#

# **DOSSIER DE CANDIDATURE PEPS**

* Nature de la structure permettant le paiement forfaitaire (ex : MSP ou centre de santé) ;
* Choix de la thématique (ou des thématiques) Peps : patientèle totale, patientèle diabétique, patientèle âgée, à la fois patientèle diabétique et patientèle âgée ;
* Liste des professionnels de santé (médecin généraliste et infirmier) souhaitant participer à l’expérimentation ;
* Contacts et autres interlocuteurs désignés ;
* Volume de patientèle concernée par PEPS ayant déclaré un médecin traitant parmi les médecins généralistes de la structure souhaitant participer à Peps ;
* Description de la structure et de son organisation actuelle : historique, points forts, points faibles, leviers ;
* Brève description de l’état actuel de la prise en charge, pour le type de forfait retenu (thématique), dans le contexte local (points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d’amélioration possibles) ;
* Attentes envers le projet Peps et cohérence avec le projet envisagé justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l’expérimentation ;
* Actions déjà engagées et pistes envisagées pour améliorer la pertinence et la qualité des prises en charges ;
* Actions déjà engagées et pistes envisagées pour favoriser le travail en équipe ;
* Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet ;
* Eventuels partenaires associés.

|  |
| --- |
| **Nature de la structure regroupant les participants au projet** |
| 1. **Centre de santé**

***Si pour une même structure juridique, il y a plusieurs structures géographiques, indiquer l’ensemble des structures**** Raison sociale :
* Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :
* Adresse :
* Région :
* Raison sociale :
* Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :
* Adresse :
* Région :
1. **Maison de santé pluriprofessionnelle**
* Raison sociale :
* Numéro FINESS GEOGRAPHIQUE :
* Statut juridique (SISA) :
* Date de création :
* Adresse :
* Région :
1. **Autre structure dont le statut juridique permet un versement forfaitaire**
* Raison sociale :
* Statut juridique et FINESS GEOGRAPHIQUE:
* Date de création :
* Adresse :
* Région :

***NB : Si une équipe exerce au sein de plusieurs structures géographiques, bien spécifier à quelle structure (FINESS GEOGRAPHIQUE) la rémunération PEPS sera versée pour l’ensemble de l’équipe.*** |

|  |
| --- |
| **Choix de la thématique** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *Positionnement souhaité* *(cocher si pertinent)* | *Volume de patientèle ayant déclaré un médecin traitant parmi les médecins généralistes participants, pour la thématique choisie :* |
| Patientèle diabétique |  |  |
| Patientèle âgée |  |  |
| Patientèle totale |  |  |
| Patientèle diabétique et patientèle âgée |  |  |

 |

Il est demandé de renseigner les informations ci-dessous au minimum pour le nombre de professionnels de santé nécessaire pour remplir les conditions d’éligibilité : au moins 5 professionnels de santé (médecin généraliste ou infirmier) conventionnés dont 3 médecins généralistes et 1 infirmier.

La liste des professionnels de santé[[1]](#footnote-1), exerçant au sein d’une même structure, volontaires pour remplacer le paiement à l’acte par une rémunération forfaitaire en équipe, est le reflet de l’engagement à participer à l’expérimentation en tant qu’équipe.

|  |
| --- |
| **Composition de l’équipe participant à PEPS** |
| **Médecins généralistes** **et infirmier(s)****participant à l’expérimentation****(NOM – prénom)** | **N° de cabinet Assurance maladie / N°FINESS géographique** *(cf. aide au remplissage ci-dessous)* | **Médecins généraliste** **ou infirmier** | **Préciser si infirmier ASALEE, IPA…** | **Si autre préciser** | **Si temps partiel, préciser** |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |
|  |  |  | Choisissez un élément. |  |  |

|  |
| --- |
| **Aide au remplissage :** * **Pour les centres de santé**, seul le numéro FINESS GEOGRAPHIQUE est demandé; il n’est donc pas nécessaire de renseigner les numéros AM (assurance maladie) de chaque professionnel.
* **Pour les autres structures (MSP)**, le numéro à renseigner pour chaque médecin généralistes et IDE est le numéro AM (assurance maladie) attribué par la CPAM. Celui-ci comporte 9 caractères. Pour les médecins, il commence par le numéro du département du lieu d’exercice suivi du chiffre 1 ; pour les IDE, il commence également par le numéro du département du lieu d’exercice suivi du chiffre 6. Si l'on prend l'exemple d'une structure exerçant dans le 93 (Seine Saint-Denis), le numéro AM des médecins commence donc par 931, et celui des IDE par 936.

NB : il est différent du numéro RPPS (anciennement n° ADELI), qui est un numéro de 11 chiffres pérenne, attribué dès la première inscription à l'Ordre pour le professionnel de santé. Exemple : un médecin exerçant en libéral dans un département qui devient médecin salarié d'un centre de santé dans un autre département conservera le même numéro RPPS.En cas de difficulté, vous pouvez écrire à l’adresse suivante : ***peps@sante.gouv.fr*** |

|  |
| --- |
| **Contact(s)** |
| ***Vous pouvez communiquer plusieurs contacts, si nécessaire*** ***Il s’agit ici du ou des principaux interlocuteurs à qui seront adressés les messages concernant l’expérimentation*****Contact 1*** Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Signature :

**Contact 2** * Nom et Prénom :
* Profession :
* Numéro de téléphone :
* Adresse mail :
* Signature :
 |

|  |
| --- |
| **Description de la structure et de son organisation actuelle** (historique, points forts, points faibles, leviers…) |
|  |

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

|  |
| --- |
| **Attentes envers le projet Peps et cohérence avec le projet envisagé justifiant le souhait de participer à la mise en œuvre de l’expérimentation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Actions déjà engagées pour favoriser le travail en équipe et améliorer la pertinence et la qualité des prises en charges ;**  |
| Entre les différents professionnels de santé au sein de la structure (exemples : SI, protocoles de coopération, …) |  |
| Avec les professionnels de santé hors de la structure (exemples : SI, protocoles de coopération, …) |  |

|  |
| --- |
| **Pistes envisagées pour favoriser le travail en équipe et améliorer la pertinence et la qualité des prises en charges ;**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Description du système d’information partagé utilisé au sein de la structure** |
|  |

|  |
| --- |
| **Gouvernance envisagée pour permettre la mise en œuvre et le suivi du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Eventuels partenaires associés** |
| *
*
*
*
 |

|  |
| --- |
| **Commentaires libres**  |
|  |

1. Cette liste peut être complétée dans un second temps. [↑](#footnote-ref-1)