelles les données sont traitées devra, dans tous les cas, être respectée.

- Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?

L'Assurance Maladie partagera avec les professionnels concernés des données agrégées concernant la consommation de soins de leurs patients, telles que par exemple le nombre de consultations et d'actes médicaux et infirmiers, ou encore la délivrance de médicaments.

Concernant le questionnaire expérience patient, en 2019, une phase d'administration test de celui-ci est prévue. Ainsi, les premières 1000 réponses recueillies seront anonymisées et feront l'objet d'une analyse métrologique réalisée par la HAS afin de valider le questionnaire.

En routine, les résultats anonymisés et agrégés du questionnaire expérience patient seront restitués à l'équipe ainsi qu'aux institutions pilotes de l'expérimentation PEPS (Cnam et Ministère).

- Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.

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 a bien reçu l'information.

Par ailleurs, un courrier électronique informera les patients concernant la collecte, le stockage, le partage et l'utilisation des données recueillies dans le cadre de leur réponse au questionnaire expérience.

Par ailleurs, un courrier électronique informera les patients concernant la collecte, le stockage, le partage et l'utilisation des données recueillies dans le cadre de leur réponse au questionnaire expérience.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite loi « informatique et libertés »), l'Assurance Maladie est responsable du traitement des données pour la gestion de l'expérimentation sur la plateforme, et co-responsable avec l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) des données d'évaluation, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires pour garantir la sécurité et la confidentialité des données personnelles qui seront collectées dans le cadre de cette expérimentation.

La loi protège le caractère privé et la sécurité des informations concernant la santé. Seul le groupe de professionnels de santé, hôpitaux et établissements sociaux et médico-sociaux travaillant ensemble à la prise en charge thérapeutique des patients aura la possibilité de lire et partager des informations concernant les dossiers médicaux afin d'améliorer les parcours de santé.

Les patients ont la possibilité de s'opposer, par tout moyen, y compris dématérialisé (courrier, message électronique), au partage d'information[s] entre les professionnels participant à l'expérimentation ou à des fins d'évaluation.

16) Liens d'intérêts

Liste des professionnels, organismes ou structures participant aux projets d'expérimentation qui remettent à l'ARS une déclaration d'intérêt au titre des liens directs ou indirects (au cours des cinq années précédant l'expérimentation) avec des établissements pharmaceutiques ou des entreprises fabriquant des matériels ou des dispositifs médicaux.

Pour plus de précisions, vous pouvez vous reporter à l'annexe de [l'arrêté du 31 mars 2017 qui fixe le contenu de la DPI.](#)

L'expérimentation Peps ne visant pas d'incitation particulière au regard de l'utilisation de produits issus d'établissements pharmaceutiques ou d'entreprises fabriquant des matériels ou dispositifs médicaux, les équipes participantes n'ont pas à établir une déclaration d'intérêt particulière pour l'expérimentation.

17) Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères

- OECD (2016), BetterWays to Pay for Health Care

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>

- HCAAM (2015), Rapport « innovation et système de santé », Document 8 L'organisation du parcours de soins : les expériences étrangères

<http://www.securite-sociale.fr/Rapport-du-HCAAM-Innovation-et-systeme-de-sante>

- Pays-Bas

Struijs, Jeroen N. « How Bundled Health Care Payments Are Working in the Netherlands ». *Harvard Business Review*, 12 octobre 2015. <https://hbr.org/2015/10/how-bundled-health-care-payments-are-working-in-the-netherlands>.

Bakker, Dinny H. de, Jeroen N. Struijs, Caroline A. Baan, Joop Raams, Jan-Erik de Wildt, Hubertus J.M. Vrijhoef, et Frederik T. Schut. « Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination ». *Health Affairs* 31, n° 2 (1 février 2012): 426-33 <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0912>.

Struijs, Jeroen N., et Caroline A. Baan. « Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands ». <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1011849>, 16 mars 2011. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011849>.

- Etats-Unis

Ash, Arlene S., et Randall P. Ellis. « Risk-Adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care ». *Medical Care* 50, n° 8 (août 2012): 643-53. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182549c74>.

