

**UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DE SANTE
DEPARTEMENT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES**

ANNEE : 2024

THESE 2024/TOU3/2056

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

par

HAMIDALLAH Dina

**L'ARTICLE 51 DE LA LFSS 2018, UN DISPOSITIF INNOVANT
DE TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE
QUEL BILAN ?**

Mardi 9 juillet 2024

Directrice de thèse : Pr. TABOULET Florence

JURY

Présidente : Pr. TABOULET Florence
1^{er} assesseur : Dr. JUILLARD-CONDAT Blandine
2^{ème} assesseur : Dr. DELBEAU Léo

PERSONNEL ENSEIGNANT
du Département des Sciences Pharmaceutiques de la Faculté de santé
au 17/04/2024

Professeurs Emérites

Mme BARRE A.	Biologie Cellulaire
M. BENOIST H.	Immunologie
Mme ROQUES C.	Bactériologie - Virologie
M. ROUGE P.	Biologie Cellulaire
M. SALLES B.	Toxicologie

M. PARINI A. Physiologie

Professeurs des Universités

Hospitalo-Universitaires

Mme AYYOUB M.	Immunologie
M. CESTAC P.	Pharmacie Clinique
M. CHATELUT E.	Pharmacologie
Mme DE MAS MANSAT V.	Hématologie
M. FAVRE G.	Biochimie
Mme GANDIA P.	Pharmacologie
M. PASQUIER C.	Bactériologie -
Mme ROUSSIN A.	Virologie
Mme SALLERIN B. (Directrice-adjointe)	Pharmacologie
M. VALENTIN A.	Pharmacie Clinique Parasitologie

Universitaires

Mme BERNARDES-GENISSON V.	Chimie thérapeutique Toxicologie -
Mme BOUTET E.	Sémiologie
Mme COSTE A.	Parasitologie
Mme COUDERC B.	Biochimie
M. CUSSAC D. (Doyen-directeur)	Physiologie Chimie Thérapeutique
Mme DERA EVE C.	Physiologie
Mme ECHINARD-DOUIN V.	Pharmacognosie
M. FABRE N.	Pharmacie Galénique
Mme GIROD-FULLANA S.	Pharmacologie
M. GUIARD B.	Chimie
M. LETISSE F.	pharmaceutique
Mme MULLER-STAU MONT C.	Toxicologie -
Mme REYBIER-VUATTOUX K.	Sémiologie
M. SEGUI B.	Chimie analytique
Mme SIXOU S.	Biologie Cellulaire
Mme TABOULET F.	Biochimie
Mme WHITE-KONING M.	Droit Pharmaceutique Mathématiques

Maîtres de Conférences des Universités

Hospitalo-Universitaires

M. DELCOURT N.	Biochimie
Mme JOUANJUS E.	Pharmacologie
Mme JUILLARD-CONDAT B.	Droit Pharmaceutique
Mme KELLER L.	Biochimie
M. PUISSET F. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUCH L. (*)	Pharmacie Clinique
Mme ROUZAUD-LABORDE C	Biophysique
Mme SALABERT A.S.	Biochimie
Mme SERONIE-VIVIEN S (*)	Pharmacologie
Mme THOMAS F. (*)	

Universitaires

Mme ARELLANO C. (*)	Chimie Thérapeutique
Mme AUTHIER H.	Parasitologie
M. BERGE M. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme BON C. (*)	Biophysique
M. BOUJILA J. (*)	Chimie Analytique
M. BROUILLET F. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CABOU C.	Physiologie
Mme CAZALBOU S. (*)	Pharmacie Galénique
Mme CHAPUY-REGAUD S. (*)	Bactériologie - Virologie
Mme COLACIOS C. (*)	Immunologie
Mme EL GARAH F.	Chimie Pharmaceutique
Mme EL HAGE S.	Chimie Pharmaceutique
Mme FALLONE F.	Toxicologie
Mme FERNANDEZ-VIDAL A.	Toxicologie
Mme GADEA A.	Pharmacognosie
Mme HALOVA-LAJOIE B.	Chimie Pharmaceutique
Mme LAJOIE-MAZENC I.	Biochimie
Mme LEFEVRE L.	Physiologie
Mme LE LAMER A-C. (*)	Pharmacognosie
M. LE NAOUR A.	Toxicologie
M. LEMARIE A. (*)	Biochimie
M. MARTI G.	Pharmacognosie
Mme MONFERRAN S (*)	Biochimie
M. PILLOUX L.	Microbiologie
Mme ROYO J.	Chimie Analytique
M. SAINTE-MARIE Y.	Physiologie
M. STIGLIANI J-L.	Chimie Pharmaceutique
M. SUDOR J. (*)	Chimie Analytique
Mme TERRISSE A-D.	Hématologie
Mme TOURRETTE-DIALLO A. (*)	Pharmacie Galénique
Mme VANSTEELANDT M.	Pharmacognosie

