

Cahier des charges

Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep)



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'accélérer le lancement de projets d'expérimentation d'initiative nationale et d'en favoriser leur réussite par l'implication des acteurs de terrain dès la phase de conception :

- **L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep)**
- L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)
- L'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)
 - Deux prises en charge orthopédiques : la prothèse totale de hanche et la prothèse totale de genoux
 - Une prise en charge digestive : la colectomie pour cancer

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 18 groupements 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'une incitation à une prise en charge partagée**.

Table des matières

Table des matières	2
1) Objet et finalité du projet d'expérimentation / Enjeu de l'expérimentation	3
2) Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation.....	7
3) Calendrier prévisionnel de l'expérimentation.....	8
4) Champ d'application territorial proposé :.....	9
a. Eléments de diagnostic.....	9
b. Champ d'application territorial	10
5) Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation .	10
6) Catégories d'expérimentations	13
7) Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation	14
8) Principes du modèle économique cible	15
9) Equilibre du schéma de financement.....	25
10) Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation.....	26
11) Modalités de révision du cahier des charges	28
12) Modalités de candidature	28
13) Les besoins en système d'information	29
14) Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées	32
15) Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées	35
16) Liens d'intérêts	37
17) Fournir les éléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères.....	37
18) Annexe 1 - Liste des indicateurs de qualité socles	38
19) Annexe 2 – Questionnaire expérience patient.....	40
20) Annexe 3 – Données mises à disposition des groupements	50
21) Annexe 4 – Modèle d'ajustement	51
22) Annexe 5 - Méthodologie de calcul des gains	52
23) Annexe 6 – Description des outils et référentiels socles de la e-santé (cadre national)	53
24) Annexe 7 – Description des services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels.....	55
25) Glossaire	58



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

L'expérimentation d'une **incitation à une prise en charge partagée** (Ipep) 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'expérimentation Ipep vise à tester un nouveau modèle de financement collectif incitatif à la mise en place d'organisation d'acteurs en santé sur un territoire.

L'expérimentation a donc un double objet :

- la mise en place de **nouvelles formes d'organisation pluri professionnelle centrée autour de la prise en charge d'une patientèle donnée** ;
 - l'instauration d'un nouveau modèle de financement reposant sur un **intéressement collectif versé à cette organisation sur la base d'objectifs de qualité et d'efficience des dépenses**.
- **Une organisation pluri-professionnelle d'acteurs engagés collectivement (responsabilité populationnelle)**

L'expérimentation Ipep repose sur la mise en place d'une organisation territoriale multi-acteurs offrant un ensemble de services au bénéfice d'une patientèle donnée. Ce groupement d'acteurs (existant ou en cours de constitution) partage collectivement une responsabilité envers une patientèle. Cette responsabilité collective implique que le groupement soit responsable d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité. Ce concept dit de « responsabilité populationnelle » a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Tout groupement entrant dans l'expérimentation est donc tenu de définir un projet commun à l'ensemble des professionnels engagés. Ce projet définit un plan d'actions à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs de qualité et de performance fixés dans le cadre de l'expérimentation. Cela suppose que les professionnels du groupement agissent sur un (ou plusieurs) territoire(s) de proximité avec l'engagement des professionnels de ville (médecins, infirmiers, spécialistes, pharmaciens...). La présence dans le groupement d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé est fortement encouragée ; elle favorisera la réussite des objectifs fixés. L'inclusion au sein du groupement de structures sociales ou médico-sociales ainsi que d'associations d'usagers est également recommandée.

Est éligible à l'expérimentation Ipep :

- tout **groupement d'acteurs en santé, quel qu'il soit** (maison de santé pluri-professionnelle, centre de santé, communauté professionnelle territoriale de santé, comité ville-hôpital) ;
- pouvant prendre **différentes formes juridiques** (il n'y a pas de forme pré-identifiée, le groupement peut notamment prendre la forme d'une société interprofessionnelle de



soins ambulatoires (SISA), d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), d'une association loi de 1901 ou encore d'une convention) ;

- comprenant obligatoirement la **participation de médecins traitants**, dont la patientèle globale constitue un **volume minimal** de 5000 patients.

Les membres peuvent être issus du **secteur sanitaire et/ou social ou médico-social et devront intervenir aux différentes étapes de la prise en charge.**

Les projets retenus devront s'inscrire en cohérence avec la stratégie régionale de santé et les dynamiques locales. Il s'agira d'éviter de créer des cloisonnements supplémentaires ou des redondances avec les projets déjà existants sur le territoire.

- **Le financement reposant sur un intéressement collectif**

L'incitation est un nouveau mode de financement :

- **complémentaire** aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité) = non substitutif
- basé sur la **qualité et la maîtrise des dépenses** = conditionné à l'atteinte d'objectifs
- **sans sanction financière** en cas de non-atteinte des objectifs fixés = purement incitatif
- versé à un **groupement d'acteurs, libre dans l'utilisation** qui en est faite = sans fléchage



L'intéressement collectif est versé au groupement, qui décide ensuite de l'utilisation qui en sera faite, selon la clef de répartition qu'il aura définie en amont dans le cadre de sa gouvernance interne :

- consolidation du projet commun du groupement (ex : ingénierie de projet, mise en commun d'outils et de moyens) ;
- et/ou versement aux personnes physiques ou morales membres du groupement.

Le principe est celui du libre-choix concernant la forme juridique prise par le groupement (SISA, GCS, association loi de 1901, convention). Cependant, il est à noter qu'en fonction de la forme juridique choisie, les modalités d'utilisation de l'intéressement collectif et notamment de reversement aux membres pourront être différenciées¹.

En effet, le terme de « groupement » est ici utilisé génériquement pour désigner l'ensemble des participants au projet (par exemple, un projet Ipep commun à deux pôles de santé

¹ Une fiche sur les formes juridiques prises par les groupements dans le cadre d'Ipep fera partie d'une boîte à outils transmise aux participants.



constitue un groupement). Dans la mesure du possible, il doit se superposer à une forme juridique unique (SISA, GCS ou encore association loi de 1901). Cependant, lorsque ce n'est pas le cas², le groupement est alors matérialisé par une convention entre les membres, avec un projet commun, et l'une des formes juridiques existantes sera alors le réceptacle des versements Ipep. Le reversement entre les différents participants se fera selon les modalités précisées dans la convention.

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

L'expérimentation Ipep s'appuie sur le principe du *Triple aim*³ qui vise la réalisation conjointe des trois objectifs suivants :

- améliorer l'état de santé de la population (*health population* - principe de responsabilité populationnelle) ;
- améliorer la qualité des soins du point de vue du patient (*experience of care – expérience patient*⁴) ;
- accroître l'efficacité des moyens alloués (*per capita cost* - offrir de meilleurs soins à partir des moyens disponibles et agir sur la durabilité du système de santé).

L'objectif stratégique global du projet Ipep est d'**améliorer le service rendu aux patients** par une meilleure qualité des soins **et l'efficacité des dépenses de santé** par une meilleure utilisation des ressources disponibles.

Le projet Ipep vise également la **structuration de l'offre de soins ambulatoires** (notamment le premier recours) et le **décloisonnement des acteurs** entre les secteurs sanitaire (ville-hôpital), médico-social et social.

Pour atteindre ces objectifs, l'expérimentation Ipep laisse les acteurs libres de définir les actions à mener sous réserve qu'elles visent à améliorer :

- ***l'accès aux soins sur le territoire ;***

Cette thématique recouvre l'accessibilité pour les personnes éloignées du système de santé (personnes en situation de précarité, de handicap, etc.) ou encore la structuration du premier recours pour l'accès à un médecin traitant ou la réponse aux demandes de soins non programmés.

- ***la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours de soins et de réduire les hospitalisations évitables ;***

² Si la forme juridique du groupement est en cours de constitution, ou bien si les acteurs ne souhaitent pas créer une forme juridique commune.

³ Consulter les publications de l'Institute for Healthcare improvement : <http://www.ihp.org/Engage/Initiatives/TripleAim/Pages/default.aspx>

⁴ Pour plus d'informations voir partie 8-1 « Indicateur d'expérience patient » - page 17



Cette thématique comprend les actions visant la réduction du nombre d'hospitalisations évitables, notamment grâce à une meilleure coordination des acteurs de ville et à un renforcement du lien ville-hôpital.

Elle couvre également les enjeux liés à la structuration des parcours de santé pour les personnes atteintes de pathologies chroniques (ex : maladies cardio-neuro-vasculaires, diabète, cancer, ...). Il s'agit notamment de :

- Favoriser la coordination des acteurs, dans le respect des recommandations (HAS, sociétés savantes...) lorsqu'elles existent : coordination au sein des équipes de ville, de transmission de l'information entre membres du groupement, de coordination en amont et en aval d'éventuelle hospitalisation ;
- Mettre en œuvre des actions de suivi de ces patients et de prévention des complications.

- ***la pertinence des prescriptions médicamenteuses ;***

Les prescriptions inappropriées ou la poly-médication font peser des risques importants de sécurité des soins sur les patients. Il s'agit donc de promouvoir les actions visant à prévenir les erreurs médicamenteuses en favorisant le partage d'information sur les traitements (ex : réalisation des bilans de médication en officine et des actions de conciliation médicamenteuse en entrée et en sortie d'hospitalisation en établissement de santé).

- ***la prévention et la promotion de la santé ;***

Cette thématique comprend les actions, déployées par le groupement, portant sur les principaux facteurs de risque et déterminants de santé (ex : tabac, nutrition), dont l'objectif est de limiter ou retarder l'apparition des maladies, ainsi que les actions de prévention secondaire (ex : dépistage) et tertiaire (ex : éducation thérapeutique, prévention des complications...) déployées afin d'améliorer l'état de santé global de la patientèle.

- **Quelle est la population ciblée par le projet d'expérimentation ? (typologie, volumétrie et si toute la population, mentionner : toute la population).**

La population ciblée par le projet d'expérimentation Ipep correspond à l'ensemble de la patientèle des médecins traitants membres du groupement, et plus particulièrement les patients ayant les parcours de santé les plus complexes ou à risque de complication (patients atteints de pathologies chroniques, poly-pathologiques ou personnes âgées...) et ceux ayant des difficultés d'accès aux soins (notamment sur les soins non programmés). Il est laissé aux groupements une liberté de choix dans la population qui concentrera leurs actions, avec pour seule condition de ne pas cibler leurs actions sur une seule pathologie (afin d'éviter de reproduire des effets « filières »).



Afin d'accompagner les groupements dans le ciblage et le pilotage de leurs actions, des données relatives à leur patientèle, issues du Système national des données de santé (SNDS) seront mises à leur disposition⁵.

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

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

La promotion du concept de responsabilité populationnelle vise à apporter aux patients à la fois un meilleur accès aux soins et davantage de fluidité dans leur prise en charge. De plus, une continuité de l'information entre les professionnels mobilisés et un accompagnement sans rupture amélioreront la qualité des soins et les parcours de santé.