- Espagne (Catalogne)

Sicras-Mainar, Antoni, Soledad Velasco-Velasco, Ruth Navarro-Artieda, Alexandra Prados-Torres, Buenaventura Bolibar-Ribas, et Concepción Violan-Fors. « Adaptive capacity of the Adjusted Clinical Groups Case-Mix System to the cost of primary healthcare in Catalonia (Spain): an observational study ». *BMJ Open* 2, n° 3 (25 juin 2012). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-000941>.

« Salut crea un índex social per finançar l'atenció primària ». *Ara.cat*, 16 novembre 2016. https://www.ara.cat/societat/Salut-destinara-ambulatoris-necessitats-socioeconomiques_0_1688231300.html.

- Suède

Zielinski, Andrzej, Maria Kronogård, Håkan Lenhoff, et Anders Halling. « Validation of ACG Case-mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care ». *BMC Public Health* 9 (18 septembre 2009): 347. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-347>.

Anell, Anders, Margareta Dackehag, et Jens Dietrichson. « Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? » *BMC Health Services Research* 18, n° 1 (14 mars 2018): 179. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2983-3>.

- Belgique

Agence Inter-Mutualiste « Comparaison des coûts et de la qualité de deux systèmes de financement des soins de première ligne en Belgique : une mise à jour. » Décembre 2017 https://aim-ima.be/IMG/pdf/maisons_medicales_ima.pdf

18) Annexe 1 – Prise en compte de l'activité dans la détermination de la rémunération PEPS par correction des cas extrêmes

L'objectif de cette prise en compte de l'activité est de pouvoir se libérer du paiement à l'acte en corrigeant les cas extrêmes (ex : pics de fréquentation). Ainsi, si l'activité agrégée pour la patientèle PEPS est raisonnablement proche de la référence nationale, alors l'impact sur la rémunération est neutre.

Cas 1 : Equipes qui comportent à la fois des médecins généralistes et des infirmiers codant leur activité

L'activité est pondérée avec un poids de 0,85 attribué aux consultations et visites et un poids de 0,15 aux coefficients infirmiers.

Lorsque le nombre d'actes pondérés réalisés par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est compris entre 85% et 115% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, l'équipe reçoit 100% du forfait.

Lorsque le nombre d'actes pondérés réalisés par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est en-dessous de 85% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, alors le forfait est réduit. Le montant déduit du forfait correspond à la valorisation des actes pondérés (valorisation des actes pondérés fixée à 29€).

Lorsque le nombre d'actes pondérés réalisés par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est au-dessus de 115% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, alors le forfait est augmenté. Le montant ajouté au forfait correspond à la valorisation des actes pondérés (valorisation des actes pondérés fixée à 20€).

Cas 2 : Equipes pluri-professionnelles avec des infirmiers ne codant aucun acte infirmier

Lorsque le nombre de consultations et visites réalisées par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est compris entre 85% et 115% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, l'équipe reçoit 100% du forfait

Lorsque le nombre de consultations et visites réalisées par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est en-dessous de 85% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, l'équipe se voit déduire du forfait 31€ par acte en moins.

Lorsque le nombre de consultations et visites réalisées par les professionnels de l'équipe auprès de la patientèle PEPS est au-dessus de 115% de l'activité médiane nationale à caractéristiques de patientèle constante, l'équipe se voit ajouter au forfait 21€ par acte en plus.

A noter, l'activité de référence est l'activité médiane nomenclaturée pour la patientèle similaire à celle prise en charge dans l'expérimentation PEPS, car visible dans les bases de données disponibles en France.