(*) Titulaire de l'habilitation à diriger des recherches (HDR)

Enseignants non titulaires

Assistants Hospitalo-Universitaires

M. AL SAATI A	Biochimie
Mme BAKLOUTI S.	Pharmacologie
Mme CLARAZ P.	Pharmacie Clinique
Mme CHAGNEAU C.	Microbiologie
Mme DINTILHAC A	Droit Pharmaceutique
M. GRACIA M.	Pharmacologie
Mme RIGOLOT L	Biologie Cellulaire,
Mme STRUMIA M.	Immunologie
.	Pharmacie Clinique

Attaché Temporaire d'Enseignement et de Recherche (ATER)

Mme CROSSAY E.	Pharmacognosie
Mme GRISETI H.	Biochimie
Mme MALLI S.	Pharmacie Galénique
Mme MTAT DALILA D.	Chimie Pharmaceutique
Mme MONIER M.	Microbiologie
M. TABTI R.	Chimie Thérapeutique

REMERCIEMENTS

À ma directrice de thèse, Mme Florence Taboulet. Je vous exprime toute ma gratitude pour votre accompagnement bienveillant et rigoureux, votre disponibilité, vos conseils et nos échanges enrichissants.

Aux membres du jury. Je vous remercie de m'honorer par votre participation : Mme Blandine Juillard-Condât, pour vos enseignements précieux et votre accompagnement lors de mon stage à la COMEDIMS ; M. Léo Delbeau, pour tes conseils et nos discussions sur le sujet de la thèse et sur la profession de pharmacien au ministère de la Santé des Armées.

À mes professeurs de la faculté de pharmacie et de mon mastère spécialisé en management des structures et activités innovantes en santé de Kedge Business School.

À mes responsables de stages hospitaliers, industriels, et officinaux, ainsi qu'à toutes les équipes que j'ai rencontrées et qui m'ont beaucoup apporté. Aux pharmaciens et à l'équipe de la Pharmacie du Mirail avec qui j'ai passé de belles années, ainsi qu'à la Pharmacie des Facs et celles des Tibaous où j'ai fait mes premiers pas en officine. Et à toutes celles qui ont suivi.

À mes amis de la faculté de pharmacie : Julie, Brice, Jordan, Kiady, Fedoua, et tous les autres.

À mes amis de Kedge Business School : Alex, Olivier, Kély, Blanca, et tous les autres.

À mes amis de l'associatif, du national et de l'international : de l'EPSA, de l'ANEPF et de l'AEPT.

À mes amitiés du karaté, du foot, de la plongée et du Crossfit.

À mes amies de longue date : Lisa, Sarah, Mallaurie, Margaux, Léa, Nikita, Nisrine, Claire, et bien d'autres.

À ma famille du Maroc et d'ailleurs, à mes cousines et cousins, oncles et tantes, et grands-parents, pour leur amour et leur soutien.

Et enfin, à mon frère et à mes parents, pour leur dévotion, leurs sacrifices et leur soutien.

Je conclurai par un remerciement général à toutes les personnes inspirantes et bienveillantes que j'ai rencontrées, ainsi qu'à toutes les expériences qui m'ont permis de me construire et d'arriver jusqu'ici. Enfin, je me remercie moi-même pour le chemin parcouru et les combats menés, tant intérieurs qu'extérieurs, qui m'ont permis d'en arriver là.

Continuons de nous inspirer les uns les autres, de nous entraider, de nous développer personnellement et de construire ensemble un monde meilleur.

