



Appel à manifestation d'intérêt

*Expérimentation nationale d'un paiement forfaitaire en
équipe de professionnels de santé en ville*

Cet appel à manifestation d'intérêt (AMI) s'inscrit dans le projet d'expérimentation nationale mené par le Ministère des Solidarités et de la Santé et la CNAM relatif à la mise en place **d'un paiement en équipe des professionnels de santé (PEPS)** dans le cadre général des expérimentations d'organisations et de financements innovants 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.

Dans l'objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins et de la satisfaction des patients, il est proposé de favoriser une organisation intégrée des soins s'appuyant sur la structuration des parcours de soins, les bonnes pratiques de prise en charge et une amélioration de la coordination entre les acteurs du premier et du second recours. Cela passe par une évolution des rémunérations avec un paiement en équipe sous forme d'un forfait annuel remplaçant totalement ou partiellement le paiement à l'acte.

3 approches sont proposées :

- **Forfait par suivi de patients atteints de pathologies chroniques.** Il s'agit de cibler la rémunération forfaitaire sur le suivi d'une partie de la patientèle atteinte de pathologie chronique. Le choix de ces pathologies se porte sur des prises en charge essentiellement ambulatoires et concernant un volume de soins important : diabète, insuffisance cardiaque chronique et maladie coronaire, insuffisance respiratoire chronique...
- **Forfait par population.** Il s'agit de cibler des populations particulières. Le choix se porte essentiellement sur des populations recourant fréquemment aux soins : personnes âgées...
- **Forfait à la patientèle.** Il s'agit d'une approche globale, rémunérant une équipe pour l'ensemble du suivi de la patientèle des médecins traitants participant à l'expérimentation.

Cet AMI permettra de **sélectionner au maximum 5 thématiques** (ex : diabète, personnes âgées, patientèle...) qui feront l'objet d'un groupe de travail technique pour co-construire ces expérimentations (équipes volontaires et services de la DSS, la DGOS et de la CNAM).

Les équipes seront sélectionnées en fonction de la qualité de leur structuration, ainsi que de la part de patientèle concernée par la mise en œuvre de ces forfaits.

Cet AMI a en effet pour objectif d'identifier les initiatives et réflexions des acteurs engagés au quotidien dans la prise en charge des patients autour des nouvelles approches coordonnées de soins pour les prises en charge retenues.

Les candidats retenus seront mobilisés pour apporter leurs avis, propositions et expertises nécessaires à la mise en œuvre des modèles envisagés. **Ils participeront donc à la construction des cahiers des charges** qui seront transmis pour avis auprès du comité technique créé à cet effet par la loi de 2017 précitée. Sous réserve d'un avis favorable, l'expérimentation sera autorisée par les ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé pour une durée de 5 ans.

Les candidats ayant participé à l'élaboration des cahiers des charges auront

*l'opportunité, s'ils le souhaitent, de devenir **les premiers acteurs à mettre en œuvre l'expérimentation de paiement forfaitaire par équipe de soins.***

Compte-tenu du cadre de l'expérimentation et de la nature des prises en charge ciblées, cet AMI s'adresse en premier lieu aux équipes de soins exerçant en modes d'exercice coordonné.

Les équipes intéressées sont invitées à compléter le dossier en annexe du présent document et à le retourner à l'adresse suivante avant le 31 juillet 2018 : PEPS@sante.gouv.fr, ainsi qu'à leur ARS (annexe 2).

Une douzaine de candidatures seront retenues, à l'issue du processus de sélection, pour la co-construction du projet à partir de septembre 2018 (3 candidatures par thématique sélectionnée).

Le lancement de l'expérimentation est envisagé pour le début de l'année 2019, une fois l'arrêté interministériel d'autorisation publié.

SOMMAIRE

I. CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018.....	5
II. TRAVAUX ET ORGANISATION POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET	7
2.1. Contenu des travaux envisagés.....	7
2.2. Organisation pratique associée.....	7
III. MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION	8
3.1. Profil des candidats.....	8
3.2. Trois approches proposées.....	8
3.3. Engagement des candidats retenus	9
3.4. Composition du dossier	9
3.5. Critères de recevabilité et de sélection	9
3.4.1. Critères de recevabilité des dossiers	9
3.4.2. Critères de sélection des thématiques	10
3.4.3. Critères de sélection des candidats	10
3.6. Contacts.....	10
3.7. Procédure et calendrier	11
IV. OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION NATIONALE D'UN FINANCEMENT FORFAITAIRE PAR EQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTE	12
4.1. Objectifs généraux de l'expérimentation	12
4.2. Les forfaits expérimentés	13
4.2.1. Les forfaits pour initier l'expérimentation	13
4.2.2. Définition du périmètre des forfaits.....	13
4.2.3. Définition du cadre et des moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une approche coordonnée.....	13
4.2.4. Modulation d'une partie du forfait en fonction des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité	14
4.2.5. Trajectoire du modèle de financement forfaitaire.....	14
4.3. Equipes concernées par l'expérimentation	14
4.4. Suivi de l'expérimentation	15
4.5. Cadrage des modalités d'évaluation	15
V. LISTE DES ANNEXES.....	15
DOSSIER DE CANDIDATURE.....	17

