



**l'Assurance
Maladie**

PROJET D'EXPERIMENTATION CESOA EN AMBULATOIRE

Note méthodologique sur l'évaluation du projet dans le cadre de l'article 51

Robert Launois Elise Cabout

Mandataire du consortium Lot 1

Antoine Georges-Picot & Mariane Beija

agp@govhe.com

06 07 68 13 86

Direction de projet Lot 1

Robert Launois & Elise Cabout

Launois.reesfrance@wandoo.fr

06 02 82 07 45

Janvier 2020



SOMMAIRE

<u>1</u>	<u>DESCRIPTION DE L'EXPERIMENTATION</u>	4
<u>2</u>	<u>OBJECTIFS DE L'EXPERIMENTATION</u>	4
2.1	OBJECTIFS STRATEGIQUES	4
2.2	OBJECTIFS OPERATIONNELS	5
<u>3</u>	<u>CHANGEMENTS ATTENDUS PAR LES PARTIES PRENANTES</u>	5
3.1	AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS	5
3.2	AMELIORATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	6
3.3	AMELIORATION DE L'EFFICACITE DES DEPENSES DE SANTE	6
<u>4</u>	<u>PROGRAMMATION DES ACTIONS OPERATIONNELLES</u>	6
4.1	SUIVI DU RYTHME D'INCLUSION DES USAGERS	6
4.2	SUIVI DE L'ATTRACTIVITE DU DISPOSITIF POUR LES PROFESSIONNELS ET LES ETABLISSEMENTS	7
4.3	SUIVI DES COOPERATIONS INTERPROFESSIONNELLES	7
4.4	SUIVI DE L'IMPLICATION DES PROFESSIONNELS DANS LE DISPOSITIF	8
4.5	SYNTHESE DES TABLEAUX DE SUIVI SOUS FORME D'INDICATEURS DE REALISATIONS ET D'INDICATEURS D'EFFETS	8
<u>5</u>	<u>CRITERES EVALUATIFS DE L'EFFICACITE DE LA PRODUCTION DES DELIVRABLES REpondANTS AUX OBJECTIFS OPERATIONNELS DE L'EXPERIMENTATION : INDICATEURS DE REALISATIONS</u>	8
5.1	SYNTHESE DES ACTIONS SOUS FORME D'INDICATEURS DE REALISATIONS	8
5.2	REALISATIONS DE CAMPAGNES D'INFORMATION ET DE SENSIBILISATION AUPRES DU GRAND PUBLIC DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES	8
5.3	REALISATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS	9
5.4	REALISATIONS POUR AMELIORER LA PERTINENCE ET L'EFFICACITE DES SOINS	9
<u>6</u>	<u>CRITERES EVALUATIFS DE L'EFFICACITE DES RESULTATS INTERMEDIAIRES OBTENUS A MOYEN TERME SUR LES OBJECTIFS SPECIFIQUES : INDICATEURS D'EFFETS</u>	9
6.1	CONSTRUCTION DES INDICATEURS D'EFFETS	9
6.2	EFFETS D'UN EXERCICE COORDONNE PLUS RAPIDE ET PERSONNALISE SUR LA PERTINENCE DES SOINS ET LA QUALITE DU SERVICE MEDICAL RENDU AUX USAGERS	10
6.2.1	SEVERITE ET ACTIVITE DE LA PR	10
6.2.2	INDICATEURS DE PRISE EN CHARGE PRECOCE	10
6.2.3	IDENTIFICATION DES ELEMENTS DE COMORBIDITE	10
6.3	EFFETS DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS SUR LA STANDARDISATION DES PRATIQUES CLINIQUES	10
6.3.1	RECOMMANDATIONS DE LA SFR 2018	10
6.3.2	MODIFICATION DE LA DEMARCHE CLINIQUE	11

6.3.3	SATISFACTION DES PROFESSIONNELS.	11
6.4	EFFETS DE L'EDUCATION DES USAGERS SUR LA LITTERATIE ET L'OBSERVANCE	12
6.4.1	LES RETOMBEES DE L'APPRENTISSAGE THERAPEUTIQUE SUR LES CONNAISSANCES DES USAGERS	12
6.4.2	LES CONSEQUENCES SUR L'EVOLUTION DE L'OBSERVANCE SUR L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE ET LA SATISFACTION DES USAGERS	12
6.5	EFFETS DE LA STANDARDISATION DES PRATIQUES ET DE L'AMELIORATION L'OBSERVANCE SUR L'EFFICIENCE	12
7	<u>CRITERES EVALUATIFS DE L'EFFICACITE A LONG TERME SUR LES OBJECTIFS STRATEGIQUES DE L'EXPERIMENTATION. INDICATEURS D'IMPACTS</u>	12
8	<u>CRITERES EVALUATIFS DE L'EFFICIENCE</u>	13
8.1	COUTS DES INTERVENTIONS REALISEES DANS LE CADRE DU CENTRE EXPERT	14
8.1.1	COUTS DE LA FORMATION SUR LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES OSTEO-ARTICULAIRES.	14
8.1.2	COUTS DU CENTRE EXPERT :	14
8.2	. COUTS AMBULATOIRES	14
8.2.1	CONSULTATIONS	14
8.2.2	PRESCRIPTIONS D'ACTES PARAMEDICAUX	14
8.2.3	PRESCRIPTIONS DES EXAMENS PARACLINIQUES	15
8.2.4	PRESCRIPTION MEDICAMENTEUSE	15
8.2.5	TRANSPORTS SANITAIRES	15
8.2.6	CURES THERMALES	15
8.3	COUTS HOSPITALIERS	15
8.3.1	HOSPITALISATIONS EN COURT SEJOUR DANS LE SECTEUR PUBLIC	15
8.3.2	HOSPITALISATIONS EN COURT SEJOUR DANS LES ETABLISSEMENTS PRIVES	15
8.3.3	HOSPITALISATION EN MOYEN SEJOUR	16
8.4	COUTS DES INDEMNITES JOURNALIERES	16
9	<u>SCHEMA D'ETUDE UO1B</u>	16
9.1	ETUDES DESCRIPTIVES	16
9.2	ETUDES NORMATIVES	17
9.3	ETUDES D'IMPACT	17
9.4	CONCLUSION	19
10	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	19

1 Description de l'expérimentation

Le projet d'expérimentation CeSOA prévoit de mettre en place au travers d'un centre :