SERMENT DE GALIEN

En présence des Maîtres de la Faculté, je fais le serment :

- D'honorer ceux qui m'ont instruit(e) dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle aux principes qui m'ont été enseignés**
- D'actualiser mes connaissances**
- D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de Déontologie, de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;**
- De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers la personne humaine et sa dignité**
- De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma profession**
- De faire preuve de loyauté et de solidarité envers mes collègues pharmaciens**
- De coopérer avec les autres professionnels de santé**

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les Hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	4
Serment de Galien	5
Table des figures	9
Table des tableaux	9
Table des images	9
Table des abréviations	10
Introduction	11
PREMIÈRE PARTIE - Un dispositif innovant au cœur de la transformation du système de santé ...	13
Chapitre I - Enjeux et défis du système de santé	13
A. La transition épidémiologique.....	13
B. Offre de soins et soutenabilité du système de santé : une insuffisante adéquation entre modes d'organisation et modes de financement des activités de santé.....	14
C. La nécessité d'intégration des soins et de développement de la collaboration	18
D. La montée des expérimentations dans les politiques publiques	24
Chapitre II - L'article 51 de la LFSS pour 2018.....	25
A. Origine du dispositif	25
B. Les caractéristiques	27
C. Cadre organisationnel	28
D. Le parcours du porteur de projet	33
E. L'interprofessionnalité permise par l'article 51	42
Chapitre III - L'innovation	47
A. L'innovation.....	47
B. L'innovation en santé	48
C. L'innovation organisationnelle.....	49
D. Innovation disruptive et incrémentale.....	51
E. L'open-innovation	52
F. L'article 51 : un catalyseur d'innovations dans le système de santé français	55
DEUXIÈME PARTIE - Analyse et bilan des expérimentations.....	57
Chapitre I - Analyse des projets déposés et expérimentations autorisées.....	57
A. Analyse des projets déposés	57
B. Analyse des projets autorisés (des expérimentations autorisées).....	62
C. Fin des expérimentations	74
D. Dernières données actualisées (juin 2024)	84
Chapitre II - Analyse des appels à manifestation d'intérêt	88
A. Étude IRDES sur le « Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville » et l'« Incitation à une prise en charge partagée »	88
B. Analyse des interviews CNAM sur EDS, PEPS, et IPEP	90

Chapitre III - Place du pharmacien dans le dispositif	97
A. Exemples d'expérimentations avec un lien direct avec le pharmacien et les produits de santé	97
B. Une place du pharmacien plus large en lien avec la coordination	103
TROISIÈME PARTIE – Bilan général, leçons tirées sur le dispositif	105
Chapitre I - Les motifs de satisfaction du dispositif	105
A. Un bilan général positif qui répond aux besoins	105
B. Une optimisation du parcours de soin	106
C. Une amélioration des pratiques professionnelles et des méthodes de travail	108
Chapitre II - Les difficultés et points à améliorer	110
A. Les difficultés et points à améliorer liés au dispositif.....	110
B. Les difficultés liées aux porteurs	110
C. Des projets en marge du dispositif.....	111
D. Un impact nuancé de la pandémie Covid-19.....	111
Chapitre III - Avenir du dispositif, et défis à venir.....	113
A. Gestion du nombre croissant des projets	113
B. Préparer la fin et la généralisation des expérimentations	113
C. Une fin du dispositif ?.....	114
Chapitre IV - La LFSS 2024.....	115
A. Différents sons de cloches concernant les financements	115
B. Le projet de loi LFSS pour 2024 : une suite logique aux retours de l'article 51.....	115
C. Publication de la LFSS 2024	121
Conclusion.....	122
Annexes	123
Annexe 1 : DEPIST PHARMA	123
Annexe 1a : Liste des pharmacies partenaires	123
Annexe 1b : Référence du porteur de projet.....	124
Annexe 2 : Entretiens issus du podcast CPAM sur les AMI article 51	124
Interview 1 : Natacha Lemaire et Ayden Tajahmady, EDS PEPS et IPEP	124
Interview 2 : Pierre De Haas, expérimentateur IPEP	125
Interview 3 : Julie Boitard, expérimentatrice PEPS.....	126
Interview 4 : Jean-Félix Verrier, expérimentateur EDS	127
Interview 5 : Kathleen Waeytens, expérimentateur IPEP.....	128
Interview 6 : Elisa Marais, expérimentatrice PEPS.....	129
Interview 7 : Carole Robin, expérimentatrice EDS.....	130
Interview 8 : Pierre Poullain, expérimentateur IPEP.....	131
Interview 9 : Carole Coquantif, expérimentatrice PEPS.....	132
Annexe 3 : Entretiens de personnes au sein des équipes nationale ou régionales de pilotage du dispositif	133