OBJECTIFS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

Cet appel à manifestation d'intérêt a pour objectif de sélectionner des candidats porteurs de projets souhaitant se mobiliser pour la mise en œuvre des forfaits annuels collectifs.

Les candidats retenus, intéressés ou déjà engagés dans ces nouvelles approches coordonnées de soins, pourront apporter leurs avis, propositions et expertises nécessaires à la mise en œuvre des modèles de financement envisagés et se verront ainsi intégrés en tant qu'acteurs de la construction des cahiers des charges. Ceux qui s'engageront dans les travaux de construction pourront ensuite mener l'expérimentation.

I. CONTEXTE ET ENJEUX DE L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018

L'innovation organisationnelle constitue, au même titre que l'innovation technique, un enjeu crucial pour l'avenir de notre système de santé. Celui-ci doit, en effet, faire face à des défis majeurs : besoins accrus de santé liés au vieillissement de la population, aux maladies chroniques et poly-pathologies, démographie médicale fragile et désertification de certains territoires.

Tout en assurant sa soutenabilité, notre système de santé doit sans cesse s'adapter, afin de garantir un accès équitable à la prévention et aux soins et d'améliorer la qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge. L'enjeu est de rendre des prises en charge moins cloisonnées, davantage centrées sur le patient, et de fluidifier les parcours à travers une meilleure coordination et structuration de l'offre de soins. L'objectif est d'assurer des soins pertinents et de qualité, évitant la survenue de complications ou d'exacerbations des pathologies chroniques, dont le suivi se fait essentiellement en ville.

C'est tout l'enjeu de la stratégie nationale de santé qui vise notamment à :

- ⇒ Transformer l'offre de santé pour répondre aux besoins nouveaux de la population ;
- ⇒ Diversifier les modes de rémunération pour intégrer dans les parcours les nouvelles pratiques de soins ambulatoires. Cette diversification devra permettre une rémunération à la pertinence, au parcours, au forfait.

La mise en place d'un dispositif pérenne **de promotion et d'autorisation d'expérimentations innovantes, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (CSS)** - dans sa rédaction issue de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (51LFSS2018) - visant à encourager, accompagner et accélérer le déploiement de nouvelles organisations en santé, s'inscrit dans cette ambition. Ce dispositif a été complété par un décret¹.

Pour la mise en œuvre de ces expérimentations à la faveur de financements et d'organisations innovants de notre système de santé, il peut être dérogé à la plupart des règles tarifaires en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social ainsi qu'à certaines contraintes réglementaires organisationnelles (partage d'honoraires, autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements, dérogation au monopole des pharmaciens pour la dispensation du dialysat).

¹ [Décret 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu par l'article L. 162-31-1 CSS \(lien\)](#) : articles R. 162-50-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Ces expérimentations, qui pourront être d'initiative locale, régionale ou nationale, poursuivent notamment l'objectif d'améliorer la « *coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité de la prise en charge et de l'accès aux soins, notamment dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins* ». Elles pourront être menées sur une durée maximale de 5 ans.

En toute hypothèse, les projets devront être soumis à l'avis du comité technique pour l'innovation en santé (CTIS) créé par l'article 51 de la LFSS2018 et leur mise en œuvre devra être autorisée par arrêté du Directeur générale de l'agence régionale compétente pour les projets locaux et régionaux, des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale pour les projets nationaux.

Dans ce cadre, le Ministère des Solidarités et de la santé et l'Assurance Maladie (Cnam) proposent de mener une expérimentation nationale ayant pour objectif de « *développer les modes d'exercice coordonné en participant à la structuration des soins ambulatoires* »² par, en partie, un « *financement forfaitaire* » et « *collectif* »³.

² En application du c) du 1° du II. de l'article L. 162-31-1 CSS.

³ En application du 1° du I. de l'article R. 162-50-1 CSS.