Ainsi, la prise en compte d'indicateurs de qualité et de performance en particulier à travers la mesure de l'expérience du patient dans le projet d'expérimentation permettra de placer le patient au cœur de sa prise en charge.

- En termes d'organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services ?

Le financement collectif proposé vise à favoriser l'approche coordonnée des différents acteurs autour d'une prise en charge. Il devrait contribuer à fluidifier les relations entre les acteurs concernés (ville, hôpital, social et médico-social) et à renforcer le développement, l'harmonisation et le partage des bonnes pratiques.

L'expérimentation Ipep devrait permettre d'accompagner les modes d'exercice regroupés ou coordonnés et de participer à la structuration des soins ambulatoires. Des modalités d'organisation innovantes pourront être testées afin de répondre aux contraintes et opportunités de chaque offreur de soins, en prenant en compte les spécificités de leur territoire d'implantation, tant au niveau de la population que de l'accessibilité de l'offre. L'expérimentation vise *in fine* à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé.

- En termes d'efficience pour les dépenses de santé ?

Le développement et la promotion de prises en charge coordonnées avec prise en compte des attentes des patients ont également pour ambition de développer la pertinence des soins, de diminuer les actes et hospitalisations évitables et la variabilité des pratiques, participant ainsi à une meilleure prise en charge des patients et à une meilleure maîtrise des dépenses.

⁵ Cf. annexe 3 « données mises à disposition des groupements ».



3) Calendrier prévisionnel de l'expérimentation

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

La durée de l'expérimentation est de 4 ou 5 ans, avec la possibilité pour les équipes candidates d'en sortir à l'issue de la phase 2 (soit au bout de 3 ans).

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

L'expérimentation se déroule en 3 phases afin 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 doivent permettre de fédérer les acteurs lors des premières années avant de basculer sur le modèle cible en phase 3.

Phase 1 (un an) : Lancement et mise en place du projet d'expérimentation

Cette première phase, fixée pour une durée d'un an, a pour objectif principal d'aider le groupement dans le lancement et la mise en place de son projet organisationnel. Elle doit conduire à :

- l'accompagnement des groupements dans la mise en place des organisations, du suivi et du reporting (formalisation de leur plan d'actions et de la gouvernance du projet) ;
- l'appropriation par les groupements des règles et outils développés pour l'expérimentation ;
- la mise en place progressive des moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions ;
- la mise en place des processus de recueil et de restitution de données ;
- la première administration du questionnaire d'expérience patient ;
- 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 sur le territoire auprès des patients et des autres acteurs de santé ;
- l'identification d'ajustements éventuels du présent cahier des charges.

Pour assurer le déploiement de cette phase, un budget (appelé « crédits d'amorçage ») est alloué au groupement expérimentateur (cf. partie 9 « Modalités de financement de l'accompagnement de l'expérimentation »).

Phase 2 (deux ans) : Modèle de financement transitoire valorisant de manière indépendante la qualité et les gains d'efficience

Pendant cette phase, d'une durée de deux ans, les deux composantes du modèle (qualité et gains d'efficience) sont additionnelles : le montant lpep versé au groupement correspond aux résultats obtenus par le groupement sur les indicateurs de qualité et de performance et de maîtrise de dépense (cf. modèle de valorisation de ces résultats détaillé au point 8).



En fonction des résultats obtenus sur ces deux dimensions, un versement Ipep pourra avoir lieu en 2020 et 2021 (ou années N+1 et N+2) sur la base des résultats de l'année 2019 et 2020 (soit les années N et N+1).

En valorisant financièrement les indicateurs de qualité et de performance de manière indépendante de la prise en compte des gains d'efficacité, la phase 2 vise à mobiliser les professionnels de santé autour de problématiques faisant écho à leurs pratiques par une valorisation rapide de leurs efforts. Ce modèle est adapté à la phase d'initiation du projet, d'implication des acteurs de terrain et permet de tenir compte du temps nécessaire pour constater des résultats sur les gains d'efficacité.

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.

Sécurisation des projets avec la mise en place d'un mécanisme d'avance (phase 2)

Dans le cas où l'intéressement en phase 2 serait inférieur au montant des crédits d'amorçage alloué en phase 1, il sera alloué, chaque année de cette phase 2, une avance de sorte à garantir aux groupements un montant Ipep égal au montant des crédits d'amorçage. Cette avance sera récupérable sur les versements ultérieurs s'ils sont supérieurs aux crédits d'amorçage.

Phase 3 (deux ans) : Modèle de financement cible conditionné par l'obtention de gains d'efficacité

Pendant cette phase, le montant Ipep versé au groupement correspond au montant des gains d'efficacité obtenus par le groupement, modulé par le score qualité global (cf. modalités de valorisation au point 8).

4) Champ d'application territorial proposé :

a. Éléments de diagnostic

Le système de santé comprend de nombreux acteurs, dont les tâches sont complémentaires et interdépendantes pour la prise en charge des patients, en particulier de ceux ayant les parcours de santé les plus complexes et les dépenses de santé les plus importantes. Pour illustration, les pathologies et traitements chroniques concernaient en 2016 environ 20 millions de personnes (soit 35% de la population) et représentaient une dépense d'environ 84 milliards d'euros, soit 60% de l'Objectif national des dépenses d'assurance-maladie⁶). De même, les dépenses de prise

⁶ Source : Cnam, Rapport Charges et produits pour l'année 2018



en charge des personnes âgées dépendantes représentaient 30,0 milliards d'euros en 2014 (plus des trois quarts de ce montant étant financés par les pouvoirs publics).

Face à la hausse constante du montant des dépenses et aux ruptures constatées dans les parcours de santé, il convient d'améliorer et d'optimiser la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et des personnes en situation de vulnérabilité (personnes âgées, personnes en situation de handicap et/ou de précarité).

A l'heure où les parcours de santé se mettent progressivement en place pour assurer une prise en charge globale des patients de meilleure qualité, l'approche actuelle segmentant les modalités de financements des acteurs en santé entre soins de ville, établissements de santé et secteur social et médico-social se révèle peu incitative à la coordination et montre ses limites.

Dans cette perspective, le projet Ipep vise à expérimenter de nouvelles organisations en santé, reposant sur un nouveau mode de financement et ce, dès lors que ces organisations innovantes contribuent à améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité du 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 Ipep est d'initiative nationale et s'appuie sur des groupements expérimentateurs répartis 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 14 avenue Duquesne 75007 PARIS Caisse nationale (Cnam) 50 Avenue du Professeur André Lemierre 75020 Paris	ipep@sante.gouv.fr Adeline TOWNSEND, membre de l'équipe du rapporteur général du dispositif des innovations en santé de l'article 51 et chef de projet Ipep Laura OBLED, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), bureau R5 « Evaluation, modèles et méthodes », co-pilote Ipep Pierre BERGMAN, Cnam, co-pilote Ipep Responsable du département veille et stratégie	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	Haute autorité de santé (HAS) 5, avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex Agence technique de l'information sur l'hospitalisation		HAS : appui dans la conduite du chantier « qualité », validation statistique du questionnaire expérience patient sur la base de 1000 réponses Atih : appui dans la conduite du chantier « qualité », calcul des indicateurs qualité et participation aux travaux sur les données et le modèle économique



	(Atih) 117 boulevard Marius Vivier Merle 69329 Lyon Cedex 03 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 14, avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP Agence nationale d'appui à la performance (Anap) 23 avenue d'Italie 75013 Paris France Assos santé 10 villa Bosquet 75007 Paris		Drees : conduite des travaux sur un modèle d'ajustement au risque Anap : élaboration et conduite de la démarche d'accompagnement des groupements lors de la phase de mise en œuvre de l'expérimentation France Assos Santé : mobilisation de représentants d'utilisateurs pour participer à la conception du questionnaire expérience patient
--	---	--	---

La gouvernance d'Ipep repose sur la mise en place, pendant toute la durée de l'expérimentation, d'un **comité de suivi opérationnel**, constitué des porteurs et partenaires du projet. Ce comité est composé :



- des porteurs du projet (Cnam et Ministère des Solidarités et de la Santé) ;
- des partenaires (Anap, Atih, Drees, HAS) ;
- des 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 3 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 santé⁷ (CTIS).

Par ailleurs, un accompagnement et un suivi **des projets des groupements** 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	
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations	X
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X
Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur	X

⁷ 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.



médico-social	
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ⁸ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

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 montrent peu incitatives à la coordination des acteurs de santé entre soins de ville, établissements de santé et secteur social et médico-social et montrent leurs limites. En dérogeant aux règles de facturation pour tous les offreurs de soins, on permet de tester des rémunérations collectives des professionnels de santé, complémentaires à une partie de leurs rémunérations conventionnelles classiques. Le projet lpep doit permettre de tester un mode de financement basé sur la performance, mesurée au niveau d'un groupement d'acteurs en santé et essentiellement calculée sur des indicateurs de résultats. Le principe est celui de la libre utilisation de ce financement par le groupement, y compris pour le financement de prestations dites « dérogatoires », hors panier de soins ou hors nomenclature.
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) :	Les articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-

⁸ 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)



• <i>Facturation,</i> • <i>Tarification,</i> • <i>Remboursement,</i> • <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i> • <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i> • <i>Participation de l'assuré</i> • <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i>	9, L. 162-14, L. 162-14-1, L.162-16-1, L. 162-22-10, L. 162-23-2, L.162-23-3, L. 162-23-4, L.162-23-8, L. 162-32-1, L. 174-1 du code de la sécurité sociale et l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles afin de déroger aux principales règles de facturation pour tous les offreurs de soins et établissements sociaux et médico-sociaux.
---	---

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger	
Limites des règles d'organisation actuelles	Le projet lpep vise à expérimenter la mise en place d'organisations d'acteurs du système de santé intégrées, s'appuyant sur la perspective d'un intéressement financier collectif, dont le partage entre membres d'un groupement d'acteurs en santé serait rendu possible. Or, certaines règles dont dispose aujourd'hui le code de la santé publique, telles que l'interdiction du partage d'honoraires et de bénéfices entre professionnels de santé, ne permettent pas de mener ce type d'expérimentation.
<u>Dérogations organisationnelles</u> envisagées (article L162-31-1-II-2°):	L'article L. 4113-5 du code de la santé publique afin de déroger aux règles relatives au partage d'honoraires et de bénéfices provenant de l'activité professionnelle entre professionnels de santé, permettant ainsi de couvrir les aspects de déontologie dans des organisations innovantes pluriprofessionnelles. Le dernier alinéa de l'article L. 6133-1 du code de la santé publique, afin de permettre la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation.

8) Principes du modèle économique cible

Comme précisé au point 1, le modèle de financement lpep est un modèle incitatif fondé sur une double composante :

1. une composante « qualité » qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de la prise en charge des patients et de performance des organisations ;
2. une composante « maîtrise des dépenses » qui mesure l'efficacité d'un groupement en termes de dépenses de soins.



I. La composante qualité du modèle Ipep

La composante qualité du modèle Ipep 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 membres de l'organisation 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, dont l'expérience patient, permettant de s'assurer du maintien de la qualité de prise en charge des patients mais également de mesurer son amélioration.