Entretien 1 : Yannick Le Guen, inspecteur à l'Inspection Générales des Affaires Sociales (IGAS), (MESS, 2021).....	133
Entretien 2 : Vincent Van Bockstael, conseiller médical parcours maladies chroniques, référent régional projets Article 51 à l'ARS Hauts-de-France (MESS, 2021).....	134
Entretien 3 : Natacha Lemaire, rapporteuse générale du projet au ministère de la Santé (MESS, 2021).....	135
Annexe 4 : Entretiens de porteurs de projets.....	136
Entretien 1 : Anne Leruste, infirmière Centre de soins Croix Rouge, adhérent Expérimentation EQUIpes d'Infirmières LIBres Responsables et Solidaires (MESS, 2021).....	136
Entretien 2 : Cyril Gauthier, médecin nutritionniste – EMNO : Espace médical Nutrition et Obésité et Hôpital privé Dijon Bourgogne.....	136
Entretien 3 : Danièle Bader, Présidente de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS) (MESS,2021).....	137
Entretien 4 : Frédéric Brzozowski, Directeur du pôle Addictologie et Santé, Association la Sauvegarde du Nord (MESS, 2021).....	138
Annexe 5 : Entretiens de patients ayant bénéficié des projets	139
Témoignages 1 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "Équilibres" (MESS, 2021)	139
Témoignages 2 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "EMNO"	139
Témoignages 3 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel"	140
Bibliographie.....	141

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Processus de la situation d'interdépendance au choix de la coordination (Dezest, 2023).	22
Figure 2 : Le parcours d'instruction d'un projet Article 51	33
Figure 3 : Processus d'instruction des projets Article 51	35
Figure 4 : Évolution du nombre de projets déposés	57
Figure 5 : Part des projets dans les 12 catégories de prise en charge les plus ciblées	58
Figure 6 : Part des projets pour chaque catégorie de population cible (hors population générale) ..	59
Figure 7 : Part des projets pour chaque secteur concerné pour l'ensemble des projets déposés recevables	60
Figure 8 : Part des projets déposés recevables pour chaque catégorie de porteurs.....	60
Figure 9 : Répartition dans les projets entre outils numériques non-DM et produits de santé	61
Figure 10 : État de l'instruction pour les 1073 projets déposés au 31 août 2022	62
Figure 11 : Évolution du nombre de projets autorisés	63
Figure 12 : Délais de démarrage, en mois, pour les 105 expérimentations autorisées ayant inclus des patients, calculés entre la date d'autorisation et la première inclusion	64
Figure 13 : Cartographie du nombre d'expérimentations par région et par type	66
Figure 14 : Part d'expérimentations dans les 12 catégories de prise en charge les plus ciblées.....	67
Figure 15 : Part d'expérimentations pour chaque catégorie de population ciblée (hors population générale).....	67
Figure 16 : Part de chaque secteur financé pour les 122 expérimentations autorisées.....	68
Figure 17 : Part d'expérimentations autorisées pour chaque catégorie de porteurs.....	69
Figure 18 : Part de chaque type de prévention dans les 78 expérimentations autorisées concernées	71
Figure 19 : Nombre d'expérimentations concernées pour chaque modèle de financement.....	72
Figure 20 : Durée des expérimentations	74
Figure 21 : Évolution du nombre des expérimentations des six premières prises en charge depuis 2019	85

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Synthèse des changements de paradigme visés par l'intégration de soins (Dietrich et al., 2017 ; Dezest, 2023)	19
Tableau 2 : Synthèse des différences entre coopération et coordination (Dezest, 2023).....	22
Tableau 3 : Principaux modèles de financement.....	38
Tableau 4 : Nouveaux modèles de financement innovants	39
Tableau 5 : Tableau comparatif du nombre de projets déposés, recevables et autorisés (fait à partir des données du Rapport du Parlement	63
Tableau 6 : 12 principaux types de prise en charge pour l'ensemble des 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorité, en volume de bénéficiaires	85