- Une accessibilité aux soins dans le but de la réduction des inégalités sociales et territoriales d'accès à une spécialité d'une part et de la volonté d'éviter au maximum la dégradation vers des maladies invalidantes.
- Une prise en charge diagnostique et thérapeutique optimisée des pathologies ostéo-articulaires complexes en ambulatoire.
- Une organisation qui s'appuie sur une équipe spécialisée et pluridisciplinaire pour des situations cliniques ne relevant pas d'une hospitalisation, mais nécessitant un avis de second recours.
- Une coordination entre rhumatologues et médecins généralistes.
- Une organisation interne optimisée permettant de combiner l'amélioration de la qualité des soins avec une plus grande efficacité des dépenses de santé.
- Un raccourcissement des délais de prises en charge et une optimisation des suivis et des parcours de soins des pathologies ostéo-articulaires complexes.
- Une approche d'apprentissage thérapeutique pour permettre soit d'éviter des passages à la chronicité, soit de préserver leur capital autonomie.
- Un modèle de financement innovant qui repose sur la création d'un forfait unique pour le passage dans le centre expert. Ce forfait intégrant les actes intellectuels, les gestes techniques et les prestations complémentaires comme une démarche d'apprentissage thérapeutique. Chaque patient sera pris en charge une seule fois par an.

Cette expérimentation CeSOA sera localisée uniquement rue de Vaugirard dans le 15^{ème} arrondissement de Paris. L'accès aux services du CeSOA sera ouvert à tous les patients d'Ile de France, mais également à ceux des régions limitrophes du Grand Est (Aube, Marne), de la Bourgogne (Yonne), du centre (Loiret, Eure-et-Loir), de la Normandie (Eure) ou encore des Hauts-de-France (Oise et Aisne). Les patients pris en charge par le centre expert devront avoir été adressés par les médecins traitants correspondants, les rhumatologues ou par les médecins des établissements hospitaliers. La durée d'expérimentation est prévue pour 3 ans et cible une population d'un maximum de 5100 patients en routine. L'équipe pluriprofessionnelle sera composée de 10 médecins rhumatologues, une secrétaire, une infirmière et un kinésithérapeute.

2 Objectifs de l'expérimentation

Les porteurs de projet ont défini des objectifs stratégiques et opérationnels qui devaient guider leurs actions

2.1 Objectifs stratégiques

Ce sont des objectifs liés à une orientation politique qui expriment les finalités de l'expérimentation. Ils répondent à la question « Qu'attend-on de la mise en place du dispositif ? » Les finalités résument la philosophie de l'action, en définissant dans une formule générique ce à quoi le projet va servir. Faisabilité, efficacité, efficience et reproductibilité sont les 4 mots qui résument le sens de l'action à mettre en œuvre.

Les objectifs stratégiques du projet CeSOA se définissent en quatre points (i) amélioration du parcours et de la qualité de la prise en charge des usagers (ii) renforcement de la pertinence de soins (iii) obtention de

gains d'efficacité par l'optimisation des dépenses. (iv) Enfin, en fonction de ses résultats, vérification de la transposabilité de l'expérimentation

4 types d'effets allant dans le sens de l'atteinte dans un laps de temps plus ou moins long de ces objectifs stratégiques pourront éventuellement être recherchés et quantifier sous forme de valeurs cibles à atteindre : (i) les effets d'un exercice coordonné plus rapide et personnalisé sur la pertinence des soins et la qualité du service médical rendu aux usagers. (ii) les effets de la formation des professionnels sur la standardisation des pratiques cliniques (iii) les effets de l'éducation des usagers sur la littératie et l'observance. (iv) les effets de la standardisation des pratiques et de l'amélioration l'observance sur l'efficacité.

Tel que l'énoncé est actuellement rédigé, les objectifs stratégiques recherchés recouvrent à la fois la poursuite d'objectifs spécifiques à la prise en charge des maladies ostéo-articulaires et l'atteinte des objectifs généraux qui président à la stratégie de transformation du système de santé. Sous un même vocable générique, sont indirectement désignés les résultats intermédiaires (les « outcomes » c.à.d les effets à moyen terme) et les résultats finaux (« les impacts » c.a.d les conséquences à long terme) qui devront être obtenus pour que soient remplis les objectifs que l'organisation s'est fixés. Cette convention devrait, selon nous, être explicitée plus clairement. Il faut cependant admettre que compte tenu de l'horizon temporel retenu pour l'expérimentation, l'essentiel de l'évaluation envisagée dans le cahier des charges que propose Cesoia portera sur la réalisation ou la non-réalisation des objectifs organisationnels que l'expérimentation s'est donnés.

2.2 Objectifs opérationnels

La réalisation des objectifs stratégiques recherchés suppose qu'une organisation structurée ait été mise en place et qu'elle permette de disposer rapidement du support logistique qui rendra cette innovation possible autrement dit « faisable ». Il convient d'étudier sur le plan qualitatif et sur le plan quantitatif, les outils qui doivent être produits et les services qui doivent être fournis à court terme pour que le dispositif puisse être suffisamment attractif et qu'il puisse, produire ses effets à moyen terme et avoir les impacts auxquels il prétend sur le long terme. Sur le plan qualitatif, il conviendra d'étudier dans le cadre d'entretiens auprès des acteurs quelles sont les chances de succès du dispositif auprès des usagers ? Quel sera l'accueil réservé par les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux, ou non, à cette initiative mutualiste qui aboutira à la création en ambulatoire d'un « centre de santé intégré » ? Sur le plan quantitatif, la liste des « livrables » liés à chacune des actions qui constituent autant de réalisations susceptibles de contribuer à l'atteinte des objectifs intermédiaires et finaux poursuivis sera dressée et documentée.