✓ Indicateurs de qualité et de performance

Trois types d'indicateurs de qualité et de performance sont mobilisés pour déterminer le montant de l'intéressement :

- Des indicateurs applicables à l'ensemble des groupements, dénommés ci-après « indicateurs socles » ;
- Des indicateurs choisis par chaque groupement en fonction de leurs priorités, dénommés ci-après « indicateurs à la carte » ;
- Un indicateur d'expérience patient.

Les indicateurs socles

Dans le cadre du travail de co-construction mené avec les professionnels⁹, 10 indicateurs socles ont été retenus (cf. liste des indicateurs fixée en annexe 1). Ces indicateurs sont applicables à l'ensemble des groupements retenus et ce pendant toute la durée de l'expérimentation (sauf en cas de révision du présent cahier des charges).

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

- Pertinence clinique au regard des organisations mises en place ainsi que des objectifs fixés par les groupements ;
- Imputabilité : c'est-à-dire que les résultats des indicateurs sont liés aux pratiques des groupements et des professionnels de santé ;
- Présence de marges d'amélioration, c'est-à-dire que les groupements doivent être en mesure, par leurs actions, d'avoir un impact direct et rapide (temporalité courte) sur le résultat mesuré par l'indicateur ;
- Mesurabilité à une échelle fine (patientèle).

Ils portent sur les quatre thématiques correspondant aux objectifs généraux du projet Ipep : (1) l'accès aux soins ; (2) la coordination des prises en charge, notamment ville-hôpital et la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques, afin d'éviter les ruptures de parcours et de

⁹ Associant l'ATIH, la HAS, l'IRDES et la DREES.



réduire les hospitalisations évitables ; (3) la prévention et la promotion de la santé et enfin (4) la pertinence des prescriptions médicamenteuses.

Les indicateurs à la carte

Les indicateurs dits « à la carte » sont des indicateurs qui peuvent être choisis librement par les groupements en fonction de leurs axes de travail prioritaires (personnes âgées, soins non programmés, personnes en situation de vulnérabilité socio-économique, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique...). Trois indicateurs maximum par groupement peuvent être sélectionnés, couvrant un ou plusieurs axes prioritaires, ainsi qu'une ou plusieurs des quatre thématiques d'Ipep (accès aux soins, coordination, prévention, prescription médicamenteuse).

Les indicateurs proposés par le groupement sont soumis à la validation de l'équipe nationale Ipep, après avis de l'agence régionale de santé (cohérence avec les enjeux du territoire) dans les 3 mois maximum suivant la publication de la liste des groupements expérimentateurs par arrêté. La validité de ces indicateurs pour le projet Ipep sera évaluée sur la base des critères suivants :

- Non redondance avec les indicateurs socles pour éviter les situations de double rémunération
Exemple : un indicateur à la carte qui reprendrait un indicateur socle en changeant uniquement la population concernée, c'est-à-dire le dénominateur, ne pourrait pas être retenu ;
- Non spécificité au plan d'actions de chaque groupement : sur un axe prioritaire donné, un indicateur doit être applicable aux autres groupements travaillant sur cet axe. En effet, les indicateurs à la carte se distinguent des indicateurs de suivi du plan d'actions, qui sont propres aux processus et aux organisations choisis par les groupements
Exemple : la mise en place d'un dispositif de régulation de la demande de soins non programmés (taux de professionnels de santé sollicités pour la mise en place du dispositif) relève davantage d'un indicateur de suivi du plan d'actions ;
- Faisabilité opérationnelle : les données nécessaires au calcul des indicateurs à la carte proposés doivent être disponibles dans les systèmes d'information des groupements.

Les indicateurs à la carte choisis ne peuvent pas être modifiés pendant toute la durée de l'expérimentation et leurs résultats seront appréciés annuellement.

✓ Indicateur d'expérience patient

Cet indicateur est constitué d'un questionnaire d'expérience patient visant à mesurer la qualité du parcours de santé du patient à travers son vécu (ex : Avez-vous eu des réponses compréhensibles et claires à vos questions ?).

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 (ex : êtes-vous satisfait des réponses apportées à vos questions ?)



- Et 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 l'pep vise à apprécier si la structuration des acteurs au sein du groupement et la mise en place d'actions communes permettent 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 pour l'expérimentation l'pep. Il est structuré autour des 3 dimensions suivantes :

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

Ce questionnaire est destiné à être renseigné par les patients sous format numérique.

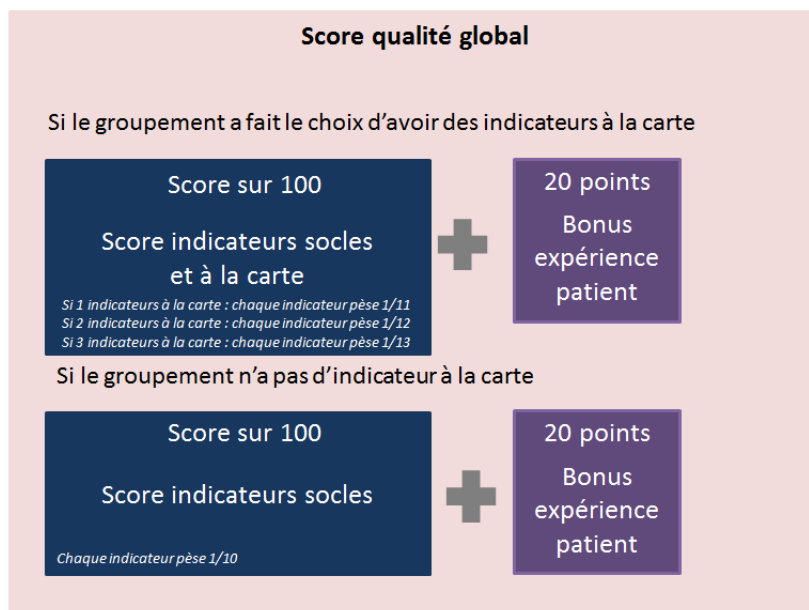
La version 2019 de ce questionnaire est annexée au présent cahier des charges. Elle sera mise à disposition des groupements dès le lancement de l'expérimentation. A noter que la faisabilité de cette version (formulation des questions, temps de passation...) a été testée auprès d'une cinquantaine de patients. Les premiers résultats collectés serviront au contrôle de la validité métrologique du questionnaire par la Haute Autorité de Santé. Le questionnaire sera donc susceptible d'évoluer en fonction des résultats de l'analyse métrologique.

Après la 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 le modèle l'pep**

La valorisation de la dimension qualité du modèle repose sur le calcul **d'un score qualité global** incluant les résultats obtenus sur les indicateurs socles, l'indicateur d'expérience patient et, le cas échéant, les indicateurs à la carte. Le poids de chaque composante est différencié selon que le groupement ait opté ou non pour des indicateurs à la carte (cf. schéma ci-dessous).





Le score qualité correspond à la somme des points obtenus sur chacun des indicateurs socle et le cas échéant, à la carte, auquel peut s'ajouter une majoration allant jusqu'à 20 points liée aux résultats obtenus sur l'expérience patient.

Le score de qualité global est **calculé annuellement** par groupement 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 socles et à la carte

La notation des indicateurs socle et à la carte s'effectue dans le respect des critères suivants :

- Poids identique de chaque indicateur (pas de pondération au sein des composantes socles et à la carte) ;
- Prise en compte du niveau atteint par rapport à une cible commune pouvant être ajustée aux caractéristiques des patients ;
- Prise en compte de l'évolution entre N-1 et N pour les groupements dont le résultat est inférieur à l'objectif intermédiaire. Pour les indicateurs calculés à partir des bases nationales, l'objectif intermédiaire correspond à la moyenne nationale (sous réserve des résultats des premières simulations). Pour les indicateurs avec recueil spécifique, l'objectif intermédiaire sera fixé en concertation avec les groupements et en l'absence de valeur N-1, il est proposé de fixer la même valeur de départ pour tous les groupements, soit 0.

Chaque indicateur est noté individuellement selon les modalités suivantes :

Cas n°1 : Cible atteinte (cible fixée de sorte à être plus ambitieuse que la moyenne nationale)

Si résultat année N > cible = notation maximale

Cas n°2 : Cible non atteinte mais résultat obtenu supérieur à l'objectif intermédiaire (moyenne nationale envisagée pour les indicateurs calculés à partir des bases nationales)

Objectif intermédiaire < résultat année N < cible = notation qui prend en compte l'écart à la cible

Cas n°3 : En dessous de l'objectif intermédiaire mais évolution dans le sens souhaité entre N-1 et N

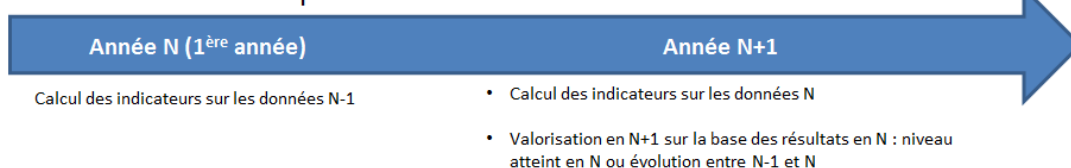
Si évolution entre N-1 et N dans le sens souhaité = notation qui prend en compte l'évolution

Cas n°4 : En dessous de la moyenne nationale et dégradation des résultats

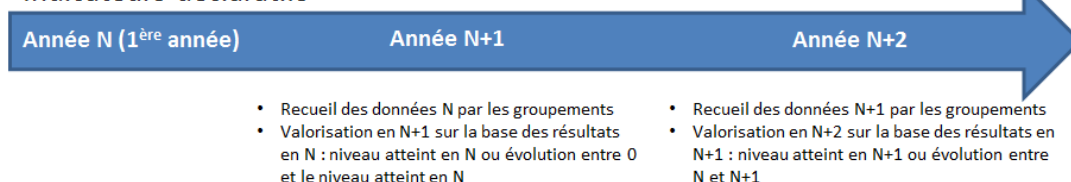
Notation minimale

Pour tenir compte de la montée en charge de l'expérimentation, la prise en compte des résultats des indicateurs qualité s'effectue selon les échéances suivantes :

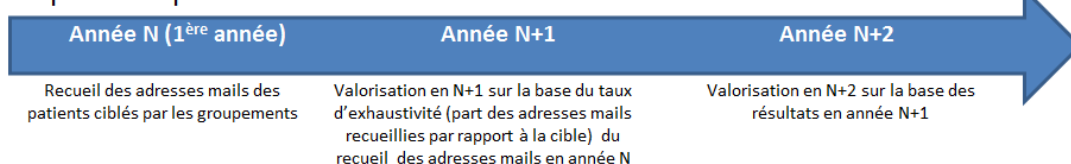
Indicateurs calculés à partir des bases de données nationales



Indicateurs déclaratifs



Expérience patient



Les indicateurs sont calculés sur la patientèle globale du groupement. Ils pourront prendre en compte les caractéristiques de la patientèle du groupement (âge, sexe,...).