TABLE DES IMAGES

Image 1 : Une séance de travail à l'Accélérateur 51 (Delbeau, 2020)	54
Image 2 : Cartographie de projets déposés ³⁷	58
Image 3 : Cartographie du nombre d'expérimentations déployées dans chaque région	65
Image 4 : Extrait du décret d'autorisation de généralisation de l'expérimentation MRTC publié au Journal Officiel	78

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSIS : Comité Scientifique de l'Innovation en Santé

CTIS : Comité Technique de l'Innovation en Santé

DAC : Directions d'Administration Centrale

DGARS : Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé

DCGDR : Direction de la Coordination et de la Gestion du Risque

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EHPAD : Établissement(s) d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESMS : Établissement(s) Sociaux et Médico-Sociaux

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

IPEP : Incitation à la prise en charge partagée

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

JO : Journal Officiel

MSP : Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

PEPS : Paiement en équipe de professionnels de santé de ville

PIB : Produit Intérieur Brut

RAA : Recueil des Actes Administratifs

RG : Rapporteur(e) Général(e)

INTRODUCTION

La France consacre une part significative de son économie à la santé, s'élevant à 313,6 milliards d'euros de dépense courante de santé en 2022, ce qui représente 11,9% de son produit intérieur brut (PIB). Cette proportion demeure la plus élevée parmi les nations de l'Union européenne (en 2^{ème} position après l'Allemagne), avec une contribution minimale de la part des ménages, à hauteur de 8,7% (chiffre de 2021) de cette dépense totale¹. Bien que cette performance financière puisse sembler positive en comparaison à nos voisins européens, elle ne saurait occulter les défis complexes auxquels notre système de santé est confronté.

Au-delà des chiffres, il est essentiel de se pencher attentivement sur l'organisation et la gouvernance de notre système de santé, en quête d'amélioration de son efficacité. La question cruciale qui se pose est la suivante : comment pouvons-nous maîtriser la dette de l'Assurance Maladie tout en optimisant le rendement de notre système de santé ? Nous avons assisté à la fermeture de nombreux petits établissements hospitaliers, maternités et services de santé confrontés à des déficits financiers et à un manque d'équipements adéquats.

La médecine d'urgence est plongée dans une crise aiguë, marquée par des engorgements récurrents, tandis que les zones médicalement désertiques se multiplient. Dans son rapport de 2020, la Cour des Comptes souligne l'impératif de rationaliser les parcours de soins, considérant les marges d'amélioration considérables. Il est impératif de renforcer la coordination entre les professionnels de santé, ainsi qu'avec le personnel du secteur médico-social.

C'est dans ce contexte de défis et d'enjeux complexes que le dispositif de l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018 a vu le jour. Cette initiative s'attache à répondre à certains enjeux et besoins de notre système de santé. Dans cette optique, il est essentiel de comprendre les spécificités de ce dispositif et d'étudier comment il s'inscrit dans notre système de santé français.

Le système de santé, en perpétuelle évolution, nécessite des dispositifs innovants pour répondre aux enjeux contemporains. Au cœur de cette dynamique, l'article 51 de la LFSS 2018 émerge comme un vecteur de transformation majeur du système de santé français.

« Le dispositif vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements inédits, afin d'identifier les modèles permettant de décloisonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs, notamment à travers des objectifs d'efficience et une meilleure prise en compte de la prévention et de la qualité des soins »².

Cet article vise à relever les défis organisationnels, économiques et technologiques auxquels le système de santé français doit faire face. Cela correspond également aux priorités de la politique publique, telles que définies dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, « Ma santé 2022 »³. Cette stratégie repose sur quatre principaux axes : promouvoir la santé, lutter contre les inégalités sociales et territoriales en matière d'accès aux soins, garantir la qualité, la sécurité et la pertinence

¹ DREES. (2023). La Commission des comptes de la santé 2023 (Compte-rendu). Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/actualites-article-evenements/la-commission-des-comptes-de-la-sante-2023-compte-rendu>

² ARS Martinique. Foire aux questions (destinée au site internet Art 51). [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/29544/download?inline>

³ Ministère de la santé. (2017). « Stratégie nationale de santé 2018-2022 ». Décembre 2017. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

des prises en charge, et encourager l'innovation pour transformer le système de santé en impliquant davantage les citoyens.