II. TRAVAUX ET ORGANISATION POUR LES CANDIDATS RETENUS LORS DE L'APPEL A MANIFESTATION D'INTERET

2.1. Contenu des travaux envisagés

En s'appuyant sur les travaux exploratoires réalisés (cf. [4.2. Les types de forfait expérimentés](#)) les candidats retenus dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt pourront contribuer à affiner les modèles proposés, à évaluer leur faisabilité et à définir les principes opérationnels de mise en œuvre qui seront présentés dans les cahiers des charges, un par thématique.

- ⇒ Les travaux s'appuieront sur l'analyse de la littérature et des expériences déjà menées:
 - Synthèse des retours des expériences étrangères et modélisations statistiques ;
 - Présentation des forfaits annuels estimés sur la base des pratiques existantes (+/- personnalisées) et des recommandations validées par la Haute Autorité de Santé ;
 - Présentation des modèles de financement associés.

- Les acteurs des projets retenus auront la possibilité d'apporter **leurs remarques et propositions** sur les éléments constitutifs des modèles.

- ⇒ Les acteurs des projets pourront apporter leurs connaissances et expériences opérationnelles nécessaires à la définition **des conditions de mise en œuvre des modèles**.

Illustrations de sujets qui pourront être abordées :

- *Les règles opérationnelles de gestion, de facturation ... ;*
- *Les données complémentaires indispensables à l'ajustement du modèle et les conditions nécessaires pour leur recueil ;*
- *La plate-forme technique dédiée, ses fonctionnalités et son utilisation par les acteurs ;*
- *Les supports mis à disposition des équipes pour accompagner l'expérimentation (lettre d'information du patient, convention de collaboration entre les acteurs...);*
- *Les modalités de suivi à proposer pour accompagner les acteurs dans la mise en œuvre des projets ;*
- *Le cadre de l'évaluation de l'expérimentation.*

Ces travaux collaboratifs permettront d'aboutir à l'élaboration des cahiers des charges de cette expérimentation.

2.2. Organisation pratique associée

Les candidats retenus participeront aux travaux évoqués ci-dessus et menés par l'équipe projet nationale. Cette participation attendue est évaluée à environ **1 jour par mois sur une durée de 4 mois**, selon **des modalités opérationnelles à définir avec les candidats** (ateliers de travail, échanges téléphoniques, mails, etc.), en lien avec les ARS concernées. L'accueil du groupe de travail sur site pourra également être envisagé, afin qu'il s'assure de la faisabilité opérationnelle des modèles discutés (système d'information, coopération des acteurs...).

Les candidats retenus pourront recevoir une indemnisation pour leur présence aux séances de travail, ainsi qu'un remboursement pour leurs déplacements dans ce cadre.

III. MODALITES DE CANDIDATURE A L'AMI ET PROCEDURE DE SELECTION

3.1. Profil des candidats

Compte-tenu de la nécessité d'une structuration préalable des soins (coordination renforcée entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi des patients), le présent appel à manifestation d'intérêt s'adresse en premier lieu aux équipes travaillant en mode d'exercice coordonné fortement intégrées ou matures.

Les équipes retenues identifieront un de leurs membres pour travailler en étroite collaboration avec l'équipe projet nationale et sera le point d'entrée pour l'organisation des travaux et les échanges d'informations.

Sont signataires conjointement de la candidature l'ensemble des membres de l'équipe.

Le dossier de candidature précisera les personnes qui seront désignées pour participer aux travaux de construction des cahiers des charges.

3.2. Trois approches proposées

3 approches sont proposées pour cet appel à manifestation d'intérêt :

- **Forfait par suivi de patients atteints par une ou plusieurs pathologies chroniques.** Il s'agit de cibler la rémunération forfaitaire sur le suivi d'une partie de la patientèle atteinte de pathologie chronique. Le choix de ces pathologies se porte sur le suivi de prises en charge essentiellement en ville et concernant une part importante de la population : diabète, insuffisance cardiaque chronique et maladie coronaire, insuffisance respiratoire chronique...
- **Forfait par population.** Il s'agit de cibler des populations particulières. Le choix se porte essentiellement sur des populations recourant fréquemment aux soins : personnes âgées poly pathologiques...
- **Forfait à la patientèle.** Il s'agit d'une approche globale, rémunérant une équipe pour l'ensemble du suivi de sa patientèle.

Cet AMI permettra de **sélectionner au maximum 5 thématiques** (ex : diabète, personnes âgées, patientèle totale...) qui feront l'objet d'un groupe de travail technique pour co-construire ces expérimentations (équipes de soins volontaires sélectionnées par l'AMI et services de la DSS, la DGOS et de la CNAM).