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

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

1. ne pas avoir d'impact sur le score qualité global ;
2. le majorer de 10 points (atteinte du niveau intermédiaire) ;
3. le majorer de 20 points (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 de la distribution observée des premiers résultats.

Pour tenir compte de la montée en charge de l'expérimentation et de la validation progressive du questionnaire, les résultats de l'expérience patient seront pris en compte selon les échéances présentées dans le schéma ci-dessus.

Le groupement sera chargé de recueillir les adresses électroniques des patients ciblés par son plan d'actions. Ces adresses alimenteront la plate-forme Assurance Maladie (cf. point 12 sur les systèmes d'information) à partir de laquelle les questionnaires d'expérience patient seront envoyés et renseignés par les patients.

II. Détermination de la composante maîtrise des dépenses :

La maîtrise des dépenses est un enjeu important de l'expérimentation Ipep. Elle permet de mesurer l'impact des actions de coordination ou d'accès aux soins mises en place par le groupement (cf. plan d'actions) sur la dépense Assurance maladie de sa patientèle et de rétribuer le groupement d'une partie des résultats financiers de ces actions. Les groupements qui s'engagent dans des actions collectives potentiellement génératrices d'économies peuvent ainsi capter une partie des gains d'efficience.

1. Les gains d'efficience

Les gains d'efficience sont les économies de dépenses d'assurance maladie générées par le groupement calculées sur la base des données suivantes.

✓ Les données utilisées pour le calcul de ces gains

La dépense réelle

La dépense réelle du groupement correspond à la dépense moyenne de la patientèle du groupement dans l'année considérée. Les dépenses prises en compte sont l'ensemble des dépenses remboursées par l'assurance maladie (tout régime), que les soins soient réalisés au sein du groupement ou non. Ainsi, sont incluses les dépenses relatives aux soins de ville (y



compris les médicaments) et aux séjours hospitaliers¹⁰ réalisés dans les établissements de santé publics et privés. En revanche, les indemnités journalières et prestations invalidité ainsi que les dépenses relatives aux séjours en établissements médico-sociaux ne sont pas incluses. La dépense réelle est la moyenne des dépenses calculées par patient.

La dépense nationale ajustée

La dépense nationale ajustée correspond à la dépense moyenne nationale (par patient) dans l'année, pour des patients avec des profils identiques à ceux du groupement.

Le calcul de cette dépense ajustée repose sur un modèle d'ajustement dont la méthodologie est décrite en annexe 4. C'est à cette dépense ajustée que la dépense réelle du groupement est comparée, pour une même année considérée.

Les variables d'ajustement retenues sont, à ce stade des travaux, les suivantes :

- Caractéristiques du patient : âge, sexe, ALD
- Caractéristiques socio-économiques du patient : affiliation CMU-C, ACS
- Caractéristiques géographiques : indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) de la commune de résidence

Les patientèles de référence

La **patientèle du groupement** est définie à partir des bases de données des bénéficiaires tout régime de l'Assurance maladie (système national des données de santé - SNDS). Sont considérés comme patients du groupement les patients répondant aux critères suivants :

- Soit avoir déclaré un des médecins du groupement comme médecin traitant et avoir eu au moins un remboursement de soin dans l'année ;
- Soit, pour les patients de moins de 16 ans, avoir eu au moins deux consultations sur l'année avec un des médecins du groupement.

La **patientèle nationale** de référence, utilisée pour définir le modèle d'ajustement, est un échantillon de 100 000 patients. Elle est sélectionnée de manière aléatoire à partir des bases de données des bénéficiaires tout régime de l'Assurance maladie (SNDS) selon les mêmes critères que la patientèle du groupement, à savoir :

- Soit avoir un médecin traitant déclaré et avoir eu au moins un remboursement de soin dans l'année ;
- Soit, pour les patients de moins de 16 ans, avoir eu au moins deux consultations sur l'année.

✓ La méthodologie de calcul des gains

Pour le calcul des gains d'efficience réalisés par les groupements, deux comparaisons sont réalisées :

¹⁰ Sous réserve de la capacité à rattacher ces dépenses à un patient.



- l'**écart** entre la dépense réelle du groupement et la dépense nationale ajustée l'année N. Cet écart est estimé avec un intervalle fixé à +/- 5% pour la dépense ajustée, afin de prendre en compte les limites du modèle d'ajustement (cf. annexe 4) ;
- la **différence d'évolution** entre les dépenses réelles du groupement et les dépenses nationales ajustées entre N-1 et N. Ce point est susceptible d'évoluer pour comparer les tendances d'évolution sur les 3 dernières années.

Les gains d'efficacité générés en année N par les groupements sont estimés à partir de ces deux montants selon la méthodologie précisée en annexe 5.

2. Calcul du montant lpep reversé à chaque groupement

Le montant à reverser à chaque groupement est calculé à partir des gains d'efficacité et de trois coefficients :

- ✓ **Deux coefficients de pondérations :**

Un coefficient associé à l'écart des dépenses ($C_{\text{écart}}$) fixé à 1/3 Un coefficient associé à la différence d'évolution ($C_{\text{évolution}}$) fixé à 2/3

Les valeurs associées à ces coefficients sont susceptibles d'évoluer pendant la durée de l'expérimentation (avec $C_{\text{écart}} + C_{\text{évolution}} = 1$) en fonction des objectifs incitatifs recherchés :

- Au début de l'expérimentation, l'objectif est de récompenser davantage les groupements ayant mis en place des actions génératrices de moindre évolution des dépenses ;
- A terme, lorsque les actions auront démontré leurs effets, les capacités d'action sur l'évolution des dépenses des groupements étant moindres, il serait envisageable de récompenser davantage l'écart des dépenses.

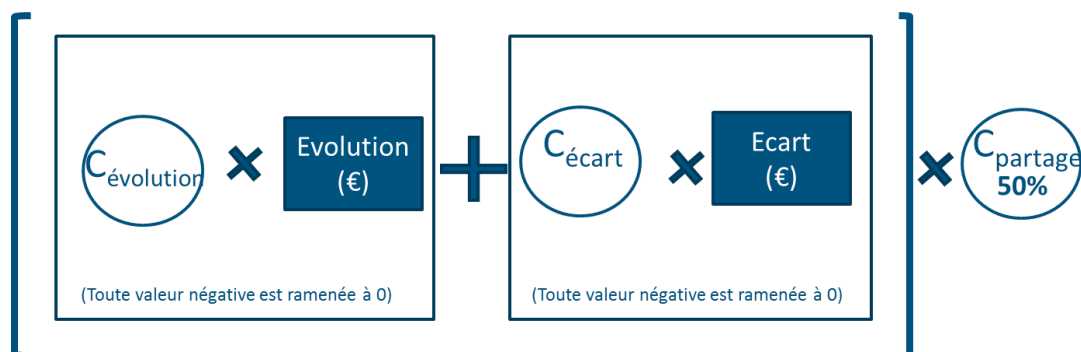
- ✓ **Un coefficient de partage des gains :**

Pour finir, un coefficient de partage (C_{partage}) fixé à 50% est appliqué sur le montant correspondant à la somme des deux montants¹¹ pondérés.

Le **montant lpep reversé** par patient au titre de la maîtrise des dépenses est finalement obtenu par la formule ci-après :

¹¹ Correspondants à l'écart des dépenses et à la différence d'évolution.





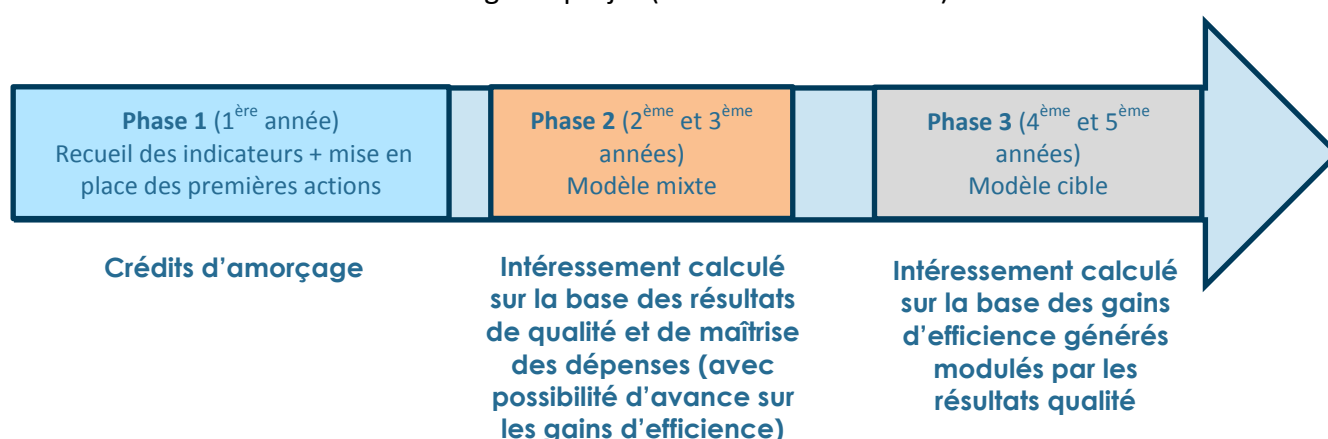
Le montant global reversé au groupement est obtenu en multipliant le montant Ipep par patient par le nombre total de patients pris en compte dans la patientèle du groupement (cf. Définition de la patientèle du groupement).

Il est important de souligner, qu'en cas de performance négative sur l'évolution ou sur l'écart, la valeur négative est ramenée à zéro, afin qu'un écart défavorable pour le groupement ne pénalise pas les efforts du groupement sur l'évolution et inversement.

III - Détermination du montant de l'intéressement collectif Ipep

Les cinq années d'expérimentation doivent être l'occasion pour les groupements de mettre en œuvre leur organisation afin d'améliorer le service rendu à leur patient, tout en générant des gains d'efficience pour le système de santé.

Afin de présenter un caractère incitatif pour les groupements et de leur permettre de réussir leur transformation, il est prévu que les modalités de détermination de l'intéressement Ipep évoluent selon la montée en charge du projet (cf. schéma ci-dessous).



- **Pendant les deux premières années de l'expérimentation**, les deux composantes du modèle (qualité et gains d'efficience) sont additionnelles : le montant Ipep versé au groupement correspond au montant des gains d'efficience obtenus par le groupement, auquel s'ajoute le montant du score qualité dans la limite du plafond défini pour chaque groupement.

Pendant cette période, le montant du score qualité est déterminé à partir d'une enveloppe nationale représentant une quote-part du montant des dépenses totales de l'ensemble des groupements participant à l'expérimentation. L'enveloppe sera répartie entre les groupements, en fonction de la taille de leur patientèle. Ainsi, pour chaque groupement, un droit de tirage (plafond) est calculé pour la valorisation de la qualité, correspondant à la valorisation maximale de son score qualité. La valorisation financière est proportionnelle à la valeur du score global qualité obtenu par le groupement, selon la méthodologie définie au point I-8. Pour les groupements qui ont un score nul ou négatif, la valorisation du score qualité est nulle.