Cette thèse s'attache à éclairer, cinq ans après sa promulgation, la portée et l'impact de ce dispositif novateur. Notre ambition est de répondre à une question essentielle : **quel bilan pouvons-nous dresser du dispositif Article 51 et quel est son impact sur le système de santé français ?**

Pour répondre à cette interrogation, nous analyserons le dispositif Article 51 à partir des données suivantes :

- Les documents officiels relatifs au dispositif, tels que la loi LFSS pour 2018, la publication des cahiers des charges et avis d'évaluation;
- Les rapports du gouvernement sur ce dispositif avec des données statistiques sur les projets financés par le dispositif, telles que le nombre de projets, le type de porteurs, ect;
- Les témoignages de porteurs de projets, de patients et de professionnels de santé.

La thèse sera structurée en trois parties :

- **Première partie : Un dispositif innovant au cœur de la transformation du système de santé**

Nous présenterons le contexte de l'adoption du dispositif Article 51 et ses objectifs. Nous mettrons en évidence les défis auxquels le système de santé français est confronté et la nécessité de mettre en place des innovations organisationnelles pour y répondre.

- **Deuxième partie : Analyse et bilan des expérimentations**

Nous analyserons les caractéristiques des expérimentations Article 51 et nous ferons un petit focus sur celles en lien avec le pharmacien et les produits de santé.

- **Troisième partie : Bilan général, leçons tirées sur le dispositif**

Nous dresserons un bilan général et les leçons tirées du dispositif Article 51 et nous discuterons de son impact sur le système de santé français. Nous présenterons également les défis à venir pour le dispositif.

PREMIÈRE PARTIE - UN DISPOSITIF INNOVANT AU CŒUR DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

CHAPITRE I - ENJEUX ET DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ

Aujourd'hui, le système de santé français est confronté à plusieurs enjeux auxquels il doit faire face.

A. La transition épidémiologique

a) Une démographie croissante

Selon les données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), la population française connaît une augmentation continue depuis les années 1990. En trois décennies, nous sommes passés de 58 millions à 68 millions d'habitants (chiffres au 1er janvier 1990 et 1er janvier 2024 respectivement)⁴. Cette tendance à la hausse devrait se maintenir au cours des prochaines décennies, les prévisions de l'INSEE indiquant 76,4 millions d'habitants d'ici 2070⁵.

b) Un vieillissement de la population

L'augmentation de la population en France est en partie due à l'amélioration significative de l'espérance de vie, entraînant une augmentation continue du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans. En 2020, les personnes de plus de 65 ans représentaient 20,5 % de la population, soit plus d'une personne sur cinq, contre 20,1 % en 2019 et 19,7 % en 2018. Les prévisions de l'INSEE suggèrent que cette tendance va se poursuivre, avec une projection de 28,7 % de personnes âgées de plus de 65 ans d'ici 2070⁶.

c) Une augmentation des maladies chroniques

Au niveau mondial et en France, on observe une forte augmentation de l'incidence des maladies chroniques. Cette hausse découle en partie du vieillissement de la population et de l'amélioration de l'espérance de vie, comme le montrent les données de l'INSEE. L'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France recense actuellement 12 millions de personnes, en France, souffrant d'une des trente affections de longue durée connues à ce jour. Les deux maladies les plus répandues sont le diabète (2,6 millions de patients) et les cancers (2 millions de patients). D'autres facteurs de risque, tels que de meilleurs diagnostics et techniques d'imagerie, ainsi que la persistance de certains comportements à risque tels que le tabagisme et le surpoids, contribuent également à

⁴ Insee. (2024). Bilan démographique 2023. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>

⁵ Insee. (2020). Population par âge. Disponible sur :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291#:~:text=Au%201er%20janvier%202020,7%20points%20en%20vingt%20ans>

⁶ Ibid.

l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques. Cependant, le vieillissement de la population demeure l'une des principales causes de cette tendance (ARS Ile de France, 2022).