3.3. Engagement des candidats retenus

Les répondants s'engagent à participer aux travaux préparatoires à l'élaboration du cahier des charges pour le type de forfait ciblé sous la forme d'échanges (mail, réunions téléphoniques) avec l'équipe projet nationale (DSS / DGOS / Cnam) en lien avec les ARS concernées.

À l'issue, les candidats retenus dans le cadre de l'Appel à manifestation d'intérêt auront l'opportunité, s'ils le souhaitent, de devenir **les premiers acteurs à mettre en œuvre l'expérimentation de paiement en équipe des professionnels de santé (PEPS)**. Pour ce faire, **un engagement de participation** à l'expérimentation sera sollicité afin que le projet soit associé au cahier des charges déposé au CTIS.

3.4. Composition du dossier

Les équipes peuvent manifester leur intérêt en renseignant le dossier de candidature annexé au présent AMI. Elle peut se positionner sur une ou plusieurs thématiques et le cas échéant, devra remplir un dossier par thématique.

Le dossier de réponse comportera les mentions suivantes :

- ⇒ Choix du type de forfait ;
- ⇒ Etat des lieux de la prise en charge actuelle, points forts, points faibles identifiés, freins/leviers, points d'améliorations possibles ;
- ⇒ Exposé des attentes relatives à la mise en place d'une expérimentation de financement collectif sous forme de forfait annuel par patient/patientèle;
- ⇒ Présentation d'éventuelles actions déjà mises en œuvre autour de la coordination des prises en charge ;
- ⇒ Propositions et pistes envisagées pour la mise en place d'une organisation innovante permettant de répondre aux objectifs recherchés ;
- ⇒ Identification d'éventuels liens / partenariats déjà existants avec des acteurs extérieurs à la structure d'exercice coordonné.

3.5. Critères de recevabilité et de sélection

Les équipes intéressées sont invitées à compléter le dossier en annexe du présent document et à le retourner à l'équipe projet DSS/DGOS/Cnam via l'adresse PEPS@sante.gouv.fr, ainsi qu'à leur ARS (annexe 2) avant le 31 juillet 2018.

L'objectif est d'identifier une douzaine de projets, soit 3 équipes par thématique retenue. Une attention particulière sera portée à assurer la meilleure représentativité possible géographique.

3.4.1. Critères de recevabilité des dossiers

L'ARS compétente vérifie, en lien avec l'Assurance Maladie, la recevabilité :

- ⇒ Choix du type de forfait répondant aux critères de sélection (suivi en ville et fort volume) ;
- ⇒ Respect des délais de transmission ;
- ⇒ Statut juridique ;
- ⇒ Complétude du dossier.

L'ARS transmet un avis de recevabilité et un avis d'opportunité à l'équipe projet DSS/DGOS/Cnam à l'adresse PEPS@sante.gouv.fr, avant le 22 août 2018.

3.4.2. Critères de sélection des thématiques

Cet AMI permettra de **sélectionner au maximum 5 thématiques** qui feront l'objet d'un groupe de travail technique pour co-construire ces expérimentations (équipes volontaires sélectionnées par l'AMI et services de la DSS, la DGOS et de la CNAM).

Ces thématiques seront sélectionnées par l'équipe projet DSS/DGOS/Cnam en fonction de trois critères :

- L'importance de la part de rémunération de l'équipe de soins établie par un forfait (ex : pathologies chroniques impliquant un fort volume de soins)
- Des recommandations clairement identifiées quant aux parcours de soins
- Un suivi des patients essentiellement assuré en ambulatoire et pluridisciplinaire, dont l'amélioration, notamment par la mise en place d'une stratégie de prévention secondaire et par une meilleure coordination, pourrait diminuer le nombre et l'importance des complications.

NB : Les candidats ayant présenté un projet dont la thématique n'a pas été retenue et annoncée fin août, suite à l'AMI, pourront bien entendu, ensuite, présenter un dossier d'expérimentation par la voie classique : dépôt d'une lettre d'intention auprès de l'ARS compétente ou du rapporteur général.

3.4.3. Critères de sélection des candidats

Les critères de sélection retenus sont les suivants :

- ⇒ Degré d'intégration et de maturité des équipes exerçant en mode d'exercice coordonné candidates ;
- ⇒ Implication des équipes de soins (médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) et de direction dans le projet ;
- ⇒ Capacité, à terme, de prendre en charge l'ensemble du parcours ambulatoire du patient (diversité des professionnels impliqués permettant de couvrir une partie importante du parcours du patient pour la thématique choisie) ;
- ⇒ Engagement des acteurs pour des approches coordonnées et décloisonnées ;
- ⇒ Adéquation et caractère innovant des organisations envisagées au regard des objectifs proposés ;
- ⇒ Engagement des équipes projet à contribuer à l'élaboration des cahiers des charges de l'expérimentation.