3 Changements attendus par les parties prenantes

3.1 Amélioration de la prise en charge des usagers

Un accès facilité à la spécialité grâce à la mise en place de :

- Soins spécialisés sans reste à charge versus honoraires en secteur 2 fréquemment proposés en rhumatologie
- Pratique intégrée combinant à la fois un bilan en un seul lieu et un espace-temps regroupant l'acte intellectuel du spécialiste et les examens complémentaires

Une meilleure prise en charge :

- L'accès à une équipe pluridisciplinaire avec des compétences additionnelles qui permettent une prise en charge des quatre pathologies d'intérêt
- La définition d'un plan personnalisé de soins avec une démarche d'éducation thérapeutique initiée au même moment que la définition du programme thérapeutique
- La mise en relation avec des partenaires directs assurant une coordination plus efficace : information du médecin traitant, inscription dans un programme d'ETP
- La réalisation de gains d'efficience en prévenant la survenue d'évènements à venir (chronicisation, complications, comorbidités, arrêts de travail)

3.2 Amélioration des pratiques professionnelles

- Un accès facilité à un avis spécialisé pour le médecin traitant:
 - o Un avis pluridisciplinaire
 - o Une expertise disponible (télémédecine) en post bilan
- Un outil supplémentaire pour les rhumatologues libéraux qui n'ont pas le temps de réaliser eux-mêmes des bilans.
- Une participation à un plan personnalisé de soins via un relais d'information assuré.
- La possibilité pour des rhumatologues de ville de faire réaliser un bilan avec examens complémentaires en un lieu.
- Construction d'un parcours territorial de recours spécialisé en Ile de France.
- Amélioration du dépistage et de la prévention des complications ou de la chronicisation.
- Meilleure coordination entre différents niveaux de recours

3.3 Amélioration de l'efficience des dépenses de santé

- Diminution des examens prescrits inutilement comme les IRM dans l'arthrose des membres inférieurs.
- Diminution possible des transports associés (une visite au CeSOA versus plusieurs pour les examens complémentaires).
- Baisse des hospitalisations non nécessaires, notamment celles de jour.
- Amélioration de l'observance, patient « informé et formé » : vigilance, moindre recours.
- Généralisation de la prescription de biosimilaires.
- Gains liés à la prévention d'évènements à venir (frein à la chronicisation, baisse des complications, contrôle des comorbidités, baisse des arrêts de travail).

4 Programmation des actions opérationnelles

La faisabilité de la mise en place d'une unité de pratique intégrée suppose que sa montée en puissance fasse l'objet d'un suivi rapproché. Le suivi renseigne sur les changements de l'indicateur concerné et, lorsqu'un changement est constaté, il informe sur sa direction et son ampleur. Il suppose que des informations standardisées soient régulièrement collectées au fil de l'eau afin de pouvoir observer les évolutions et prendre les mesures adéquates pour les corriger lorsque celles-ci sont défavorables.

4.1 Suivi du rythme d'inclusion des usagers

Les promoteurs du centre expert CeSOA mesureront le succès du dispositif expérimental auprès de la population des bassins de vie dans lesquels le centre exerce son activité à travers sa capacité à inclure un nombre significatif de patients. Seront étudiés les indicateurs suivants :

- le nombre de patients inclus dans le l'unité de pratique intégrée
- la répartition des patients selon leur âge, leur sexe et leur lieu d'habitation
- la répartition des pathologies relevées comme diagnostic principal et/ou secondaire
- le nombre de patients sortis du dispositif expérimental
- le délai entre deux consultations. Toutefois, une sortie objective peut être possible en considérant que si le délai entre deux consultations ou examens est supérieur à 2 ans alors le patient est sorti du dispositif expérimental.

4.2 Suivi de l'attractivité du dispositif pour les professionnels et les établissements

Les promoteurs du centre expert CeSOA vérifieront que l'unité de pratique intégrée qu'ils se proposent de mettre en place est bien implantée dans le milieu professionnel et en particulier au sein du territoire géographique ou elle fera fonction de structure d'appel. Le centre expert CeSOA utilisera à cette occasion différents indicateurs recueillis à travers les tableaux de bord de la structure expérimentale :

- le nombre de professionnels de santé correspondants (généralistes, spécialistes, hospitaliers, autres) au regard du nombre de patients inclus
- la profession (catégorie professionnelle) des divers correspondants du centre expert afin de prouver l'existence d'un décloisonnement ville-hôpital
- le nombre d'établissements en relation avec le centre expert
- le nombre d'ouvertures de dossier établissement
- la répartition des correspondants du centre expert au sein du territoire d'Ile-de-France et des différentes régions susceptibles de recourir à ses services.
- les flux entrants et sortants des professionnels

4.3 Suivi des coopérations interprofessionnelles

Afin d'optimiser la communication et la coordination entre les membres du centre expert et ses correspondants, CeSOA s'appuiera sur :

- une équipe permanente structurée et efficace
- une plate-forme informatique et un Dossier Médical Partagé, mise à la disposition des professionnels de santé du centre expert et de leurs correspondants
- un annuaire et une messagerie opérationnels

Les indicateurs à développer pour vérifier la bonne utilisation de ces outils seront les suivants

- le nombre de newsletters rédigées et envoyées par messagerie à tous les membres du centre expert CeSOA et au réseau de leurs correspondants
- le nombre d'entretiens pris avec les médecins correspondants permettant de répondre au mieux à leurs demandes
- le nombre de mises à jour de l'annuaire des médecins correspondants
- le nombre d'utilisateurs distincts identifiés sur dossier médical partagé
- le nombre moyen de sessions par utilisateur
- la durée moyenne des sessions
- le nombre de « dossiers patients » partagés entre différents médecins correspondants

- le nombre de connexions d'un patient à son dossier médical
- le nombre d'accès au dossier médical partagé
- le nombre de connexions sur l'annuaire et la messagerie

4.4 Suivi de l'implication des professionnels dans le dispositif

Par ses actions de communication, de formation et d'information auprès des professionnels de santé, le centre expert CeSOA cherchera constamment à augmenter leur participation et leur implication en tant que correspondants du centre expert. Pour en apprécier concrètement l'impact, les promoteurs du centre CeSOA dénombreront,

- le nombre de professionnels actifs en tant que correspondants du centre,
- le nombre de patients inclus qui ont un dossier d'inclusion renseigné dans le DMP

4.5 Synthèse des tableaux de suivi sous forme d'indicateurs de réalisations et d'indicateurs d'effets

. Distinguer les indicateurs de réalisation et les indicateurs d'effets n'est pas toujours chose aisée. Les premiers répondent à la question : les porteurs du projet ont-ils fait, ce qu'ils avaient dit qu'ils feraient ? Les seconds identifient les changements extérieurs qui sont entraînés par l'activité déployée dans le cadre de l'expérimentation. Les indicateurs de réalisation s'intéressent à ce qui est fait en interne. On se situe du côté du porteur du projet. Les indicateurs d'effets mesurent l'influence des actions mises en œuvre sur des bénéficiaires de ces initiatives en externe autrement dit, ils représentent ce que les porteurs du projet souhaitaient changer à l'extérieur lorsqu'ils ont programmé leur action dans le cadre de l'expérimentation.