19) Annexe 2 - Liste des indicateurs de qualité et de performance

Liste des indicateurs issus du SNDS

N°	Thématique	Nom indicateur	Evolution attendue (baisse/hausse)	Objectif général de l'indicateur	Source des données
1	Qualité et sécurité des prescriptions médicamenteuses	Part des patients PEPS en polyprescription continue	Baisse	Apprécier l'effort réalisé par les équipes de soins primaires pour réduire les situations de polymédication.	Calculé à partir des bases
2	Qualité et sécurité des prescriptions médicamenteuses	Part des patients PEPS en polyprescription cumulative	Baisse	Apprécier la capacité des acteurs à se coordonner pour réduire les situations de polymédication.	Calculé à partir des bases
3	Qualité et sécurité des prescriptions médicamenteuses	Nombre moyen de prescriptions différentes de médicaments remboursés par personnes	Baisse	Apprécier la capacité des acteurs à se coordonner pour réduire les situations de polymédication.	Calculé à partir des bases
4	Qualité et sécurité des prescriptions médicamenteuses	Part de patients PEPS ayant eu au moins une consommation inappropriée d'un des traitements décrits comme telle dans la littérature	Baisse	Apprécier la capacité des acteurs à améliorer la qualité de la prise en charge médicamenteuse.	Calculé à partir des bases
5	Continuité de la prise en charge	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables⁴	Baisse	Prévenir les hospitalisations par un bon suivi en ambulatoire ou, plus largement, par une meilleure coordination entre les acteurs de ville	Calculé à partir des bases
6	Continuité de la prise en charge	Part de patients chroniques en ALD ayant eu un rendez-vous (MG ou IDE) dans le mois qui suit leur sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie	Hausse	Cet indicateur vise à apprécier la capacité des PS en ville à organiser un suivi post-hospitalisation rapide pour éviter les ruptures hôpital - ville et limiter le risque de réhospitalisation	Calculé à partir des bases

⁴ La DGOS a développé l'indicateur HPE après un travail de revue de littérature, en collaboration avec l'ATIH pour l'algorithme de calcul. La définition de cet indicateur repose sur la nature évitable d'hospitalisations dont il a été internationalement admis qu'une meilleure coordination avec les acteurs de ville prévient le risque d'hospitalisation. L'indicateur HPE sera décliné par pathologie (sur les 5 intégrées dans l'indicateur : asthme, déshydratation, insuffisance, BPCO, diabète)

7	Continuité de la prise en charge	Délai médian entre la sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie et un rendez-vous (MG ou IDE) en aval pour les patients chroniques en ALD	Baisse	Cet indicateur vise à apprécier la capacité des PS en ville à organiser un suivi post-hospitalisation rapide pour éviter les ruptures hôpital - ville et limiter le risque de réhospitalisation	Calculé à partir des bases
---	----------------------------------	--	--------	---	----------------------------

Liste des indicateurs clinico-biologiques, uniquement pour « patientèle diabétique »

Les 4 indicateurs calculés à partir de données clinico-biologiques sont spécifiques à la thématique « patientèle diabétique » (population cible).

Ces indicateurs sont regroupés en 3 thèmes supplémentaires.

1) Thème « Equilibre glycémique »

Indicateur : part de patients dont l'HbA1c a été mesuré en année N-1 et pour lesquels :

- Moins de trois mesures du taux d'HbA1c ont été réalisées dans l'année N
OU
- Au moins trois mesures dans l'année N ont été réalisées, et dont la moyenne de ces taux
 - o N'atteint pas les objectifs pour cette catégorie de patient
ET
 - o A augmenté d'au moins 0,3% par rapport à la moyenne du taux calculé en année N-1

Dans le cas où le taux n'a jamais été mesuré en année N-1 (nouveau patient ou découverte de diabète notamment, seul le critère relatif au nombre de mesure est pris en compte).

Seuils d'hémoglobine glyquée :

Patients MT en ALD diabète	Objectif HbA1c
Patients <75 ans	≤7%
Patients ≥ 75 ans	≤8%
Patients <75 ans avec l'une des ALD suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - N°1 : Accident vasculaire cérébral invalidant - N°3 : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques - N°5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves - N°13 : Maladie coronaire - N°19 : Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif 	

<p>Patients ≥ 75 ans avec l'une des ALD suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - N°1 : Accident vasculaire cérébral invalidant - N°3 : Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques - N°5 : Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves - N°13 : Maladie coronaire - N°19 : Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif 	<p><9%</p>
---	---------------

2) Thème « Equilibre tensionnel »

Indicateur : part de la patientèle:

- Qui n'a eu aucune mesure de pression artérielle dans l'année N
OU
- Qui a eu au moins une mesure dans l'année N mais dont
 - o La valeur systolique (ou la moyenne) n'atteint pas l'objectif pour cet âge
OU
 - o La valeur diastolique (ou la moyenne) n'atteint pas l'objectif

La variation par rapport à l'année N-1 n'est pas prise en compte à l'échelle individuelle.