3.6. Contacts

En cas de questions relatives à cet Appel à manifestation d'intérêt, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :

- PEPS@sante.gouv.fr

3.7. Procédure et calendrier

Courant mai 2018	<p>⇒ Le présent AMI est diffusé sur les sites internet du Ministère des solidarités et de la santé, de l'Assurance Maladie, des sociétés savantes concernées et fédérations de soins primaires ainsi que par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS).</p>
De mai à juillet 2018	<p>⇒ Les équipes remplissant les critères d'éligibilité, peuvent manifester leur intérêt en adressant le dossier de candidature (annexe I) avant le 31 juillet 2018, par voie électronique, à l'adresse suivante PEPS@sante.gouv.fr, ainsi qu'à leur Agence régionale de santé (annexe II).</p>
Août 2018	<p>⇒ Instruction des manifestations d'intérêt par les ARS et l'équipe projet nationale (DSS/DGOS/Cnam)</p> <p>⇒ Choix des thématiques sélectionnées (au maximum 5) faisant l'objet d'un groupe de travail national dédié</p>
Le 31 août 2018	<p>⇒ Réponse aux équipes locales sélectionnées</p>
De septembre à décembre 2018	<p>⇒ Conduite des travaux d'élaboration de cahiers des charges par type de forfait</p> <p>⇒ Consolidation des projets portés par les équipes locales à la lumière des cahiers des charges</p> <p>⇒ Engagement des équipes locales à mener l'expérimentation</p>
Début 2019	<p>⇒ Transmission des cahiers des charges de l'expérimentation et, pour chacun, la liste et projets des équipes locales, pour avis du CTIS</p> <p>⇒ <i>Sous réserve de l'avis favorable du CTIS</i>, autorisation de la mise en œuvre de l'expérimentation par les équipes locales par arrêté des ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé.</p>
5 ans	<p>⇒ Conduite de l'expérimentation par les équipes locales</p>

IV. OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION NATIONALE D'UN FINANCEMENT FORFAITAIRE PAR EQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Le paiement en équipe des professionnels de santé (PEPS) correspond à une **rémunération forfaitaire annuelle**, ajustée sur différents critères (âge, gravité, traitement spécifique...), partagée entre professionnels de santé pour un suivi en ville.

Cette rémunération comprend un compartiment modulé au regard des résultats obtenus à sur des **indicateurs de qualité de la prise en charge**.

4.1. Objectifs généraux de l'expérimentation

L'objectif de l'expérimentation est de favoriser le travail en équipe des professionnels de santé en ville, en s'appuyant sur des modes de rémunération collectifs.

La mise en place d'une rémunération en équipe des professionnels de santé, en établissant une base forfaitaire pour la prise en charge des patients, en particulier atteints des pathologies chroniques ciblées, poursuit plusieurs objectifs :

- ⇒ **Améliorer la qualité et la sécurité des soins** par le suivi coordonné et collectif de l'équipe de professionnels de santé en s'appuyant sur les recommandations de prise en charge.
- ⇒ **Gagner en efficacité et en pertinence**, en réduisant les surcoûts liés aux complications et en diminuant le nombre d'actes évitables avec des prises en charge standardisées moyennes.
- ⇒ **Améliorer l'accès aux soins** dans les zones sous-denses, en libérant du temps médical grâce à un approfondissement de la coordination de l'équipe de professionnels de santé.

En conséquence, cette expérimentation vise à évaluer le paiement collectif forfaitaire en vie réelle :

- ⇒ La faisabilité d'un paiement forfaitaire et les modalités opérationnelles de sa mise en œuvre ;
- ⇒ Les effets positifs et négatifs de ce type de paiement, sur la qualité du service rendu au patient, la qualité des conditions de travail des professionnels de santé, les résultats de soins, l'efficacité des prises en charge et les modalités d'organisation des acteurs impliqués, comparativement aux modalités de paiement existantes ;

La majorité des pays de l'OCDE ont introduit des modes de rémunération, en partie, forfaitaires pour les professionnels de santé en ambulatoire (24 pays sur les 34)⁴. Ces rémunérations forfaitaires sont diversifiées avec d'autres modes de rémunération, le plus souvent mixées avec une part de rémunération à l'acte.