- **A compter de la troisième année de la mise en œuvre du modèle**, le montant de l'intéressement versé au groupement correspond au montant des gains d'efficience obtenus par le groupement, modulé par le score qualité global, dans une fourchette comprise entre -20% et +20%, en fonction de la valeur du score obtenu dans la limite du plafond défini pour chaque groupement.

- **Application des plafonds**

Le montant plafond de l'intéressement collectif est fixé à 2% des dépenses réelles du groupement de l'année N, dans la limite globale de l'enveloppe nationale Ipep fixée à 1% des dépenses totales des patients des groupements (cf. définition des dépenses réelles définies au point 8-II).

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), et ce à deux titres :

- au titre de l'intéressement versé aux groupements expérimentateurs à compter de l'année 2020. Le besoin de financement est estimé à 21 millions d'euros pendant toute la durée de l'expérimentation pour les 18 groupements engagés dès 2019 (vague 1). Ce montant serait porté à 32M€ avec l'intégration de nouveaux groupements (hypothèse de 10 groupements supplémentaires) attendue à compter de 2020 (vague 2). Ainsi, le besoin de financement annuel serait d'environ de 4M€ pour l'année 2020 et 7M€ pour les années 2021, 2022, 2023 et 2024. En cas d'une moindre évolution des dépenses constatée plus importante que l'hypothèse de 0,5%, ce besoin de financement devra être majoré, dans la limite de 1% du montant de dépenses totales des groupements expérimentateurs (à savoir environ 8M€ par an pour ceux engagés en 2019 et 14M€ par an avec l'intégration de nouveaux groupements).
- au titre des crédits d'amorçage versés aux groupements expérimentateurs en 2019 (ou en 2020 pour la vague 2). Selon la méthodologie présentée dans le cahier des charges au point 10, le besoin de financement est estimé à environ 3 millions d'euros, soit 1,5 millions par an, pour environ 28 groupements pour toute la durée de l'expérimentation.



L'équilibre du schéma de financement de l'expérimentation Ipep est à mesurer au regard des économies générées dans le cadre d'Ipep pour l'Assurance Maladie. Sur la base des simulations réalisées sur les données de l'année 2017, le taux d'équilibre du schéma de financement se situerait à 0,5% de moindre évolution des dépenses des groupements expérimentateurs.

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

Lors de la première phase de l'expérimentation, les acteurs bénéficieront de crédits d'amorçage afin d'aider au lancement et à la mise en place de leur projet. Ces crédits n'ont pas vocation à être reconduits.

Ils ont pour but de financer trois principaux postes selon les besoins formulés par les groupements durant les travaux de co-construction :

- **Chef de projet – coordinateur (ingénierie de projet) :**
 - Temps de conduite de projet :
 - Pilotage et mise en place du plan d'actions
 - Temps nécessaire à la fédération des acteurs (réunions et ateliers) et préparation de l'expérimentation (décision quant à la gouvernance, etc.)
- **Expertises (juridique, système d'information) :**
 - Frais de gestion de projet et d'investissement liés aux systèmes d'information :
 - 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 plate-forme 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 du groupement aux réunions relatives au projet / réalisations d'évènements
 - Temps pour la conduite des actions de communication :
 - Sensibilisation des professionnels au projet Ipep
 - Communication vers les professionnels
 - Communication vers les usagers
 - Formation des professionnels :



- Formation aux outils (notamment la plate-forme nationale)
- Formation pour les professionnels (aide au changement, management du travail en équipe, etc.)

Ils pourront également servir au financement de temps dédié à la coordination et à l'élaboration des outils de coopération et de temps administratif ou autres besoins identifiés par les groupements (ex : gestionnaire de cas). La réponse apportée à ces besoins de coordination doit s'appuyer, autant que possible, sur les postes déjà existants sur le territoire et être en cohérence avec l'objectif de fusion à terme des dispositifs d'appui à la coordination.

Un montant forfaitaire unique a été estimé à partir de ces besoins. Afin de tenir compte de la diversité des types de groupements et des projets organisationnels, le montant est ensuite modulé selon deux critères :

- la taille de la patientèle du groupement (cf. définition patientèle supra ; faisant varier de 50% à 100% le montant théorique forfaitaire avec un plafond fixé à 50 000 patients) ;
- le caractère pluriprofessionnel du groupement (apprécié à travers la diversité et l'implication des acteurs concernés : pluridisciplinarité, présence de l'hôpital, du secteur social et médico-social) ainsi que la complexité du projet commun à mettre en œuvre afin d'atteindre l'organisation cible du groupement (faisant varier de plus ou moins 20% le montant théorique forfaitaire).

Après application de ces critères de modulation, le montant des crédits d'amorçage pour chaque groupement est compris dans une fourchette allant de 30 000 à 130 000 euros.

Ces crédits sont versés au groupement en deux temps :

- 50% au lancement de l'expérimentation (suite à la publication de la liste des groupements expérimentateurs par arrêté) ;
- 50% après la transmission d'une feuille de route synthétique.

Une convention signée entre le groupement et la CPAM du territoire concerné formalisera le circuit de financement et précisera les engagements des différentes parties. En cas de groupement constitué sous forme de convention, cette convention sera signée par le ou les membres désignés dans la convention pour percevoir les crédits au titre d'Ipep.

Un modèle de feuille de route synthétisant les éléments incontournables pour la conduite du projet sera mis à disposition des groupements pour les aider à formaliser leur plan d'actions.

Un accompagnement national (équipe projet Cnam/DGOS et Anap) et régional (ARS et représentants de l'Assurance maladie) sera proposé pour soutenir les groupements expérimentateurs dans la mise en œuvre de leur projet.



Cet accompagnement vise à sécuriser le projet des acteurs et la trajectoire de mise en œuvre envisagée, apporter les supports nationaux facilitant et assurer la cohérence 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.

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 d'information du patient sur l'expérimentation à lui remettre.

La phase d'apprentissage (première année) devra également permettre de faire émerger des supports génériques nationaux qu'il pourrait être nécessaire 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 groupements expérimentateurs. En cas de désaccord, les groupements expérimentateurs 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 groupements 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.

L'acte d'engagement annexé au présent cahier des charges est à transmettre à l'adresse électronique dédiée ipep@sante.gouv.fr, ainsi qu'à l'adresse électronique dédiée « article 51 » de l'agence régionale de santé concernée, en mentionnant en objet : « Ipep – candidature participant AMI ».

- **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. Les projets seront sélectionnés sur la base d'une analyse des dossiers qui sera réalisée au niveau régional et national. Les modalités de candidature



(contenu du dossier de demande, calendrier, procédure de sélection...) sont précisées dans l'appel à projets.

13) Les besoins en système d'information

I. Services numériques destinés aux professionnels supports à l'expérimentation

Afin de mettre en œuvre l'expérimentation, deux besoins majeurs en systèmes d'information émergent :

- Le partage et l'échange d'information entre professionnels autour de la patientèle du groupement ;
- L'identification et la structuration de données propres au groupement et nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation.

Concernant le besoin de coordination entre professionnels autour de la patientèle, le groupement devra s'assurer de la possibilité de **partager et d'échanger des informations de manière dématérialisée autour du patient** dans le respect des obligations relatives à la protection des données personnelles, **tout en s'appuyant sur les services socles¹² que constituent le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée de santé (MSSanté).**

Ainsi, le besoin de coordination peut être couvert de plusieurs manières :

- Le groupement s'appuie sur un logiciel partagé commun aux différents professionnels impliqués et alimente le DMP en vue de la continuité de la prise en charge ;
- Le groupement, mobilisant une pluralité d'acteurs sans outil commun ou relevant des secteurs sanitaires, médicosocial et social, s'appuie sur les logiciels métier existants (logiciel de gestion du cabinet - LGC) et utilise des services numériques de coordination, tels que le réseau social professionnel autour du patient ou le dossier de coordination pour sécuriser l'échange et le partage d'information au bénéfice de la qualité des prises en charge.

Dans ce deuxième cas, les services numériques d'appui à la coordination ne se substituent pas aux LGC et complètent ceux-ci en permettant aux professionnels de partager des informations de manière sécurisée, dynamique et active autour d'un patient, notamment lorsque tous les professionnels ne font pas partie des professions reconnues au code de santé publique et bénéficiant d'un accès au DMP et à la MSSanté.

Il appartient aux groupements de qualifier leurs situations au regard de leur composition, de leur projet commun et de leurs outils informatiques.

¹² Une description de ces services est réalisée en annexe 6.



Lorsqu'un groupement ne dispose pas d'un outil commun permettant de partager et échanger des informations autour de sa patientèle, il sera invité à s'outiller via **la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination**¹³, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS¹⁴. Ceci permettra au groupement de bénéficier de **services numériques de coordination compatibles et interopérables avec ceux déployés régionalement**, notamment au niveau des dispositifs d'appui aux parcours complexes, et **conformes au cadre national d'urbanisation des SI de santé** porté par la Direction à la Transformation Numérique en Santé (DTNS). Ainsi, les solutions déployées par l'ARS et le GRADeS respectent notamment le cadre réglementaire de sécurité des données de santé (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) qui fixe le cadre de la sécurisation du numérique en santé ; elles s'appuient par ailleurs sur le cadre d'interopérabilité des SI de santé.

Dans tous les cas, les professionnels de santé, du secteur médicosocial et social impliqués dans le groupement devront s'appuyer prioritairement sur **les outils et référentiels socles de la e-santé** (dossier médical partagé – DMP-, messagerie sécurisée de santé conforme à l'espace de confiance MSSanté, e-prescription, répertoire opérationnel de ressources – ROR- et outil d'aide à l'orientation tel que Viatrajectoire).

Dans tous les cas, ces services sont accompagnés d'un dispositif d'identification et d'authentification des professionnels, et d'identification et d'inscription du patient dans le dispositif ; ces accès devront à terme être intégrés avec l'espace numérique de santé, mis à disposition au niveau national.

Enfin, les groupements pourraient avoir besoin d'outils nécessaires à la gestion du collectif de professionnels et permettant de réaliser :

- La collecte et l'analyse fine des données d'activité et leur rapprochement avec les ressources mobilisées (ressources, file active ...) ;
- La description et la gestion des ressources du dispositif et de leur utilisation ;
- La production des tableaux de bord utiles au pilotage du projet Ipep ;
- La gestion des fonctions support (si existant) ;
- La gestion de formulaire notamment destiné à suivre la satisfaction des patients /usagers / aidants.

¹³ Une description de ces services est réalisée en annexe 7.

¹⁴ Le GRADeS est le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction N°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.



Le groupement sera là aussi invité à s'outiller via **la stratégie régionale e-santé de mise en œuvre des services numériques de coordination**, déployés par l'ARS et sa maîtrise d'ouvrage régionale e-santé, le GRADeS¹⁵.