Seuils tensionnels :

Patients MT en ALD diabète	Objectif de PA systolique	Objectif de PA diastolique
Patients <80 ans	< 140 mmHg	< 90 mmHg
Patients ≥ 80 ans	< 150 mmHg	< 90 mmHg

3) Thème « Fonction rénale »

Indicateur 1 : part de patients dont la microalbuminurie en année N-1 était < 30 mg/24h et pour lesquels :

- La microalbuminurie n'a pas été mesurée en année N
OU
- Au moins une mesure de microalbuminurie était ≥ 30 mg/24h en année N

Les patients pour lesquels la microalbuminurie n'a jamais été mesurée en année N-1 (nouveau patient ou découverte de diabète notamment), et ceux pour lesquels elle était déjà ≥ 30 mg/24h en année N-1 (microalbuminurie préexistante) sont exclus du calcul.

Indicateur 2 : part de patients dont le débit de filtration glomérulaire (DFG) en année N-1 était ≥ 15 ml/min/1.73m², et pour lesquels :

- Le DFG n'a pas été mesurée/calculé (méthode CKD-épi) en année N
OU
- Au moins une mesure/estimation du DFG était $< 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ en année N

Les patients pour lesquels le DFG n'a jamais été mesuré en année N-1 (nouveau patient ou découverte de diabète notamment), et ceux pour lesquels elle était déjà $< 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ en année N-1 (insuffisance rénale terminale préexistante) sont exclus du calcul.

Seuils de fonction rénale :

Patients MT en ALD diabète	Définition
Microalbuminurie	Microalbuminurie $\geq 30 \text{ mg/24h}$ (ou $\geq 30 \text{ mg/g}$ de créatininurie)
Insuffisance rénale terminale	DFG $< 15 \text{ ml/min/1.73m}^2$ (calculé par la méthode CKD-épi)

20) Annexe 3 - Version 2019 du questionnaire expérience patient

Santé & soins : votre avis sur votre suivi

Exprimez-vous !

C'est une demande peu habituelle : donner votre avis sur le suivi de votre santé et de vos soins, sur la façon dont votre équipe soignante échange avec vous, suit votre dossier, se transmet les informations, etc. Pour améliorer leurs pratiques, ils ont besoin de connaître votre propre expérience et votre avis.

Je répons anonymement ?

Oui ! Personne ne saura que c'est vous personnellement qui répondez. Et dans le même temps, vos réponses sont importantes pour les professionnels de santé. Répondez spontanément !

Un questionnaire fait par qui ?

Un groupe de patients et de professionnels de santé ont rédigé ce questionnaire.

Combien de temps pour répondre à ce questionnaire ?

Moins de 10 minutes suffiront !

Si vous le souhaitez, en cas de difficultés, vos parents ou vos proches peuvent répondre à votre place.

Pour commencer, nous aimerions vous poser quelques questions pour mieux vous connaître.

- **Etes-vous :**
 - Un homme
 - Une femme

- **Avez-vous :**
 - Entre 18 ans et 25 ans
 - Entre 26 ans et 40 ans
 - Entre 41 ans et 65 ans
 - Entre 66 ans et 80 ans
 - Plus de 80 ans

- **Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes...**
 - en emploi
 - apprenti(e) ou en stage rémunéré
 - étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré
 - au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
 - retraité(e) ou pré-retraité(e)
 - femme ou homme au foyer
 - autre situation (congrés longue durée, personne handicapée, etc.)