Le forfait est généralement ajusté à l'âge et / ou à la pathologie. Au Danemark, par exemple, les généralistes reçoivent environ un tiers de leurs revenus sous forme de forfait, et le reste sous forme de paiement à l'acte.

Des évaluations ont montré les impacts positifs des paiements forfaitaires ajustés aux pathologies, comme le diabète, sur la coordination, la qualité des soins et la maîtrise des coûts pour la collectivité.

⁴ OECD (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris

4.2. Les forfaits expérimentés

Les travaux initiaux engagés ont permis de définir le cadre expérimental du modèle de paiement en équipe à intégrer dans l'élaboration des cahiers des charges.

4.2.1. Les forfaits pour initier l'expérimentation

Les thématiques sélectionnées par l'AMI (au maximum 5) se traduiront, après le travail du groupe technique national, en forfaits collectifs annuels.

Exemple de la prise en charge du diabète :

Les premières analyses, renforcées par les retours des expériences étrangères, ont souligné l'intérêt de **la prise en charge du diabète** pour initier cette nouvelle prise en charge, pour les raisons suivantes :

- ⇒ Les recommandations cliniques présentent des parcours de soins identifiés dans le temps, avec un suivi ambulatoire impliquant des professionnels de santé de différentes disciplines et nécessitant une coordination. Avec un meilleur suivi des recommandations et une meilleure coordination, certaines complications pourraient être évitées.
- ⇒ L'analyse des parcours de ces patients montre que les recommandations de bonnes pratiques ne sont pas respectées, et que la prise en charge est principalement assurée en ambulatoire (85% des remboursements). La majorité des patients en ALD diabète de moins de 65 ans n'ont pas d'autres ALD.

4.2.2. Définition du périmètre des forfaits

Les recommandations validées par la Haute Autorité de santé permettent de préciser le périmètre du suivi de la pathologie chronique et son contenu pour chaque pathologie, à savoir : les critères d'ajustement des forfaits, les critères relatifs aux patients à même de faire varier la prise en charge et les soins, les prestations et les professionnels mobilisés dans la prise en charge des patients et les éventuelles complications.

Les analyses qualitatives et quantitatives des pratiques existantes permettent d'ajuster le niveau de rémunération du forfait et les différents critères d'ajustement retenus.

Ainsi pour chaque type de forfait certains critères moduleront le niveau du forfait versé à l'équipe de professionnels de santé.

Les porteurs définiront, en fonction des conditions locales, les choix organisationnels les plus pertinents pour chaque type de forfait choisi.

4.2.3. Définition du cadre et des moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une approche coordonnée

Une **approche pluri-professionnelle, coordonnée et structurée autour de la prise en charge du patient** devra être valorisée.

Pour accompagner ces évolutions organisationnelles, les projets pourront notamment s'appuyer sur un ensemble de supports mis à leur disposition, notamment **une plate-forme** dédiée et élaborée par la Cnam. Elle aura pour objectifs de favoriser la transparence et le partage d'informations entre les acteurs d'un même projet, de donner de la visibilité sur la mise en œuvre des forfaits, et d'appuyer la démarche d'évaluation générale de l'expérimentation.

4.2.4. Modulation d'une partie du forfait en fonction des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité

La rémunération collective comprend un compartiment modulé au regard des résultats obtenus à sur des **indicateurs de qualité de la prise en charge**. La part du forfait représentée par ce compartiment sera déterminée lors des travaux de co-construction.

Les travaux engagés sur l'expérimentation nationale relative à l'incitation à la prise en charge partagée alimenteront la construction de cette partie du projet. La méthodologie sera identique.

4.2.5. Trajectoire du modèle de financement forfaitaire

Les travaux exploratoires ont permis d'appréhender **le périmètre du suivi des pathologies chroniques et les grands principes du modèle de financement** (définition du forfait cible, ajustement sur le risque, conditions de versement).