5 Critères évaluatifs de l'efficacité de la production des livrables répondants aux objectifs opérationnels de l'expérimentation : Indicateurs de réalisations

5.1 Synthèse des actions sous forme d'indicateurs de réalisations

Pour définir les indicateurs de réalisation, il convient d'éviter qu'ils se réduisent à une liste d'actions élémentaires à mettre en place. Une telle liste était indéniablement utile pour le porteur du projet dans la mesure où elle lui permet de suivre sa mise en place de l'expérimentation au jour le jour de façon précise et efficace, mais présenter la multiplicité des données de suivi comme des indicateurs de réalisations risquent de nuire à la compréhension synthétique des efforts déployés. La question est alors de construire un instrument qui permet de rendre compte du degré d'avancement des travaux sans avoir à dresser une liste exhaustive des initiatives qui ont été prises. Les indicateurs de réalisation décrivent sous forme synthétique un ensemble d'actions élémentaires sous-jacentes qui poursuivent les mêmes finalités. Poser un indicateur de réalisations s'accompagne inévitablement d'une réflexion sur l'indicateur d'effets correspondant.

5.2 Réalisations de campagnes d'information et de sensibilisation auprès du grand public des usagers et des professionnels de santé concernés

Afin de se faire connaître auprès du Grand Public, des usagers et des professionnels, le centre expert CeSOA se propose de réaliser régulièrement des actions de communication. Les promoteurs du centre expert CeSOA en apprécieront l'ampleur à travers :

- Le nombre d'actions menées auprès du grand public et le nombre de participants
- Le nombre de documents (affiches, plaquettes, lettres d'informations) émis pour faire connaître le centre expert CeSOA auprès des patients et des associations de patients

Les diverses actions d'éducation et de formation mises en place par le centre expert pour les usagers seront examinées en termes de :

- Nombre de séances d'éducation thérapeutique
- Nombre de participants
- Nombre de patients satisfaits de l'apprentissage

Les diverses actions d'éducation et de formation mises en place par le centre expert pour les professionnels seront examinées en termes de :

- Nombre de manifestations organisées avec les médecins généralistes, les structures de soins coordonnés (maison ou centre de santé), les CPTS ;
- Nombre de participants ;
- l'évolution de leurs connaissances sera évaluée en distribuant des questionnaires avant et après la tenue des séances de formation ;

5.3 Réalisations pour améliorer la prise en charge des usagers

L'amélioration de la prise en charge des usagers reposera sur: (i) La création d'un centre expert permettant un accès facilité en un seul lieu sur un seul moment et sans reste à charge à une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle (ii) la définition de *séquences de soins protocolées* par pathologie d'intérêt, incluant bilan, éducation thérapeutique et avis d'experts spécialisés (iii) l'établissement de *plans de soins personnalisés* mis à la disposition des médecins traitants qui leur permettra de mieux assurer le suivi de leur se leurs patients (vi) *le renforcement de coordination* avec les MG les SP et les établissements de soins.

5.4 Réalisations pour améliorer la pertinence et l'efficacité des soins

Le renforcement de la pertinence des prescriptions et des actes sera obtenu par : (i) la *formation des professionnels* ; (ii) la *standardisation* des démarches cliniques grâce à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. (iii) la prise en compte du patient comme *acteur de son parcours*(iv) l'intégration une *aide à l'observance* ;

Toutes ces informations ont pour objectif de suivre la mise en oeuvre de l'expérimentation. Ce sont donc des indicateurs de réalisation, c'est-à-dire que leur renseignement permettra d'évaluer le degré d'avancement et la montée en puissance de la nouvelle organisation.

6 Critères évaluatifs de l'efficacité des résultats intermédiaires obtenus à moyen terme sur les objectifs spécifiques : Indicateurs d'Effets

6.1 Construction des indicateurs d'effets

Les indicateurs d'effets sont délicats à construire puisqu'ils se situent à mi-chemin entre les indicateurs de réalisations et les indicateurs d'impact et qu'ils risquent toujours d'être assimilés à l'un des deux. Les

objectifs poursuivis par les promoteurs d'une expérimentation sont très souvent présentés sous forme d'action à conduire préjugant implicitement que si les actions programmées ont été correctement exécutées, les objectifs poursuivis seront atteints. Un tel raisonnement est erroné ; c'est supposé que l'hypothèse sur laquelle il repose est la bonne sans que la preuve en soit apportée. Il convient donc de mettre en œuvre des indicateurs d'effets qui ne soient pas des indicateurs de réalisations déguisés. ; Il conviendra toujours de veiller à ce qu'ils recouvrent bien des changements d'état externes par rapport aux promoteurs du projet, que leurs valeurs initiales soient documentées et leurs valeurs cibles soient arrêtées. La meilleure façon de leur donner un contenu est d'opérer un rapprochement avec les actions élémentaires qui en sont à l'origine et de sélectionner celle qui semble susceptible d'exercer l'influence la plus marquée sur l'atteinte du résultat attendu.'

6.2 Effets d'un exercice coordonné plus rapide et personnalisé sur la pertinence des soins et la qualité du service médical rendu aux usagers

6.2.1 Sévérité et activité de la PR

La sévérité, on l'a vu, repose sur la survenue d'un handicap et sur des lésions articulaires irréversibles, et augmente avec le temps. L'activité de la maladie est définie en fonction de l'inflammation à un moment donné et est évaluée sur la douleur, les gonflements articulaires ou des examens biologiques tels que la vitesse de sédimentation ou la protéine C-réactive. Il faut déterminer le plus précocement possible, les éléments permettant de prédire le risque de développer une maladie sévère.

6.2.2 Indicateurs de prise en charge précoce

- Délai entre l'apparition des symptômes et la pose du diagnostic chez les malades soupçonnés d'avoir une synovite persistante qui font fait l'objet d'une évaluation dans le cadre du centre expert dans un délai aussi bref que possible après avoir été adressée au centre. Délai dont la valeur devra être précisée afin de pouvoir disposer d'un objectif quantifié permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif. Au numérateur -seront portés le nombre de personnes ayant été diagnostiquées et investiguées par le centre expert après avoir été aiguillées vers lui et au dénominateur seront inscrits le nombre de personnes soupçonnées d'avoir une polyarthrite persistante dans le bassin de population desservi
- La proportion des personnes pour lequel un traitement a été initié sera calculée en rapportant leur nombre au nombre de personnes ayant été diagnostiqué. Les éventuels délais entre la pose du diagnostic et l'initiation du traitement seront recherchés.