- **Quelle est, ou a été, votre profession ?**
 - Agriculteur, exploitant
 - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - Cadre, profession intellectuelle supérieure
 - Employé
 - Ouvrier
 - Je n'ai jamais eu d'emploi rémunéré

- **Pour quelle(s) pathologie(s) êtes-vous suivi ?**
 - Diabète
 - Insuffisance rénale chronique
 - Insuffisance cardiaque
 - Insuffisance respiratoire chronique (ex : Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO))
 - Cancer
 - Maladies inflammatoires chroniques du foie (hépatites, cirrhose etc.)

- Maladies neurodégénératives (Parkinson etc.)
- Maladies psychiatriques
- Hypertension artérielle
- Autres, précisez :

Quelques questions sur vos échanges avec les professionnels de santé en charge de votre suivi

Au cours des 12 derniers mois, quels professionnels de santé avez-vous consulté ?

- Votre médecin traitant
- Un médecin d'une autre spécialité en ville ou à l'hôpital (cardiologue, pneumologue, diabétologue etc.)
- Un(e) infirmier(e)
- Un pharmacien
- Un kinésithérapeute
- Un professionnel du service d'aide à domicile
- Autres (précisez lequel) :

Question 1 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contacté, par mail, téléphone ou autre, l'un des professionnels de votre équipe soignante pour prendre un rendez-vous ?

Note : Dans ce questionnaire, « **équipe soignante** » est l'ensemble des professionnels de santé qui sont intervenus au cours des 12 derniers mois pour votre suivi : votre médecin traitant, un médecin spécialiste (en ville ou à l'hôpital), une infirmière, un kinésithérapeute, un pharmacien...

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°3

➤ **Question 2 :** Avez-vous eu un rendez-vous quand vous en aviez besoin ?

- Oui, tout le temps
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 3 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous contacté, par mail, téléphone ou autre, l'un des professionnels de votre équipe soignante pour poser des questions ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°7

- **Question 4 :** Avez-vous eu des réponses à vos questions quand vous en aviez besoin ?
 - Oui, tout le temps
 - Oui, de temps en temps
 - Non, jamais
 - Je ne me souviens pas / je ne sais pas

- **Question 5 :** Avez-vous eu des réponses compréhensibles et claires à vos questions ?
 - Oui, tout le temps
 - Oui, de temps en temps
 - Non, jamais
 - Je ne me souviens pas / je ne sais pas
 - Je n'ai pas eu de réponse

Question 6 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de consulter un (ou plusieurs) professionnel(s) de santé (médecin spécialiste en ville ou à l'hôpital, infirmière, kinésithérapeute...) que vous n'aviez jamais consulté auparavant ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°10

- **Question 7 :** Avez-vous été aidé par l'un des professionnels de votre équipe soignante pour identifier ce (ou ces) professionnel(s) à consulter (nom du professionnel et son contact) ?
 - Oui, tout le temps
 - Oui, de temps en temps
 - Non, jamais
 - Je ne me souviens pas / je ne sais pas
 - Je n'ai pas eu besoin d'aide

- **Question 8 :** Avez-vous réussi à avoir cette (ou ces) consultation(s) dans un délai correct au regard de vos besoins ?

- Oui, tout le temps
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

➤ **Question 9** : Avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur ce qui s'est passé durant cette (ou ces) consultation(s) ?

- Oui, tout le temps
- Oui, de temps en temps
- Non, jamais
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas
- Je n'ai pas revu mon médecin traitant depuis

Etes-vous globalement satisfait de la facilité de contact de votre équipe soignante ?

- Très satisfait*
- Satisfait*
- Moyennement satisfait*
- Pas du tout satisfait*

Quelques questions sur l'aide apportée par votre équipe soignante dans la gestion de votre pathologie...

Pour rappel, dans ce questionnaire, « **équipe soignante** » est l'ensemble des professionnels de santé qui sont intervenus au cours des 12 derniers mois pour votre suivi : votre médecin traitant, un médecin spécialiste (en ville ou à l'hôpital), une infirmière, un kinésithérapeute, un pharmacien...

