

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 30 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019

NOR : SSAS2037193A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 ;

Vu l'arrêté du 24 janvier 2020 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2020 ;

Vu l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019 ;

Vu l'arrêté du 7 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019 ;

Vu le cahier des charges modifié sur le projet d'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 30 décembre 2020,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le cahier des charges modifié susvisé de l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville annexé au présent arrêté remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté du 19 juin 2019.

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 décembre 2020.

*Le ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,

K. JULIENNE

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

ANNEXES

ANNEXE I

CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION
D'UN PAIEMENT EN ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN VILLE (PEPS)

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** et des travaux menés par la suite avec les représentants des équipes sélectionnées.

Table des matières

1. Objet et finalité du projet d'expérimentation/Enjeu de l'expérimentation
2. Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation
3. Durée de l'expérimentation envisagée
4. Champ d'application territorial proposé :
 - a) Eléments de diagnostic
 - b) Champ d'application territorial
5. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation
6. Catégories d'expérimentations
7. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation
8. Principes du modèle économique
9. Equilibre du schéma de financement
10. Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation
11. Modalités de révision du cahier des charges
12. Modalités de candidature
13. Les besoins en systèmes d'information
14. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées
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
16. Liens d'intérêts
17. Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères
18. Annexe 1 – Liste des indicateurs de qualité et de performance
Liste des indicateurs issus du SNDS

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 l'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'ASALEE (1) 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) ;
 - centres de santé (CDS) ;
 - dont la patientèle « médecin traitant » comprend **au minimum 250 patients** concernés par le forfait.

Nota. – 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 ;
- **la part des soins de la patientèle PEPS réalisés au sein de l'équipe** ;
- **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 des pics d'activité lié à une épidémie) ;
- **les caractéristiques des territoires concernés**.

Les équipes sont **libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS**. Elles peuvent décider collégialement 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 décroisement 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.

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'Etat (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.

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 »). Les modalités de versement de ces crédits seront précisées dans la convention de financement passée entre l'équipe et l'Assurance maladie.

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 1]), 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 ou prolonger d'un an la seconde phase. Le cas échéant, le bonus et la présomption qualité, initialement prévus en première année de phase 3, sont versés pendant la seconde année de phase 2.

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, pour chaque année, correspond à la rémunération PEPS déterminée selon les modalités détaillées dans la partie 8 « Principe du modèle économique ». Les modalités de paiement seront précisées dans une convention de financement passée entre l'équipe et l'Assurance maladie.

- 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 et uniquement si l'équipe n'a pas fait le choix de prolonger d'un an 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 1]), 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.

Les modalités de facturation et de versement des indemnités kilométriques et des majorations relatives au suivi des patients « médecin traitant PEPS » mais non incluses dans le périmètre du paiement forfaitaire et réalisées par les professionnels de santé substituant leurs actes seront étudiées au cours de l'expérimentation.

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) Eléments 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 :	Ministère des solidarités et de la santé, Direction de la Sécurité Sociale 14, avenue Duquesne 75007 PARIS Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) 50 Avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris	peps@sante.gouv.fr Emmanuel FRERE-LECOUTRE, DSS, Chef de bureau « Relations avec les profes- sions de santé » Claire MONTÈTE, DSS, Chargée de mission « Relations avec les professions de santé » Manon FLANDROIS, DSS, Chargée de mis- sion « Relations avec les professions de santé » Ayden TAJAHMADY, Cnam, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques Emmanuelle GUEDY, Cnam Chargée de mission Département des Pro- fessions de Santé	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	Haute autorité de santé (HAS) 5, avenue du Stade de France 93218 Saint- Denis La Plaine Cedex Agence nationale d'appui à la performance (Anap) 23, avenue d'Italie 75013 Paris Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) 117 boulevard Marius-Vivier-Merle 69003 Lyon		HAS : appui dans la conduite du chantier « qualité » Anap : élaboration et conduite de la démar- che d'accompagnement des équipes lors de la phase de mise en œuvre de l'expérimentation Atih : appui dans la conduite du chantier « qualité »

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 santé (2) (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 »).

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'efficience 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'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II)(3):	Cocher
1° 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	
2° 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	
3° 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.	

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	
Limites du financement actuel	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. 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. Le principe est celui de la libre utilisation de ce financement par l'équipe.
Dérogations de financement envisagées (article L. 162-31-1-II-1 ^{er} et 3 ^o) : - Facturation, - Tarification, - Remboursement, - Paiement direct des honoraires par le malade, - Frais couverts par l'assurance maladie - Participation de l'assuré - Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux	<ol style="list-style-type: none"> 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. 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 un paiement forfaitaire, donnent lieu à une rémunération totale ou partielle par la structure et non pas à une facturation directe à l'assuré. 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.

II – Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger	
Limites des règles d'organisation actuelles	Notre système de soins en ville ne permet pas aujourd'hui des prises en charge décloisonnées, centrées sur le patient, favorisant la fluidité des parcours.
Dérogations organisationnelles envisagées (article L. 162-31-1-II-2 ^o) :	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. 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.

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.

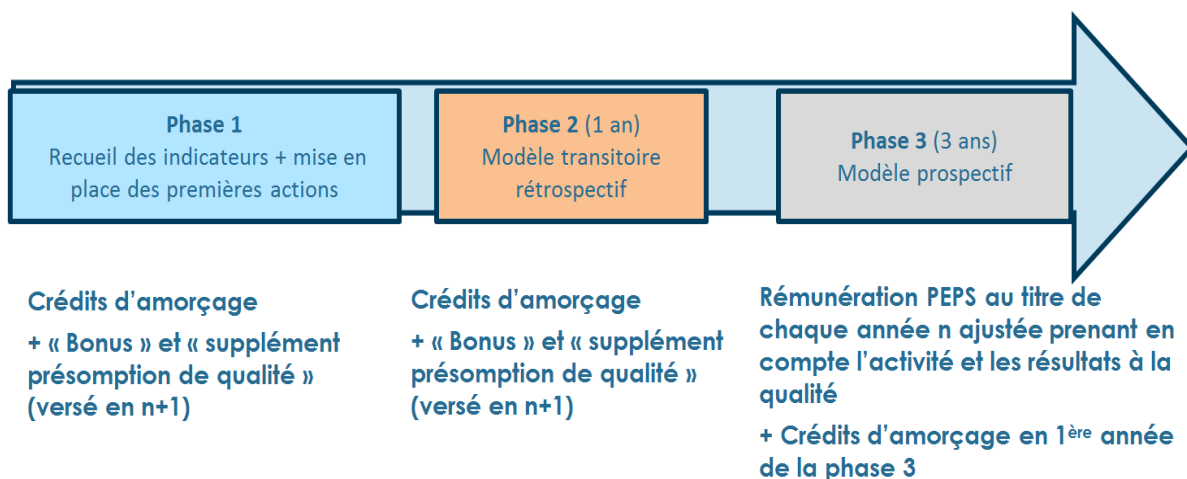
Le périmètre du forfait inclut les **consultations et visites médicales ainsi que les soins infirmiers**, hors actes techniques, indemnités kilométriques et soins réalisés dans le cadre de la PDSA (nuits, week-ends et jours fériés). Sont conservées en dehors du forfait, les rémunérations de ces professionnels hors du paiement à l'acte, telles que les autres rémunérations forfaitaires (ex : ROSEP, 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. Le forfait prend en compte la patientèle de l'équipe PEPS au 31 décembre.

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

Chaque patient PEPS se voit attribuer un forfait correspondant à sa catégorie 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 cinq types d'ALD spécifiques (diabète, maladies cardio-vasculaires, maladie neurodégénérative, cancer et maladies psychiatriques) et un proxy de la situation économique individuelle du patient (la Complémentaire Santé Solidaire [C2S]) ainsi que l'indice de défavorisation de la commune de résidence du patient. 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.

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

La fidélisation permet de mesurer si un patient MT PEPS consomme l'ensemble de ses soins PEPS auprès d'un ou des professionnels de l'équipe PEPS. 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

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). La prise en compte de l'activité agrégée pour la patientèle PEPS sera étudiée au cours de l'expérimentation. Les modalités de calcul seront précisées dans la convention de financement passée entre l'équipe et l'Assurance maladie.

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 1).

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 1) 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 :

- équilibre glycémique ;
- contrôle tensionnel ;
- préservation de la fonction rénale.

– **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 :