Concernant la capacité des outils informatiques à fournir les données nécessaires à l'évaluation de l'expérimentation, ainsi que tout travail d'exploitation des données à venir, les données saisies dans les outils devront être structurées afin d'assurer la qualité et la facilité d'exécution des requêtes.

II. Mise à disposition d'une plate-forme Assurance Maladie

Une plate-forme dédiée aux innovations portées dans le cadre de l'Article 51 est déployée par l'Assurance Maladie. Elle a pour but la mise en œuvre des rémunérations dérogatoires associées aux expérimentations de l'article 51, la collecte des données nécessaires à leurs évaluations ainsi que le pilotage et le suivi.

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

- La collecte des données strictement nécessaires au financement, 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 au niveau de leur groupement :
 - Suivi des résultats des indicateurs de qualité et de performance ainsi que leur évolution au cours de l'expérimentation
 - Suivi de la « maîtrise des dépenses » et de leur évolution au cours de l'expérimentation
 - Suivi des résultats du questionnaire d'expérience patient et de leur évolution au cours de l'expérimentation
 - Suivi des résultats financiers
- 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), il sera proposé un cadre d'interopérabilité par

¹⁵ Le GRADeS est le Groupement Régional d'Appui à la e-Santé ; l'ARS lui confie la mise en œuvre de la stratégie régionale e-santé, à l'appui des professionnels et structures des secteurs sanitaire, médicosocial et du social en tant que de besoin, conformément à l'instruction N°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation pour la mise en œuvre de la stratégie e-santé en région.



l'Assurance Maladie afin de permettre l'interfaçage de sa plate-forme et des systèmes d'informations des participants à l'expérimentation.

Pour rappel, cette plate-forme n'est pas un dossier médical patient ni un dossier de coordination pour le parcours de soins qui pourront être proposés par ailleurs par les participants de l'expérimentation (cf. e-parcours). 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'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep), celle-ci a été confiée au GIP-IRDES (www.irdes.fr).

L'expérimentation Ipep a pour ambition première de décroïsonner la prise en charge des patients et d'optimiser les parcours de santé, d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge, mais d'améliorer aussi, l'accès aux soins. L'expérimentation s'appuie pour ce faire, sur la construction de groupements, plus ou moins ad hoc, intégrant des acteurs de ville avec ou non des acteurs hospitaliers et assurant leur coordination. Ces groupements deviennent, au regard de l'expérimentation, responsables de la qualité des soins, des parcours de soins et des dépenses pour une population définie.

L'expérimentation prévoit à la fois un accompagnement relativement individualisé des groupements du point de vue juridique et institutionnel, ainsi qu'un ensemble d'incitations financières comprenant des crédits d'amorçage et des contrats d'intéressement sur d'éventuels gains d'efficience en statique et dynamique modulés à la qualité (méthode ROSP).

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 de 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). L'évaluation se déclinera au travers d'une démarche évaluative compréhensive visant à porter un jugement externe sur Ipep 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 regroupement, 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 groupements 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 groupements par questionnaire), quantitatives confirmatoires en s'appuyant sur des design quasi-expérimentaux de mesure d'impact à partir de données médico-administratives (SNDS) et/ou constituées dans le cadre de l'expérimentation (plate-forme, enquête expérience des patients, enquêtes ad-hoc).

La mesure des impacts s'appuiera sur des designs quasi-expérimentaux afin de contourner les contraintes méthodologiques liées à la mesure d'un effet causal alors même que la mise en œuvre d'Ipep se fera auprès de groupements volontaires sans aucun mécanisme d'assignation aléatoire (randomisation). L'absence de randomisation rend difficile la séparation entre deux sources d'effets potentiels : l'expérimentation Ipep (effet causal) ou la particularité des groupements 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 » de groupements et d'« environnement » (« taxonomies » et effets fixes) afin de préciser les mesures au-delà 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 (territoire, site, PS, patient) et des dimensions d'intérêt en lien avec les incitations et les transformations à l'œuvre et consécutives sinon



contemporaines d'Ipep (coopération pluri-professionnelle, coordination entre les niveaux de soins, pilotage de la qualité, amélioration de l'accès aux soins).

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

- les conditions d'exercice avec une attention particulière aux professionnels du premier recours ;
- l'accessibilité aux soins (distance/temps accès, reste à charge, inscription médecin traitant, gamme de soins et services...) ;
- la qualité et la pertinence des soins (expérience des patients, dépistages, suivi et traitements 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 les 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.

Les démarches qualitatives s'appuieront sur des observations, focus groupes et entretiens. Pour les démarches quantitatives, il faudra aussi mobiliser différentes bases de données disponibles ayant un niveau d'observation ou d'agrégation variable (patients/assurés, médecin ou professionnel de santé, groupement, « territoire »...). Il s'agira de mobiliser les données de la plate-forme collectées pour le suivi des expérimentations, les données médico-administratives du SNDS (PMSI, DCIR), ainsi que des données de contexte sociodémographique et sanitaire des territoires (INSEE, DREES, CEPIDC, etc.). Ces données permettront notamment de caractériser la situation initiale des groupements et de réaliser les analyses d'impact.

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 regroupements en termes par exemple, d'investissement et de mobilisation des ressources liées à Ipep. Ces enquêtes devront très probablement être répétées dans le temps. Administrées par questionnaire auprès des groupements, elles pourront être complétées par des extractions de leur système d'information afin de décrire de façon homogène, la situation initiale des groupements en termes d'organisation et de pratiques, mais aussi leur évolution par les projets et investissements réalisés au cours de l'expérimentation.

Les analyses quantitatives se baseront aussi sur les données d'expérience patient sous contrainte de leur représentativité.

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 le recueil de données spécifiques auprès des patients (données d'enquête ou de santé nécessaires à leur prise en charge) ? Comment sont-elles recueillies et stockées ?

Le suivi de certains indicateurs nécessitera un recueil *ad hoc* par les acteurs des groupements expérimentateurs au sein de leurs systèmes d'information (pour les indicateurs à la carte et les indicateurs socles avec recueil spécifique notamment, voir annexe 1). Les équipes soignantes restent alors responsables du traitement de ces données et de l'éventuel recueil du consentement du patient dans ce cadre.

Par ailleurs, le questionnaire portant sur l'expérience du patient dans le cadre de sa prise en charge par le groupement de professionnels de santé expérimentant Ipep sera administré aux patients dans le cadre de l'expérimentation. Pour cela, les adresses électroniques de certains patients seront recueillies par les professionnels du groupement 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**, l'administration du questionnaire et le recueil des réponses seront assurés 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 ?

Les données recueillies par les acteurs des groupements expérimentateurs à partir de leurs systèmes d'information seront agrégées (c'est-à-dire rendues non nominatives) avant d'être transmises à l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie partagera avec les professionnels concernés des données agrégées concernant la consommation de soins de leurs patients, telles que par exemple le



nombre de consultations et d'actes médicaux et infirmiers, ou encore la délivrance de médicaments.

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

En routine, les résultats anonymisés et agrégés du questionnaire expérience patient seront restitués au groupement ainsi qu'aux institutions pilotes de l'expérimentation Ipep (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 seulement que soit tracé le fait que le patient a bien reçu l'information.

L'information du patient de l'expérimentation est initiée au moment de la consultation. Des supports d'information (sous format papier et numérique) seront mis à disposition des expérimentateurs de manière à assurer une homogénéité de la communication.

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 sa réponse au questionnaire expérience patient.

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 groupement 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 Ipep 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 groupements d'acteurs participants n'ont pas à établir une déclaration d'intérêt particulière pour l'expérimentation Ipep.

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

- *Accountable Care Organizations* : enseignements d'un modèle développé aux Etats-Unis
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_rapport_synthese_aco_20161209.pdf
- Mission d'étude sur l'expérimentation par le *National Health Service* anglais (NHS) de nouveaux modèles d'organisation et de financement intégrés
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ipep_mission_uk_rapport_vd_word_dgos_08-12-2016.pdf
- Expériences étrangères de coordination des soins : les *Accountable Care Organizations* de *Medicare* aux Etats-Unis, Natacha LEMAIRE, Novembre 2017
https://www.ars.sante.fr/system/files/2017-11/2017-11-6_MSSP%20ACO%20VDEF.pdf
- L'expérience américaine des *Accountable Care Organizations* : des enseignements pour la France ?, Julien Mousquès (Irdes), Marie-Camille Lenormand (Cnam)
Questions d'économie de la santé n° 227 - Avril 2017
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/227-l-experience-americaine-des-accountable-care-organizations-desenseignements-pour-la-france.pdf>



18) Annexe 1 - Liste des indicateurs de qualité socles

N°	Thématique	Nom indicateur	Evolution attendue (baisse, hausse, stabilité)	Objectif général de l'indicateur	Source des données
1	Améliorer l'accès aux soins	Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant	Hausse	Favoriser l'accès au médecin traitant pour la population du territoire (meilleur suivi et meilleure coordination)	Calculé à partir des bases nationales (SNDS)
2	Améliorer l'accès aux soins	Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation	Baisse	Favoriser la prise en charge des soins non programmés en ville pour diminuer les recours aux urgences	Calculé à partir des bases nationales (SNDS)
3	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Part des admissions directes en hospitalisation de médecine	Hausse	Favoriser la coordination ville – hôpital pour une meilleure anticipation des besoins d'hospitalisation	Calculé à partir des bases nationales (SNDS)
4	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Taux d'usage des dossiers numériques de coordination (solution e-parcours ou, à défaut, DMP)	Hausse	Favoriser le partage d'informations entre les professionnels de santé autour du patient afin de sécuriser les prises en charge	Recueil <i>ad hoc</i>
5	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Taux de réhospitalisation à 30 jours	Baisse	Prévenir les réhospitalisations par la mise en place d'actions coordonnées entre la ville et l'hôpital ¹⁶	Calculé à partir des bases nationales (SNDS)

¹⁶ Voir le document HAS "Point clés et solutions" de juin 2013 : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1603223/fr/fiches-points-cles-organisation-des-parcours. La définition et la méthode de cet indicateur sont explicitées dans le guide DGOS (https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_indicateur_mco_rehospitalisations_1-7_jours_dgos-atih_2017_05_12.d.pdf).

La méthode sera adaptée à la logique patientèle.