6.2.3 Identification des éléments de comorbidité

- Taux de co morbidités ventilées par grandes familles d'indications sur la population incluse

6.3 Effets de la formation des professionnels sur la standardisation des pratiques cliniques

6.3.1 Recommandations de la SFR 2018

Les prises en charge médicamenteuse recommandées par la SFR dans la PR sont les suivantes

Chez des patients naïfs : MTX en monothérapie vs associations de traitements de fond synthétiques comportant du MTX

chez les patients insuffisamment répondeurs à un traitement de fond synthétique :

- en l’absence de facteurs de mauvais pronostic, cDMARDs utilisé seul ou en association en remplacement du MTX, vs MTX
- en présence des facteurs de mauvais pronostic vs MTX, ajout d’un bDMARD (anti-TNF, abatacept, TCZ ou RTX)

Chez les patients insuffisamment répondeurs à un ou plusieurs traitement(s) anti-TNF:

- bDMARD utilisé en remplacement(4 sc : adalimumab, certolizumab-pegol, etanercept, golinumab, 1 iv infliximab) vs autres bDMARD
- bDMARD ayant un autre mode d’action vs bDMARD (anti IL1, anti IL6, anti CD20, anti CD28)
- bDMARD ayant un autre mode d’action vs bDMARD (anti IL1, anti IL6, anti CD20, anti CD28)

6.3.2 Modification de la démarche clinique

Les promoteurs du centre expert CeSOA apprécieront quel a été l’impact réel de la mise en œuvre et de la diffusion des recommandations sur les comportements et les pratiques médicales en observant l’évolution des paramètres suivants :

- Le nombre de protocoles détaillés de prises en charge par pathologie, rédigés
- le nombre de prescriptions médicamenteuses et leur évolution
- le nombre et le type de prescriptions non médicamenteuses
- le nombre d’explorations en ambulatoire, ou à l’hôpital
- le nombre d’hospitalisations
- le nombre de consultations chez le généraliste et le spécialiste
- Le nombre d’examen pratiqués le nombre d’examen spécifiques dénombrés par dossier crée en fonction du mode d’exercice des praticiens qui les ont ouverts : hospitaliers, spécialistes rhumatologues libéraux, médecins généralistes. Cet indicateur permettra d’estimer l’impact du réseau sur l’organisation des soins et d’apprécier ses succès ou ses échecs dans le nécessaire redéploiement des prises en charge entre la ville et l’hôpital pour les pathologies nécessitant une exploration

6.3.3 Satisfaction des professionnels.

Les promoteurs du centre expert CeSOA devront connaître

- l’opinion des professionnels concernant la qualité globale du réseau (coordination, organisation, diffusion, moyens déployés, etc.). L’évaluateur pourra à cette fin, s’appuyer sur les questionnaires déjà réalisés par l’équipe du centre expert.
- l’opinion des professionnels en ce qui concerne la qualité des séances de formation à partir des questionnaires de satisfaction distribués en fin de chaque séance à l’ensemble des participants.

6.4 Effets de l'éducation des usagers sur la littératie et l'observance

6.4.1 Les retombées de l'apprentissage thérapeutique sur les connaissances des usagers

Au-delà de la prise en charge thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires, l'éducation du Grand Public s'avère fondamentale. En effet, l'amélioration de la prise en charge n'est possible que si le patient collabore lui aussi au traitement de sa maladie. C'est pourquoi les promoteurs du centre expert CeSOA vérifieront que les séances d'éducation organisées par le centre expert ont bien eu des retombées positives sur la connaissance des patients, leur comportement et leur implication dans la prise en charge de leur maladie. Ils analyseront pour cela :

- le nombre d'usagers ayant participé à au moins une séance d'éducation organisée par le centre expert dans l'année
- le nombre de renseignements manquants sur les questionnaires de satisfaction des usagers (questionnaires remplis par exemple lors de séances d'éducation organisées par le centre expert CeSOA)
- le nombre d'autoquestionnaires manquants concernant la satisfaction des patients / nombre d'autoquestionnaires distribués aux patients

6.4.2 Les conséquences sur l'évolution de l'observance sur l'amélioration de la qualité de vie et la satisfaction des usagers

Le centre expert étant consacré à l'amélioration de la prise en charge des patients, il est essentiel que CeSOA apprécie leur satisfaction vis-à-vis du dispositif. Il mesurera pour cela la satisfaction des patients vis-à-vis des séances d'éducation à partir des questionnaires de satisfaction distribués en fin de chaque séance à l'ensemble des participants ; L'évolution de leur qualité de vie sera mesurée à l'aide des questionnaires spécifiques à chaque pathologie.

6.5 Effets de la standardisation des pratiques et de l'amélioration l'observance sur l'efficacité

L'optimisation des dépenses de santé sera réalisée grâce à (i) à la réduction des examens inutiles notamment celle des IRM dans l'arthrose des membres inférieurs. (ii) à la réduction des frais de transport et à l'analyse de leur tendance évolutive (iii) l'évolution des hospitalisations suite au passage rue vaugirard (iv) ce changement dans l'évolution attendue des coûts fera l'objet d'un rapprochement avec les évolutions éventuellement positives observées sur les CROMs, les PROMs, les PREMs permettant de conclure ou non à des gains d'efficacité sans que de véritables rapports coût efficacité différentiels soient véritablement calculés.

L'optimisation des prises en charge combinée à l'introduction du forfait permettra d'évaluer si des gains d'efficacité peuvent être dégagés dans le cadre du système de santé français

7 Critères évaluatifs de l'efficacité à long terme sur les objectifs stratégiques de l'expérimentation. Indicateurs d'Impacts

Effets de la standardisation des pratiques et de l'amélioration de l'observance ; sur le contrôle de la maladie

- . Effectifs rejoints par rapport aux effectifs des populations cibles d'intérêt
- Taux d'examens prescrits par rapport aux effectifs des populations rejointes
- Taux de traitements initiés par rapport au # de malades investigués
- Taux de malades traités restant sous traitement
- Taux de nouvelles poussées ou de nouvelles fractures chez les malades traités
- Taux de changement de traitement chez les malades traités
- Taux de mortalité chez les malades traités
- Coût pts traités par le centre expert vs pec traditionnelle

8 Critères évaluatifs de l'efficience

L'hypothèse économique qui doit être confirmée par l'étude des coûts, est que le passage d'une prise en charge traditionnelle des pathologies ostéo-articulaires à une prise en charge dans le cadre de l'expérimentation mise en place se traduira globalement par une moindre dépense pour les comptes sociaux aussi bien sur le coût du diagnostic et de l'initiation du traitement qu'en termes de coût annuel du suivi des malades traités. Le calcul sera conduit en se plaçant du point de vue de l'assurance maladie. Le point de vue retenu pour le calcul des coûts sera celui de l'Assurance Maladie. Seront exclues du champ d'analyse les dépenses médicales non reconnues directement mises à la charge des budgets familiaux (tickets modérateurs de fait) et les pertes de production pour la société. Seront prises en compte les prestations en nature (coût médical direct) et en espèces (indemnités journalières) versées au titre du risque Maladie. Les calculs tiendront compte des éléments suivants :

- Augmentation des coûts de la prise en charge des patients par une augmentation des traitements ostéo-articulaires en dehors du centre expert, celui de la mise en place de formations pour les professionnels de santé et ceux des programmes d'éducation pour les patients développés en dehors du forfait
- Diminution importante des coûts évitables par la diminution des hospitalisations, des recours aux urgences et des prescriptions médicamenteuses ou non, inadaptées, dues à une meilleure prise en charge des patients.