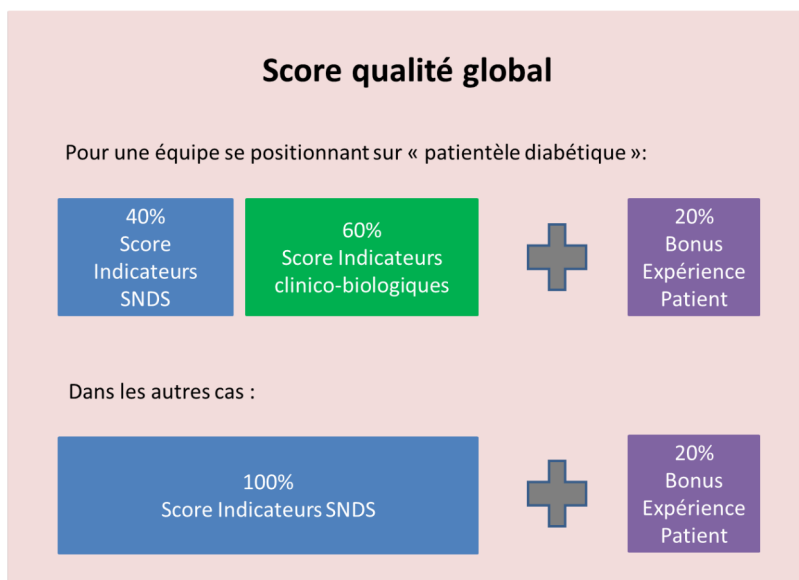
- accessibilité aux soins ;
- continuité du parcours ;
- relation soignant-soigné/personnalisation du parcours de santé.

La 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

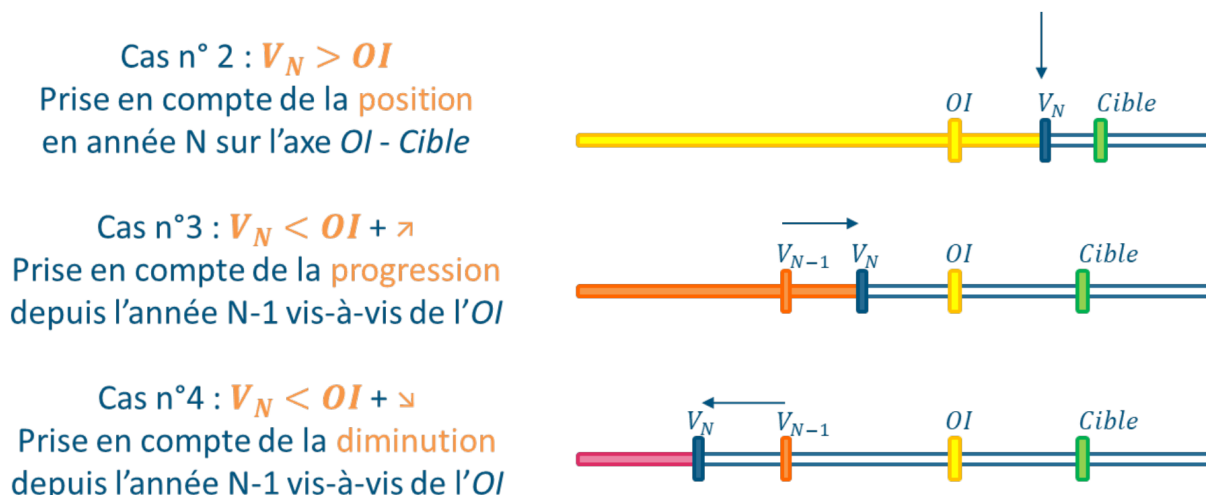
- notation selon l'évolution depuis l'année N-1 vis-à-vis de l'objectif intermédiaire.

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 une valeur de référence.

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



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 ».

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. Des modalités de recueil alternatives pourront être étudiées au cours de l'expérimentation.

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

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. Les modalités de paiement des crédits d'amorçage sont précisées dans la convention de financement passée entre l'équipe et l'Assurance maladie. Ainsi, la première année, la part fixe versée en crédits d'amorçage s'élève à 12 000 euros, quelle que soit l'équipe et la part variable à 5 € par patient « médecin traitant » PEPS de l'équipe. Les deux années suivantes, le montant des crédits d'amorçage est fixé à 9 000 euros.

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 CNAM** : 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 de 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 :
 - auprès des expérimentateurs ;
 - auprès 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 (stratégique) 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 design 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).

A 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 1 000 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)

Sircas-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 - 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 poly-prescription 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 poly-prescription 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 évitables (4)	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
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
- n'atteint pas les objectifs pour cette catégorie de patient

ET

- 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	
Patients <75 ans avec l'une des ALD suivantes : – 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	≤8 %
Patients ≥ 75 ans avec l'une des ALD suivantes : – 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	<9 %

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
- la valeur systolique (ou la moyenne) n'atteint pas l'objectif pour cet âge

OU

- 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 ml/min/1.73m² 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 ml/min/1.73m² 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 mg/24h (ou \geq 30 mg/g de créatininurie)
Insuffisance rénale terminale	DFG $<$ 15 ml/min/1.73m ² (calculé par la méthode CKD-épi)

(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.

(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.

(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).

(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).

Guide HPE : https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_guide_hpe_2018_03_20.pdf.