6	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Taux d'hospitalisations potentiellement évitables¹⁷	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 nationales (SNDS)
7	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Qualité de la lettre de liaison à l'entrée	Hausse	La lettre de liaison est un élément clé de la continuité des soins, contribuant à un meilleur partage de l'information de la ville vers l'hôpital et à une sécurisation de la prise en charge. Cet indicateur vise à évaluer la qualité de ce document ¹⁸ .	Recueil <i>ad hoc</i>
8	Coordination des prises en charge (éviter les ruptures de parcours de soins et réduire les hospitalisations évitables)	Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (MG ou IDE) dans le mois suivant la sortie	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 nationales (SNDS)
9	Renforcer la prévention et la promotion de la santé	Part de la patientèle cible ayant bénéficié d'un programme de promotion et prévention de la santé proposé par le groupement	Hausse	Le renforcement des démarches de promotion et prévention est un axe fort des politiques publiques en santé. Cet indicateur vise à apprécier les efforts des groupements en terme de volume de patients ayant participé à ces démarches. Le choix des thématiques portées est laissé aux groupements au regard des besoins identifiés sur leurs patientèles.	Recueil <i>ad hoc</i>
10	Garantir la pertinence des prescriptions médicamenteuses	Part des patients du groupement en polyprescription continue	Baisse	Apprécier la capacité des acteurs à se coordonner pour réduire les situations de polymédication ¹⁹ .	Calculé à partir des bases nationales (SNDS)

¹⁷ 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 pourra être décliné par pathologie (sur les 5 intégrées dans l'indicateur : asthme, déshydratation, insuffisance, BPCO, diabète) en fonction des priorités des groupements
Guide HPE : https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf - guide hpe 2018_03_20.pdf

¹⁸ Il est le pendant de l'indicateur HAS Qualité de la lettre de liaison à la sortie d'hospitalisation. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison instaure l'obligation pour le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé d'accompagner sa demande d'une lettre de liaison qui intègre notamment les informations suivantes : motifs de la demande d'hospitalisation, les traitements en cours et les allergies connues

¹⁹ La polymédication induit un fort risque de iatrogénie et est une cause importante d'hospitalisation.



19) Annexe 2 – Questionnaire expérience patient

Santé & soins : votre avis sur votre suivi

Exprimez-vous !

C'est une demande peu habituelle : donner votre avis sur le suivi de votre santé et de vos soins, sur la façon dont les professionnels de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes etc.) échangent avec vous, suivent votre dossier, se transmettent les informations, etc. Pour améliorer leurs pratiques, ils ont besoin de connaître votre propre expérience et votre avis.

Je réponds anonymement ?

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

Un questionnaire fait par qui ?

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

Combien de temps pour répondre à ce questionnaire ?

Moins de 10 minutes suffiront !

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

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

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

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

- **Quelle est actuellement votre situation professionnelle ? Vous êtes...**
 - ☐ en emploi
 - ☐ apprenti(e) ou en stage rémunéré
 - ☐ étudiant(e), lycéen(ne), en formation ou en stage non rémunéré



- au chômage (inscrit(e) ou non à Pôle Emploi)
 - retraité(e) ou pré-retraité(e)
 - femme ou homme au foyer
 - autre situation (congrés longue durée, personne handicapée, etc.)
- **Quelle est, ou a été, votre profession ?**
 - Agriculteur, exploitant
 - Artisan, commerçant, chef d'entreprise
 - Cadre, profession intellectuelle supérieure
 - Employé
 - Ouvrier
 - Je n'ai jamais eu d'emploi rémunéré
- **Pour quelle(s) pathologie(s) êtes-vous suivi ?**
 - Diabète
 - Insuffisance rénale chronique
 - Insuffisance cardiaque
 - Insuffisance respiratoire chronique (ex : Broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO))
 - Cancer
 - Maladies inflammatoires chroniques du foie (hépatites, cirrhose etc.)
 - Maladies neurodégénératives (Parkinson etc.)
 - Maladies psychiatriques
 - Hypertension artérielle
 - Autres, précisez :

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

➤ **Question 4 :** Avez-vous eu des réponses à vos questions quand vous en aviez besoin ?

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

➤ **Question 5 :** Avez-vous eu des réponses compréhensibles et claires à vos questions ?

- ☐ Oui, tout le temps
- ☐ Oui, de temps en temps



- ☐ Non, jamais
- ☐ Je ne me souviens pas / je ne sais pas
- ☐ Je n'ai pas eu de réponse

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

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

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

- **Question 7 :** Avez-vous été aidé par l'un des professionnels de votre équipe soignante pour identifier ce (ou ces) professionnel(s) à consulter (nom du professionnel et son contact) ?
 - ☐ Oui, tout le temps
 - ☐ Oui, de temps en temps
 - ☐ Non, jamais
 - ☐ Je ne me souviens pas / je ne sais pas
 - ☐ Je n'ai pas eu besoin d'aide
- **Question 8 :** Avez-vous réussi à avoir cette (ou ces) consultation(s) dans un délai correct au regard de vos besoins ?
 - ☐ Oui, tout le temps
 - ☐ Oui, de temps en temps
 - ☐ Non, jamais
 - ☐ Je ne me souviens pas / je ne sais pas
- **Question 9 :** Avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur ce qui s'est passé durant cette (ou ces) consultation(s) ?
 - ☐ Oui, tout le temps
 - ☐ Oui, de temps en temps
 - ☐ Non, jamais
 - ☐ Je ne me souviens pas / je ne sais pas
 - ☐ Je n'ai pas revu mon médecin traitant depuis

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

- ☐ Très satisfait



- ☐ Satisfait
- ☐ Moyennement satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Oui
- ☐ Oui, partiellement



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait



- ☐ Moyennement satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait

Quelques questions sur votre hospitalisation lors des 12 derniers mois

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

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

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

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

- **Question 23 :** Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été informé par l'hôpital sur les prochaines étapes après votre sortie d'hospitalisation ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 24 :** Lors de votre dernière hospitalisation, avez-vous été aidé par l'hôpital pour l'organisation des prochaines étapes : traitements, rendez-vous, examens etc. ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 25 :** Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur les soins et examens reçus à l'hôpital ?
 - ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je n'ai pas reçu de soins et d'examens à l'hôpital
 - ☐ Je n'ai pas souhaité en parler
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas



- **Question 26** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous échangé avec votre médecin traitant sur la suite de votre traitement ?
- ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je n'ai pas reçu de traitement
 - ☐ Je n'ai pas souhaité en parler
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 27** : Suite à votre dernière hospitalisation, avez-vous reçu des informations cohérentes de la part de votre médecin traitant et de l'hôpital ?
- ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je n'ai pas eu d'information à l'hôpital
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 28** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé des soins reçus à l'hôpital ?
- ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas
- **Question 29** : Suite à votre dernière hospitalisation, votre médecin traitant était-il informé du résultat des examens réalisés à l'hôpital ?
- ☐ Oui
 - ☐ Oui, partiellement
 - ☐ Non
 - ☐ Je ne me souviens pas/ je ne sais pas

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

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



Plus que 3 questions pour finir....

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

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

Question 31 : Comment avez-vous rempli ce questionnaire ?

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

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

- ☐ champ libre :

.....



20) Annexe 3 – Données mises à disposition des groupements

Pour ces analyses descriptives menées dans le cadre des travaux de co-construction, les données des patients pour l'année 2017 sont mobilisées et étudiées selon trois axes présentés ci-après.

Analyser les dépenses et les caractéristiques de la patientèle du groupement

Ces analyses permettent de caractériser sous forme de tableaux synthétiques la patientèle des groupements pour une année donnée. Elles permettront :

- D'identifier les caractéristiques socio-démographiques de la patientèle des groupements (nombre de patients, âge moyen, sexe, CMU-C, ACS)
- De cibler les postes de dépenses (généralistes, spécialistes, infirmiers, hôpitaux publics, hôpitaux privés...) les plus importants du groupement et leurs poids respectifs dans les dépenses totales du groupement
- D'observer les pathologies avec des effectifs importants

Enfin, le croisement entre pathologies et dépenses permet de mesurer le poids des patients atteints de pathologies (ou polypathologiques) dans les dépenses du groupement avec un éventuel levier d'action.

Mesurer les évolutions

Les évolutions de l'ensemble des dépenses des patients du groupement par année pourront être mesurées entre l'année N et N-1.

Analyser les parcours des patients

L'objectif de ces analyses est double :

- Dénombrer les différents points de contacts (hôpitaux, professionnels de santé...) des patients du groupement et les acteurs pouvant se coordonner autour des patients. Il s'agira de mettre en évidence les professionnels de santé, hôpitaux publics ou cliniques privées concentrant la majorité des séjours et des dépenses des patients des groupements.
- Développer la « compréhension » des parcours patient et identifier les patients à fort besoin de coordination. Il s'agira par exemple d'identifier les profils de patients ayant un recours plus important aux soins, fréquemment hospitalisés ou ayant un recours plus important aux urgences.

Les travaux de co-construction ont permis de définir un **périmètre de données pertinentes pour la restitution au groupement**.



21) Annexe 4 – Modèle d’ajustement

Sélection des variables d’ajustement

Afin de comparer les dépenses du groupement par rapport au national, un modèle d’ajustement a été réalisé. Il repose sur un modèle de régression, construit à partir d’un échantillon de 100 000 patients tirés aléatoirement dans les bases de données nationales. La valeur à expliquer est la dépense réelle pour un patient à partir des variables explicatives suivantes :

Caractéristiques du patient : âge, sexe, ALD

Caractéristiques socio-économiques du patient : affiliation CMU-C, ACS

Caractéristiques géographiques : indicateur d’accessibilité potentielle localisée (APL) de la commune de résidence, indice de défavorisation de la commune de résidence

Chacune de ces variables a été sélectionnée dans le modèle final si elle améliore le pouvoir explicatif du modèle, mesuré par le R2 ajusté. Le R2 ajusté est toujours compris entre 0 et 1 et représente la part de la variabilité de la dépense expliquée par le modèle de régression.

Il convient de souligner que les patients bénéficiant de l’AME ne sont pas inclus dans les simulations qui reposent actuellement sur une patientèle de médecin traitant. Sous réserve de la faisabilité technique, est prévu de les intégrer au modèle dans un second temps. La patientèle nationale a été divisée en un échantillon d’apprentissage (70%) sur lequel le modèle est construit, et un échantillon test (30%), sur lequel la performance explicative du modèle a été évaluée. Toutes les caractéristiques testées ont finalement été incluses dans le modèle à l’exception de l’indice de défavorisation qui ne permettait pas d’améliorer le pouvoir explicatif car l’information apportée par cette variable était redondante avec celle apportée par l’APL de la commune.

Ce modèle d’ajustement n’est qu’une première version vouée à être améliorée en incluant d’autres variables explicatives. Des travaux seront menés en parallèle de l’expérimentation Ipep afin d’améliorer la valeur explicative du modèle.

Calcul de la dépense ajustée au national

Sur la base du modèle d’ajustement décrit en annexe 1, des coefficients sont associés à chaque caractéristique du patient pour expliquer la dépense. Ainsi, la dépense ajustée par le modèle pour un patient est donnée par la formule : constante + coeff1Var1 + coeff2Var2 + ... + coeffnVarn.

A titre d’exemple, pour l’année 2017, la dépense ajustée pour un patient serait égale à 208,13 + 97,63 x femme + 329,97 x CMU-C + 786,58 x ACS + 63,57 x APL + 2198,82 x ALD 1 + ...

Ces coefficients sont appliqués à tous les patients du groupement pour calculer leurs dépenses ajustées. La moyenne de ces dépenses représente la dépense ajustée au national, c’est-à-dire la dépense moyenne pour des patients qui auraient les mêmes caractéristiques que les patients du groupement. C’est à cette moyenne que la dépense moyenne réelle du groupement sera comparée.