L'équilibre final doit aboutir à une maîtrise des dépenses pour les patients atteints de maladies ostéo-articulaires

○

○ Coût de la prise en charge traditionnelle	○ Coûts de la prise en charge dans un centre expert
○ coûts inévitables nécessaires à la bonne prise en charge	○ coûts inévitables nécessaires à la bonne prise en charge
○ Coûts évitables (hospitalisations, recours aux urgences et schémas thérapeutiques inadaptés).	○ Coûts évitables + élevés (hospitalisations, recours aux urgences et prescriptions inutiles)
○	○ coûts supplémentaires engendrés par le meilleur suivi des traitements, l'éducation des patients et la formation des professionnels en ville en dehors du centre CeSOA

8.1 Coûts des interventions réalisées dans le cadre du centre expert

La mise en place d'un centre expert avec un programme de formation médicale continue destiné aux médecins, ainsi que les actions éducatives menées auprès des malades, entraîne inévitablement des dépenses qui devront être confrontées dans le cadre d'un exercice de micro costing, à celles qui avaient été estimées pour calculer le forfait.

8.1.1 Coûts de la formation sur la prise en charge des maladies ostéo-articulaires.

- * Rémunération des médecins participants,
- * Rémunération des intervenants à la formation,
- * Matériel nécessaire,
- * logistique.

8.1.2 Coûts du centre expert :

- * Frais de structure (électricité, téléphone..).
- * Rémunération du personnel (médecins, infirmières).
- * Rémunération du personnel assurant l'éducation des patients.
- * logistique.
- * Matériels d'éducation.
- * Matériels autres

8.2 . Coûts ambulatoires

8.2.1 Consultations

Ces coûts comprennent :

- * les consultations et visites en dehors du centre chez les médecins généralistes,
- * les consultations chez les spécialistes de ville,
- * les consultations hospitalières : consultations programmées et consultations aux urgences. Pour les urgences, on distinguera les cas suivants : renvoi à la maison après simple consultation, renvoi à la maison après consultation et examen, hospitalisation.
- * les visites à domicile considérées comme urgentes (jours fériés, visites de nuit..).
- * consultation annuelle de synthèse.

Ils seront valorisés sur la base de la cotation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et des taux de remboursement en vigueur au moment de l'étude.

8.2.2 Prescriptions d'actes paramédicaux

Ces coûts comprennent :

- * Les actes de kinésithérapie
- * Les actes infirmiers

Ils seront valorisés sur la base de la cotation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et des taux de remboursement en vigueur au moment de l'étude.

8.2.3 Prescriptions des examens paracliniques

Ces coûts comprennent :

- * Les différents actes biologiques
- * Les différents actes radiologiques
- * Les différents actes d'exploration fonctionnelle

Ils seront valorisés sur la base de la cotation de la Nomenclature Générale des Actes de Biologie (NGAB), de la cotation de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et des taux de remboursement en vigueur au moment de l'étude.

8.2.4 Prescription médicamenteuse

Le coût des prescriptions médicamenteuses sera évalué en utilisant les tarifs publics TVA incluse et en fonction des taux de remboursement en vigueur au moment de l'étude. Le coût du traitement médicament sera calculé en fonction de la posologie jour et de la durée du traitement.

8.2.5 Transports sanitaires

Le coût des transports sanitaires sera calculé sur la base des tarifs kilométriques en fonction du type de transports (VSL, ambulances ou voiture personnelle).

8.2.6 Cures thermales

Le coût sera calculé sur la base du remboursement de l'assurance maladie.

8.3 Coûts hospitaliers

8.3.1 Hospitalisations en court séjour dans le secteur public

Il s'agit de toutes les hospitalisations en court séjour en médecine et chirurgie faites dans un établissement public ou un établissement participant au service public hospitalier.

La détermination des coûts est réalisée sur la base des données médico-économiques du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Chaque séjour hospitalier en court séjour se verra attribué le Groupe Homogène de Malade selon les règles du PMSI en prenant en compte le diagnostic principal (la pathologie ayant mobilisé le plus de ressources) les diagnostics associés (co-morbidité), l'âge et les actes classants, c'est-à-dire ceux qui permettent de classer le séjour dans un G.H.M. chirurgical, dans le cas contraire le séjour sera classé en fonction des diagnostics.

8.3.2 Hospitalisations en court séjour dans les établissements privés

En ce qui concerne les établissements privés à but lucratif, la détermination des prix par G.H.M. s'effectue sur la base de coûts historiques facturés selon les données fournies par le bordereau 615 de facturation qui constitue la base de remboursement des tutelles à l'établissement. Seuls sont à prendre en compte les frais faisant l'objet d'un remboursement par les tutelles excluant certaines lignes de facturations considérées comme des prestations hôtelières à supplément (télévision, téléphone, chambre particulière hors prescription médicale), ainsi que les suppléments d'honoraires perçus éventuellement par les praticiens. Il est toutefois possible de réintégrer ceux-ci dans le prix.

Le bordereau 615 est divisé en deux parties :

- * La première concerne les "GHS frais de séjour" hors honoraires médicaux
- * La deuxième concerne les "honoraires" liés aux actes opératoires chirurgicaux, d'anesthésiologie, aux actes diagnostiques morphologiques (radiographiques) ou fonctionnels, aux examens

biologiques (anatomopathologiques, biochimiques), aux actes effectués par du personnel paramédical (infirmiers, kinésithérapeutes). Chaque ligne est qualifiée par une lettre-code (K ou Kc des chirurgiens, médecins et médecins anesthésistes, C, CS, CNPSY des consultations des divers spécialistes ; B de la biologie ; P de l'anatomopathologie ; Z des examens radiologiques et assimilés ; AMI des actes infirmiers, AMM des actes de kinésithérapie, etc.).