Question 10 : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur votre problème de santé ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 11 : Avez-vous reçu des informations cohérentes de la part des professionnels de santé au sein de votre équipe soignante ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 12 : Avez-vous été interrogé par l'un des professionnels de votre équipe soignante sur l'impact de vos problèmes de santé sur votre vie quotidienne ?

- Oui
- Oui partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 13 : Avez-vous reçu des informations de l'un des professionnels de votre équipe soignante pour gérer votre problème de santé en cas de complication (signes à observer, personne à contacter etc.) ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas

- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 14: Avez-vous reçu des informations de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur les habitudes de vie à adopter pour votre problème de santé (alimentation, activité physique etc.) ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 15: Avez-vous été accompagné par l'un des professionnels de votre équipe soignante pour maintenir ces habitudes de vie ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je n'en ai pas besoin
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Question 16 : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur votre traitement (y compris médicament) ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 17 : Avez-vous (vous ou vos proches) été associé aux décisions concernant vos soins ou votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 18 : Avez-vous appris avec l'un des professionnels de votre équipe soignante à gérer votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 19 : L'un des professionnels de votre équipe soignante s'assure-t-il que vous savez gérer votre traitement ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne le souhaitais pas
- Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Question 20 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous effectué des examens (imagerie, radiologie, biologie ou autres) ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°22

➤ **Question 21** (uniquement si vous avez répondu OUI à la question précédente) : Avez-vous reçu des explications de l'un des professionnels de votre équipe soignante sur vos examens ?

- Oui
- Oui, partiellement
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Etes-vous globalement satisfait du soutien apporté par votre équipe soignante pour vivre avec votre problème de santé ?

- Très satisfait*
- Satisfait*
- Moyennement satisfait*
- Pas du tout satisfait*

Quelques questions sur votre hospitalisation lors des 12 derniers mois

Question 22 : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas / je ne sais pas

Si vous avez répondu NON ou JE NE ME SOUVIENS PAS, allez directement à la question n°30

Si vous avez eu plusieurs hospitalisations au cours des 12 derniers mois, nous vous interrogeons uniquement sur la plus récente. Les questions portent donc toutes sur votre dernière expérience.

- **Question 23** : Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été informé par l'hôpital sur les prochaines étapes après votre sortie d'hospitalisation ?
 - Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 24** : Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été aidé par l'hôpital pour l'organisation des prochaines étapes : traitements, rendez-vous, examens etc. ?
 - Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 25** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur les soins et examens reçus à l'hôpital ?
 - Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je n'ai pas reçu de soins et d'examen à l'hôpital
 - Je n'ai pas souhaité en parler
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

- **Question 26** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur la suite de votre traitement ?
 - Oui
 - Oui, partiellement

- Non
 - Je n'ai pas reçu de traitement
 - Je n'ai pas souhaité en parler
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 27** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous reçu des informations cohérentes de la part de votre médecin traitant et de l'hôpital ?
- Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je n'ai pas eu d'information à l'hôpital
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 28** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé des soins reçus à l'hôpital ?
- Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 29** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé du résultat des examens réalisés à l'hôpital ?
- Oui
 - Oui, partiellement
 - Non
 - Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

Etes-vous globalement satisfait du suivi que vous avez eu à l'issue de votre hospitalisation ?

- Très satisfait*
- Satisfait*
- Moyennement satisfait*
- Pas du tout satisfait*

Plus que 3 questions pour finir....

Question 30 : Globalement, avez-vous été satisfait de votre prise en charge par votre équipe soignante au cours des 12 derniers mois ?

- Très satisfait
- Satisfait
- Moyennement satisfait
- Pas du tout satisfait

Question 31 : Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?

- Seul(e)
- Avec l'aide d'un membre de votre famille
- Avec un ami
- Avec un professionnel de santé
- Autre (précisez)

Question 32 : Si vous deviez citer une chose qui permettrait d'améliorer votre prise en charge, que diriez-vous (ne mentionnez pas votre nom pour préserver l'anonymat) ?

- champ libre :

.....