22) Annexe 5 - Méthodologie de calcul des gains

Pour le calcul des gains d'efficacité réalisés par les groupements, deux comparaisons sont réalisées :

- l'**écart** entre la dépense réelle du groupement et la dépense ajustée l'année N ;
- la **différence d'évolution** entre les dépenses réelles du groupement et les dépenses ajustées entre N-1 et N. Ce point est susceptible d'évoluer pour comparer les tendances d'évolution sur les 3 dernières années.

Ecart entre la dépense réelle et la dépense nationale ajustée :

Cet écart est estimé avec un intervalle fixé à +/- 5% pour la dépense ajustée, afin de prendre en compte les limites du modèle d'ajustement (cf. annexe 3).

$$\text{Intervalle dépense ajustée} = [\text{Dépense ajustée} * 0,95 ; \text{Dépense ajustée} * 1,05]$$

Le montant issu de l'écart entre la dépense réelle et la dépense ajustée est calculé au regard de cet intervalle. La dépense réelle du groupement est considérée comme différente de la dépense ajustée si elle se trouve en dehors de cet intervalle.

Si dépense réelle < (dépense nationale ajustée*0,95) alors

$$\text{Ecart entre dépense réelle et dépense ajustée} = (\text{Dépense ajustée} * 0,95) - \text{Dépense réelle}$$

Si dépense réelle > (dépense nationale ajustée*1,05) alors :

$$\text{Ecart entre dépense réelle et dépense ajustée} = (\text{Dépense ajustée} * 1,05) - \text{Dépense réelle}$$

Si la dépense réelle du groupement se trouve dans l'intervalle, alors :

$$\text{Ecart entre dépense réelle et dépense nationale ajustée} = 0$$

Différence d'évolution entre la dépense réelle et la dépense nationale ajustée :

La dépense réelle du groupement en N est comparée à la dépense réelle du groupement en N-1 affectée de l'évolution mesurée entre la dépense nationale ajustée N et la dépense nationale ajustée N-1. L'écart est nommé différence d'évolution. Il est calculé comme suit :

$$\text{Différence d'évolution} = \text{Dépense réelle}_{N-1} \times \left(\frac{\text{Dépense ajustée}_N}{\text{Dépense ajustée}_{N-1}} \right) - \text{Dépense réelle}_N$$

Il permet de mesurer si la progression des dépenses du groupement est moindre que celle des dépenses ajustées aux caractéristiques de sa patientèle.

Les gains d'efficacité générés en N par les groupements sont estimés à partir de ces deux montants : l'écart des dépenses en N et la différence d'évolution entre N-1 et N.



23) Annexe 6 – Description des outils et référentiels socles de la e-santé (cadre national)

SERVICES ET INFRASTRUCTURES SOCLES	
PARTAGE	
Service numérique avec lequel l'interopérabilité est nécessaire	Description
Dossier Médical Partagé (DMP)	- Alimentation du DMP par les professionnels de santé de l'équipe de soins du patient en données médicales (Compte rendu médical, résultat d'examen, ...) afin de constituer le dossier médical de l'Usager ; - Consultation du DMP de l'Usager afin de faciliter sa prise en charge en prenant connaissance de ses antécédents, de ses intolérances médicamenteuses et de ses allergies (en respectant la matrice d'habilitation du DMP). - Utilisation du DMP pour classer et partager les informations médicales utiles pour une prise en charge coordonnée - Utilisation du Dossier Pharmaceutique (DP) pour connaître les traitements médicaux en cours - Utilisation du Dossier Commun de Cancérologie (DCC) pour partager les informations utiles pour une prise en charge coordonnée des soins en cancérologie
ECHANGE	
Service numérique avec lequel l'interopérabilité est nécessaire	Description
Messagerie Sécurisée Santé – intégrée / conforme à l'espace de confiance MS Santé	Utilisation du service de messagerie conforme à l'espace de confiance MS Santé pour un échange de documents cliniques, paracliniques ou sociaux (extension en cours) utiles pour la prise en charge coordonnée, notamment les échanges entre les professionnels de santé. En complément du DMP, utilisation automatisée du service de messagerie pour la transmission des documents médicaux entre les Professionnels de santé, notamment entre la ville et l'hôpital (comptes rendus hospitaliers, comptes rendus d'examens complémentaires, lettres de liaison, ...). En complément du DMP, utilisation automatisée du service de messagerie MS Santé pour la transmission des résultats de biologie médicale (Laboratoire --> Médecin)
OUTIL D'AIDE A L'ORIENTATION ET ROR	
Outil d'aide à l'orientation	Aide à l'orientation de l'Usager dans le système de santé notamment l'outil ViaTrajectoire.



Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	Outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extra-régionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital. L'intégration des structures médicosociales est en cours.
PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	
Service numérique	Description
Prescription électronique (E-prescription)	Service de prescription électronique pour améliorer dans le cas de la prescription du médicament, la relation prescripteur / pharmacien et faciliter le suivi des prescriptions, renforcer la sécurité du circuit du médicament dans les soins ambulatoires.



24) Annexe 7 – Description des services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels

Les services numériques suivants, sont identifiés comme pertinents pour la prise en charge partagée des patients et sont en cours de déploiement dans les régions par l'ARS et le GRADeS, en articulation avec les services socles et les services régionaux comme la télémédecine par exemple :

Services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels	
Service numérique	Description
Outil de coordination	Cet outil constitue le dossier de coordination utilisé au quotidien par les professionnels agissant dans le cadre d'une prise en charge partagée ; il permet une visibilité améliorée des données selon l'habilitation des professionnels y accédant voire le patient / l'utilisateur. Cet outil, paramétrable, permet de gérer différents besoins liés aux parcours et pathologies. Il comprend notamment le recueil du consentement du patient. Ce service s'appuie notamment sur le DMP et fédère différentes sources d'informations et de données, qui sont restituées de manière lisible et intuitive (sous la forme d'une ligne de vie, identification facilitée d'évènement remarquable, ...). Les données présentées tiennent compte de l'habilitation du professionnel. Ce service intègre les services et des informations issues du bouquet de services numériques de coordination (annuaire de l'équipe de prise en charge, fiches de repérage, notifications, alertes, PPS, ...).
Equipe de prise en charge (type annuaire)	Ce service numérique permet d'établir la liste des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux qui constituent l'équipe pluri-professionnelle de prise en charge du patient / usager et doit permettre de les contacter facilement (via réseau professionnel, ms santé, téléphone, ...).
Plan Personnalisé de Santé	Ce service soutient l'ensemble des processus associés à l'élaboration, la validation et le suivi de la mise en œuvre du PPS. Le PPS validé (synthèse finale) alimente l'outil de coordination et le DMP. Au-delà du PPS, d'autres services de ce type pourront être disponibles et utiles : le Bilan de Soins Infirmiers (BSI) en cours de généralisation par l'Assurance Maladie et le PSI en usage dans les MAIA, par exemple. La notion de PPS est entendue de manière générique.



Services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels	
Service numérique	Description
Dépistage, repérage, évaluation de la situation de l'Usager	Il s'agit de l'ensemble des services destinés à signaler, repérer et qualifier la situation de l'Usager en vue de son éventuelle inscription dans un dispositif de coordination. Il peut donc s'agir de fiches de signalement, des questionnaires, ou des outils plus élaborés de type échelle de scoring, l'ensemble accessibles sous format dématérialisé. Ils doivent être facilement paramétrables pour s'adapter à des pathologies et parcours spécifiques et alimenteront l'outil de coordination. L'outil InterRAI Home Care²⁰ - choisi par la CNSA pour mettre en œuvre la méthode d'évaluation multidimensionnelle par les gestionnaires de cas – constitue une référence. D'autres questionnaires (de satisfaction, ...) à destination des usagers (patients / aidants) peuvent être inclus.
Cahier de liaison, notification d'évènements	Ce service permet de signaler un événement remarquable, imprévu, ... à partir notamment du domicile du patient, et l'envoi de notifications / alertes aux différents membres de l'équipe pluri professionnelle de prise en charge. Concernant la notification d'évènement, ce service aura vocation à se synchroniser au sein de l'espace numérique de santé lorsque celui-ci sera disponible.
Réseau social professionnel	Ce service facilite l'échange et le partage au sein de l'équipe ou du réseau professionnel, en mobilité, en mode asynchrone et synchrone, des échanges, des images et tous autres documents, autour d'un patient ou d'une thématique /question (pathologie, protocole, ...). L'usage de ce service est complémentaire à l'usage d'une messagerie sécurisée de santé.
PROGRAMMATION et PLANIFICATION	
Service numérique	Description

²⁰ L'outil InterRAI-HC fait l'objet d'un référentiel technique et fonctionnel à respecter : <https://www.cnsa.fr/documentation/ressources-informatiques/les-referentiels-maia>.



Services « métiers » facilitant la coordination et la mise en place et le suivi de parcours par un ensemble de professionnels	
Service numérique	Description
Agendas partagés	Le partage d'agenda vise 2 fonctionnalités : - L'inscription d'évènement d'un patient / usager et une vision consolidée de l'agenda de l'Usager accessible à tous les professionnels de sa prise en charge et l'usager lui-même (dans une optique « ligne de vie ») - Une fédération des agendas des professionnels du collectif de santé ou d'appui aux parcours afin de faciliter l'organisation entre professionnels de la réponse aux soins non programmés, sans se substituer à un service de prise de rendez-vous. Il devra être synchronisé à terme avec l'agenda santé proposé dans le cadre de l'Espace Numérique de Santé.
Orientation des sorties pour les prises en charge à domicile	Ce service permet de faciliter l'organisation du retour à domicile d'un patient après une hospitalisation et fluidifie le parcours ville-hôpital. Il s'appuie sur le ROR (Répertoire Opérationnel des ressources) pour le référentiel de l'offre de soins et l'outil d'orientation ViaTrajectoire (qui intégrera à terme l'orientation dans le cadre du programme PRADO de l'Assurance Maladie).



25) Glossaire

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASIP Santé	Agence des Systèmes d'Information de santé Partagés
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CI-SIS	Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Partagé
DP	Dossier Pharmaceutique
ES	Etablissement de Santé
ESMS	Etablissement de santé médico-sociaux
GCS	Groupeement de Coopération Sanitaire
GRADEs	Groupeement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
InterRAI-HC	Inter Resident Assessment Instrument Home Care
Ipep	Incitation à une prise en charge partagée
LAP	Logiciel d'Aide à la Prescription
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MOA-R	Maîtrise d'Ouvrage Régionale
MSSanté	Messagerie Sécurisée Santé
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
E-Prescription	Prescription électronique de médicaments
PIA	programme d'investissement d'avenir
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPS	Plan Personnalisé de Santé
PSI	Plan de Service Individualisé
PS	Professionnel de Santé
PTA	Plate-forme Territoriale d'Appui
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
SI	Système d'Information
Services numériques e-parcours	Services numériques d'appui à la coordination
SNIIRAM	le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
Usager	Usager du système de santé et social