8.3.3 Hospitalisation en moyen séjour

Les coûts seront calculés sur la base PMSI et le coût de journée

8.4 Coûts des indemnités journalières

La perspective choisie pour le calcul des coûts étant celle du risque maladie il convient de prendre en compte le montant des prestations en espèces versées aux patients souffrant de pathologies ostéo-articulaires en arrêt de travail au-delà des délais de carence réglementaires dans le cas où le patient n'est pas en ALD.

9 Schéma d'étude UO1b

Lorsqu'il y a mise en place d'un financement dédié à la réalisation d'une expérimentation, il s'agit de démontrer sur le terrain qu'il existe un *lien de cause à effet* entre le résultat obtenu et l'action du médicament. L'évaluation vise à déterminer quels changements dans les résultats, observés en pratique médicale quotidienne, peuvent être attribués *directement et exclusivement* au traitement, ce qui correspond vraiment à l'apport d'un complément de preuves. Dans tous les autres cas, qu'ils s'agissent de « performances » sanitaires ou de respect de valeurs financières cibles, l'approche peut être qualifiée de normative, en ce sens que l'on se borne à vérifier la conformité des pratiques par rapport à des *standards de référence* négociés dans le cadre de contrats avec cahier des charges et obligations de résultat.

Il convient donc de distinguer clairement trois types d'études :

- Les études du suivi « chemin faisant » : il s'agit d'études descriptives et d'audits de conformité qui sont mis en œuvre dans le cadre de registres, et dont la vocation est de vérifier, que tous les engagements pris par rapport à des performances cliniques à atteindre ou par rapport à des contraintes budgétaires à respecter, ont été exécutés.
- Les études d'impact « périodiques » quasi-expérimentales, dont l'objet est de « consolider » in vivo le faisceau des preuves qui ont été réunies dans le cadre des essais princeps, en vérifiant que le traitement est véritablement à l'origine des plus-values ou des moins-values observées en pratique médicale quotidienne.

9.1 Études descriptives

Un suivi efficace doit être associé à tout projet, qu'il fasse l'objet d'une étude d'impact ou non. Les activités de suivi consistent à collecter et à analyser les données pour vérifier que les moyens disponibles aient été utilisés comme prévu, que les activités aient été mises en œuvre comme prévu, que les produits et services prévus aient été fournis et que la population cible visée ait été rejointe.

Le registre le plus simple est une liste dans laquelle chaque cas est inscrit séparément. C'est le cas des registres scolaires ou du cadastre. Lorsqu'on établit des statistiques annuelles, cette identification individuelle disparaît parce que l'on ne prend en compte que des groupes ou des sous-groupes. Le plus

souvent l'enregistrement comporte plus d'informations qu'il ne serait strictement nécessaire pour procéder au seul dénombrement du phénomène étudié. « De façon plus large, un registre peut être décrit comme un fichier contenant pour chaque sujet inscrit, un ensemble uniforme de renseignements recueillis de manière systématique et complète pour servir une fin déterminée à l'avance ». La mise sur pied d'un registre et son exploitation exige à la fois une conscience très claire des risques de biais que comporte ce type d'étude observationnelle prospective et une bonne maîtrise des outils statistiques qui permettent de les neutraliser.

9.2 Études normatives

. Sans un ensemble clair d'indicateurs, les activités de suivi ne peuvent comparer les avancées réelles du programme à l'aune de ce qui a été prévu et convenu. Ce qui suppose que des valeurs de référence aient été conventionnellement arrêtées avant l'instauration du traitement et que des valeurs cibles réalistes soient choisies afin de suivre les avancées futures par rapport à la situation initiale

Les engagements contractuels pris dans ce cadre découlent du texte même du contrat qui a été signé par les parties : selon l'article 1134 du Code civil alinéa1 « Les conventions librement formées, tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites »

Les obligations des parties signataires ne sont pas les mêmes selon que le contrat comporte une obligation de résultat ou une obligation de moyens. Lorsque de tels accords sont passés, Ils créent, des obligations de « performances » qualifiées par le droit d'obligations de résultat. Un télescopage des terminologies qui est à l'origine des incompréhensions entre les représentants des disciplines juridiques et économiques sur le sujet : les premiers évoquant des résultats, là où les seconds ne voient que la mise en œuvre d'un processus de soins dont les effets sont mesurés par des variables intermédiaires ou un degré d'atteinte d'objectifs externes normalisés.

Nous laisserons aux juristes le soin de spécifier la nature exacte et les modalités précises de ces accords, en soulignant simplement que dans le cadre des contrats, il suffit de constater que la « performance » attendue n'a pas été réalisée ou en termes juridiques que le « résultat » prévu n'a pas été atteint, pour que la responsabilité du cocontractant puisse être éventuellement engagée.

9.3 Études d'impact

En l'absence de randomisation, les risques de biais sont multiples. Un biais, est une interférence parasitaire systématique qui, par sa présence, fausse l'estimation des données recueillies et le calcul de leurs résumés statistiques (odds ratio, risque relatif) ou entraîne des erreurs d'appréciation dans l'interprétation des résultats du fait de l'existence de tiers-facteurs. Il en résulte que l'estimation des paramètres d'intérêt au niveau de l'échantillon étudié est une mesure inexacte de leurs vraies valeurs dans la population. Ces risques de biais peuvent survenir à toutes les étapes d'une étude non expérimentale, aussi bien au moment de la constitution de l'échantillon (biais de sélection) qu'au moment de sa mesure (biais d'information ou de classement) o encore de son analyse (facteurs de confusion¹).

¹ Un facteur de confusion est un mélange d'effets (facteur tiers et facteur d'exposition) qui biaise l'interprétation des résultats de l'étude parce que l'association simultanée du facteur tiers : (1) avec l'exposition (c.-à-d. le programme, le traitement) ; (2) et avec la survenue de l'événement fait, croire faussement que le facteur d'exposition est le fait générateur de la survenue de l'événement. Ex. : cheveux gris / infarctus / âge.

L'existence de biais est consubstantielle aux études observationnelles comparatives « d'effectivité » (effectiveness) quelle que soit la terminologie utilisée pour les désigner : Comparative Effectiveness Research ; CER aux Etats Unis ou Relative Effectiveness Assesment ; REA en Europe L'épidémiologiste britannique David Sackett dans un article de 1979 avait identifié 35 types de biais. La dernière publication faite sur le sujet en 2004 en recense 70. Colliger des données factuelles en situation réelle d'usage n'implique donc pas qu'un lien de cause à effet ait été scientifiquement démontré. Des techniques microéconométriques doivent inévitablement être mises en œuvre pour assurer la comparabilité de populations étudiées grâce aux appariements a priori par score de propension.