Afin de permettre leur appropriation progressive par l'ensemble des parties prenantes de l'expérimentation, la mise en œuvre du financement forfaitaire en équipe de professionnels de santé s'envisage en 3 phases :

- ⇒ **Phase 1 : Expérimentation à blanc** (1 an) permettant aux acteurs d'estimer le financement perçu a posteriori en vie réelle et d'accompagner la mise en œuvre opérationnelle du modèle et de son organisation ;
- ⇒ **Phase 2 : Expérimentation en vie réelle** (1 an) pour calibrer les prises en charge standardisées et les forfaits, sur la base de la récupération des données rétrospectives concernant la consommation de soins et la qualité des prises en charges :
 - Le financement n'est pas modifié et la rémunération des acteurs reste identique ;
 - À la fin de l'année, la somme des dépenses engagées est comparée au forfait cible ;
 - Il aboutit, selon les règles prédéfinies, **le cas échéant, au versement d'un bonus** (équivalent au différentiel entre le forfait cible et les dépenses réelles).
- ⇒ **Phase 3 : Expérimentation en vie réelle** (3 ans) avec un financement annuel intégré :
 - En début de période, **versement prospectif d'un premier compartiment forfaitaire**, constituant la majorité des prestations, pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge.
 - En fin de période, **versement rétrospectif** du compartiment modulé au regard des résultats obtenus à sur des **indicateurs de qualité de la prise en charge**.
 - L'échelonnement des versements sera déterminé lors des travaux de co-construction.

4.3. Equipes concernées par l'expérimentation

Les équipes concernées par l'expérimentation pourront varier en fonction des prises en charge ou des choix organisationnels envisagés.

Si la composition des équipes de professionnels de santé peut être organisée autour d'un médecin généraliste et d'un auxiliaire paramédical, il conviendra de sélectionner des équipes exerçant en mode d'exercice coordonné suffisamment matures dans leur organisation du travail en équipe, avec une patientèle large.

De plus, il conviendra de définir un critère permettant de retenir des équipes en mode d'exercice coordonné capables de prendre en charge l'ensemble du parcours ambulatoire du patient (diversité des professionnels et faible taux de recours à des professionnels en dehors de l'équipe).

Le cahier des charges de l'expérimentation définira, le cas échéant, le statut juridique conditionnant la participation à l'expérimentation.

4.4. Suivi de l'expérimentation

Les conditions et modalités de ce suivi seront définies lors des travaux de préparation à la mise en œuvre de l'expérimentation conjointement avec les candidats retenus pour l'appel à manifestation d'intérêt.

4.5. Cadrage des modalités d'évaluation

Les principes de l'évaluation de PEPS s'inscrivent dans le cadre d'évaluation des différentes expérimentations⁵ présenté par la DREES et la CNAM. Le suivi de ces principes constitue un prérequis à leur mise en œuvre de l'expérimentation. L'évaluation impliquera les acteurs des expérimentations et s'attachera à plusieurs composantes :

- Qualité de la prise en charge, attendue supérieure ou à défaut, comparable ;
- Amélioration de l'expérience professionnelle et des conditions de travail au travers notamment du suivi de la coordination ;
- Relation et satisfaction des patients ;
- Efficacité des prises en charge ;
- Innovations organisationnelles proposées, de leur pertinence et faisabilité.

Elle devra permettre d'appréhender la faisabilité, la pertinence, l'efficacité et l'efficience des modèles proposés afin d'en décider de son éventuelle extension / généralisation.

D'autres indicateurs que ceux mobilisés pour la modulation de la partie forfaitaire en fonction des résultats obtenus sur des indicateurs de qualité seront ainsi identifiés spécifiquement pour la réalisation de l'évaluation de l'expérimentation.

V. LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 – Dossier de candidature

ANNEXE 2 – Adresses électroniques des Agences régionales de santé

⁵http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_cadre_evaluation_experimentations_dispositif_innovation_sante_article_51_ifss_2018.pdf

ANNEXE 1

DOSSIER DE MANIFESTATION D'INTERÊT

Dossier de manifestation d'intérêt à compléter et à renvoyer avant le 31 juillet 2018 :

- À l'adresse mail de votre Agence régionale de santé figurant en annexe II ;
- À l'adresse suivante : PEPS@sante.gouv.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE

Nature du groupement, déjà constitué ou en cours de constitution

Si déjà constitué :

- Raison sociale :
- Statut juridique :
- Date de création :
- Adresse :
- Région :

Si en cours de constitution, description de la nature du groupement envisagé :

Dans les deux cas, composition du groupement/liste des personnes et/ou structures membres :

Volume de patientèle ayant déclaré un médecin traitant parmi les membres du groupement :

Coordonnateur de l'équipe projet

- Nom et Prénom :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Gérant de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), le cas échéant

- Nom et Prénom :
- Profession :
- Numéro de téléphone :
- Adresse mail :
- Signature :

Autres acteurs ou structures (hors équipes de soins travaillant en mode d'exercice coordonné) intégrés à la demande

- Nom et Prénom :
 - Profession :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse mail :
 - Signature :
-
- Nom et Prénom :
 - Profession :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse mail :
 - Signature :