Les études d'efficacité attribuable sont structurées autour de l'identification d'une relation de cause-à-effet. Quel est l'effet causal de l'expérimentation (ou l'impact) sur le critère évaluatif choisi. La différence absolue des moyennes observées chez les bénéficiaires et des non-bénéficiaires d'une expérimentation peut avoir deux sources : elle peut être due à l'effet propre de l'expérimentation, mais elle peut être également, le fruit de différences préexistantes à l'inclusion entre la population des deux groupes, ce que l'on appelle l'effet population. La différence des moyennes mêle ces deux effets et biaise l'appréciation que l'on pourrait porter sur l'impact de l'innovation organisationnelle. Les études oubliant le biais de sélection prendront à tort la mesure de l'effet total pour la mesure de l'effet de celle-ci. A la différence des études de suivi, les études d'impact isolent l'effet propre de celui-ci en neutralisant les biais de sélection grâce à la mise en œuvre des techniques microéconométriques appropriées.

Pour être comparés, les deux groupes doivent être similaires du point de vue de la distribution des de l'ensemble des caractéristiques individuelles *observables* qui déterminent la « *probabilité prédite* » de bénéficier du traitement ou la « *propension* » des médecins à le prescrire, l'une ou l'autre de ces expressions étant utilisée pour désigner le score unidimensionnel obtenu par régression logistique, qui fait la synthèse de toutes les covariables connues.

Au moment du choix du schéma d'étude, il convient d'adopter une démarche en quatre temps :

Concevoir en premier lieu, un *modèle d'exposition* indépendamment des changements attendus de l'expérimentation, en estimant *a priori* la probabilité que les sujets en bénéficient sur la base du résumé de leurs caractéristiques observables, quel que soit le groupe auquel ils ont été affectés.

Procéder ensuite à l'*appariement* les individus du groupe traité et ceux du groupe contrôle qui ont des caractéristiques proches, en les mettant en correspondance sur la base de leur *score de propension* respectifⁱⁱ. Le fait d'être bénéficiaire ou non de l'expérimentation devient alors aléatoire (ou tout au moins indépendant de la variable de résultat) comme dans un essai randomisé et le risque de biais est neutralisé aussi bien sur le plan clinique qu'en termes de coût.

Construire dans un troisième temps, un *modèle d'effet causal* en étudiant la différence de la moyenne observée chez les bénéficiaires de l'innovation organisationnelle par rapport à celle relevée chez les non-bénéficiaires qui présentent les mêmes scores de propension par quintiles.

Neutraliser enfin, les éventuels biais dus aux facteurs non observables en mettant en œuvre la technique de la *différence des différences*. Il est en effet difficile de conclure que les résultats observés entre l'avant et l'après sont dus à l'innovation organisationnelle lorsque d'autres facteurs non observables, qui ont pu évoluer au cours du temps, sont capables de les influencer. Le principe de la méthode est le suivant : un suivi initial est mis en place avant la mise en place de l'expérimentation puis répété après son

ⁱⁱ Ce qui suppose que les densités de distribution de ces scores aient, au moins partiellement, un domaine de définition en commun.

introduction. Les mêmes observations sont relevées de façon homothétique sur le groupe témoin. On calcule la différence pour chacun des groupes avant et après et on soustrait de la différence qui a été observée sur le groupe expérimental, celle qui a été constatée sur le groupe témoin ; ce qui permet d'éliminer l'évolution temporelle qui est supposée être la même dans les deux cas.

9.4 Conclusion

Seules les études d'efficacité attribuable construites sur ces bases permettent d'obtenir une clarification des signaux et les tendances fournies par le système descriptif de suivi, en pouvant cerner les causes véritables des phénomènes observés

10 Bibliographie

Commission européenne. Direction générale politique régionale, 2006. Nouvelle période de programmation 2007 - 2013 documents de travail méthodologiques: Indicateurs pour le suivi et l'évaluation, un guide pratique.

Dejemeppe, M., Van der Linden, B., 2009. OPES 2155 Conception et évaluation économiques des projets et de politiques (Note No. OPES 1255).

Ghabri, S., Launois, R., 2014. Évaluation quasi-expérimentale des interventions médicales : méthode des variables instrumentales. *Journal de gestion et d'économie médicales* vol 52(5-6) : 371-388 <https://doi.org/10.3917/jgem.145.0371>

Assurance maladie, Drees 2018. Note sur le cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018);

Assurance Maladie, Drees. 2019. Guide méthodologie de l'évaluation des projets art. 51 LFSS 2018.

Launois, R., Ghabri, S., Navarrete., L.F., Le Moine, J.G., Ethgen, O., 2014:/4. Paiement à la performance et fixation conditionnelle du prix du médicament. *Rev. fr. aff. soc* : 156-178 . <https://doi.org/10.3917/rfas.144.0156>

Launois, R., Trouiller, J.B., Cabout, E., 2018. Comment mesurer l'efficacité en vie réelle ? *Annales pharmaceutiques françaises* 76 : 421-435. <https://doi.org/10.1016/j.pharma.2018.07.003>

Launois, R., 1985. Les réseaux de soins coordonnés. *Gest. hosp.* 759-763.

Launois, R., Majnoni d'Intignano, B., Rodwin, V.G., Stéphan, J-C., 1985. Les réseaux de soins coordonnés (RSC) : Proposition pour une réforme profonde du système de santé. *Rev. fr. aff. soc* 37-61.

mgen Groupe vyv. 2019 . Article 51 du PLFSS 2018. Projet CeSOA. Innovation en santé;

OCDE; Réseau du CAD de l'OCDE sur l'évaluation du développement (EvalNet) 2019. De meilleurs critères pour de meilleures évaluations. Définitions adaptées et principes d'utilisation.

Oge, C., Boule, J-P., 2015. Évaluation de la qualité de vie des personnes vivant avec une maladie chronique, dont le cancer. ARS Pays de la Loire.

Oréade – Brèche., 2017. Évaluation flash du dispositif d'appui aux gestionnaires en matière d'espèces exotiques envahissantes. Agence de l'eau pays de Loire Bretagne.

Porter, M., Pabo, E., Lee, T.H., 2013; *Health affairs* 32 (3) :516-525. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Need. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1371/journal.pone.0120961>