Personne(s) désignée(s) pour participer aux travaux

- Nom et Prénom :
 - Profession :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse mail :
-
- Nom et Prénom :
 - Profession :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse mail :
-
- Nom et Prénom :
 - Profession :
 - Numéro de téléphone :
 - Adresse mail :

Choix de la thématique *

		<i>Positionnement souhaité (cocher si pertinent)</i>
Approche par pathologie	Diabète	
	Insuffisance cardiaque chronique et maladie coronaire	
	Insuffisance respiratoire chronique	
	Autre (préciser) :	
Approche populationnelle	Sujets âgés	
	Autre (préciser) :	
Approche globale à la patientèle	Ensemble d'une patientèle	

**Si plusieurs prises en charge ciblées, faire une demande par prise en charge*

**Rappel : les critères de sélection des thématiques : fort volume et suivi essentiellement réalisé en ville.*

Brève description de l'état actuel de la prise en charge, pour le type de forfait retenu (thématique), dans le contexte local *(points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d'amélioration possibles)*

Attentes de l'équipe projet envers cette expérimentation justifiant le souhait de participer

--

Actions déjà engagées autour de la coordination des prises en charge

Entre les différents professionnels de santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...) au sein de la structure	
Avec les professionnels de santé hors de la structure (médecins spécialistes, infirmiers, dentistes...)	
Avec les patients	
Système d'information, outils éventuel	

Pistes envisagées pour améliorer la coordination des prises en charge

Pistes de réflexion concernant les indicateurs (processus, résultats) pour la mesure de la qualité et le suivi de l'expérimentation

Décrire chaque indicateur proposé et indiquer si vous l'avez déjà mis en œuvre dans la prise en charge proposée.

Indicateurs permettant de mesurer la qualité (processus, résultats)

Indicateurs permettant d'assurer le suivi de mise en œuvre de l'expérimentation

Commentaires libres

ANNEXE 2

Référents nationaux et régionaux (ARS)

EQUIPE PROJET NATIONALE

DSS	Marine JEAN-BAPTISTE	Référente DSS article 51	marine.jean-baptiste@sante.gouv.fr
	Claire MONTETE	Chargée de mission	claire.montete@sante.gouv.fr
	Laetitia EVRARD	Chargée d'études	laetitia.evrard@sante.gouv.fr
DGOS	Camille RUIZ	Référente DGOS article 51	camille.ruiz@sante.gouv.fr
	Samuel DELAFUYS	Adjoint à la cheffe du bureau coopérations et contractualisations	samuel.delafuys@sante.gouv.fr
	Isabelle MANZI	Chargée de mission	isabelle.manzi@sante.gouv.fr
	Laura OBLED	Chargée de mission	laura.obled@sante.gouv.fr
CNAM	Ayden TAJAHMADY	Référent CNAM article 51	ayden.tajahmady@cnamts.fr
	Pierre BERGMAN	Responsable du département veille et stratégie	pierre.bergman@cnamts.fr
	Antoine BESSOU	Statisticien	antoine.bessou@cnamts.fr
			PEPS@sante.gouv.fr

ADRESSES ÉLECTRONIQUES ARS

ARS Auvergne-Rhône-Alpes	ARS-ARA-ART51@ars.sante.fr
ARS Bourgogne-Franche-Comté	ARS-BFC-ART51@ars.sante.fr
ARS Bretagne	ARS-BRETAGNE-ART51@ars.sante.fr
ARS Centre-Val de Loire	ARS-CVL-ART51@ars.sante.fr
ARS Corse	ARS-CORSE-ART51@ars.sante.fr
ARS Grand-Est	ARS-GRANDEST-ART51@ars.sante.fr
ARS Guadeloupe	ARS-GUADELOUPE-ART51@ars.sante.fr
ARS Guyane	ARS-GUYANE-ART51@ars.sante.fr
ARS Hauts-de-France	ARS-HDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Île-de-France	ARS-IDF-ART51@ars.sante.fr
ARS Martinique	ARS-MARTINIQUE-ART51@ars.sante.fr
ARS Normandie	ARS-NORMANDIE-ART51@ars.sante.fr

ARS Nouvelle Aquitaine	ARS-NA-ART51@ars.sante.fr
ARS Occitanie	ARS-OC-ART51@ars.sante.fr
ARS Océan Indien	ARS-OI-ART51@ars.sante.fr
ARS Pays de la Loire	ARS-PDL-ART51@ars.sante.fr
ARS <i>Provence-Alpes-Côte d'Azur</i>	ARS-PACA-ART51@ars.sante.fr