L'augmentation et le vieillissement de la population française, ainsi que l'incidence croissante des maladies chroniques, s'accompagnent de manière inévitable d'une forte augmentation de la demande de soins.

B. Offre de soins et soutenabilité du système de santé : une insuffisante adéquation entre modes d'organisation et modes de financement des activités de santé

a) Des dépenses insuffisantes pour la prévention et la promotion de la santé

La majorité des professionnels de la santé libéraux reçoivent une rémunération basée sur le nombre d'actes médicaux effectués (rémunération à dite « à l'acte »), ce qui crée peu d'incitation à contrôler la quantité de soins dispensés, à gérer les coûts ou à investir dans des initiatives de prévention, de promotion de la santé et de coordination des soins. À cet égard, la France se classe très mal parmi les pays membres de l'OCDE en ce qui concerne les dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé. En 2019, seulement 1,9 % des dépenses totales de santé en France étaient consacrées à des programmes de prévention organisée, comparé à une moyenne de 3 % dans l'Union européenne⁷.

b) Un système de santé fortement axé sur l'hospitalisation

La question de l'offre de soins et de la soutenabilité du système de santé est un enjeu central reconnu depuis longtemps. En effet, la France se caractérise par un système de santé fortement axé sur l'hospitalisation, avec l'un des taux d'hospitalisation les plus élevés parmi les pays de l'OCDE. Cela représente près de la moitié des dépenses totales de santé. Toutefois, il est essentiel de noter que ce manque de coordination entre les acteurs de soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux a des répercussions significatives sur la qualité, l'efficacité et la soutenabilité de l'offre de soins, comme le souligne l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2018 (OMS, 2018).

c) Évolution du financement ambulatoire et limites

Traditionnellement, les professionnels de soins primaires en France ont accordé peu d'importance à la prévention, et l'adhésion aux recommandations cliniques est insuffisante (Schoen et al., 2009). Malgré deux réformes majeures visant à renforcer l'offre de soins primaires, à savoir la mise en place du médecin traitant en 2004 et l'introduction d'un système de paiement à la qualité (P4Q) pour les médecins libéraux en 2010, ces changements n'ont pas eu l'impact escompté sur l'amélioration des pratiques médicales (Dourgnon et Naiditch, 2010 ; Bras, 2020).

⁷ OCDE. (2021). *Health Expenditure and Financing*. Organisation de coopération et de développement économiques. Disponible sur : <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Ces dernières années, la France a pris des mesures pour encourager la collaboration au sein des soins primaires en promouvant les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et de manière plus large le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Cette approche, par rapport à la pratique individuelle, s'est révélée bénéfique en termes de qualité et d'efficacité des soins, en mettant davantage l'accent sur la prévention et la coordination des soins (Mousquès et Daniel, 2015). Des incitations financières ont été introduites pour favoriser ces pratiques pluriprofessionnelles en MSP au cours de la dernière décennie (Cassou et al., 2021).

Par ailleurs, de plus en plus de professionnels de la santé expriment leur préférence pour un emploi en tant que salariés au sein de centres de santé plutôt que de continuer à être rémunérés à l'acte. Ce système de financement historique est perçu comme un obstacle à l'investissement dans la coordination des soins et à la collaboration entre les différents acteurs de la santé. Cependant, d'importantes variations régionales existent en ce qui concerne la taille et la distribution des structures de pratique collective. Par exemple, bien que plus de 60 % des médecins généralistes exercent aujourd'hui en groupe, 57 % d'entre eux partagent leur cabinet avec d'autres médecins plutôt qu'avec des professionnels de santé d'autres disciplines⁸.

d) Évolution de la tarification hospitalière et limites

Le système français de tarification hospitalière a connu plusieurs réformes visant à améliorer son efficience. Avant 1984, les établissements de santé étaient financés sur la base de prix de journée, un modèle sujet à l'inflation des coûts. Ce système a été remplacé par une dotation globale (DG) visant à mieux contrôler les budgets. Cependant, la reconduction des budgets d'une année sur l'autre en se basant sur l'historique des dotations a limité les investissements et l'adaptation des services hospitaliers aux besoins locaux (Le Menn & Milon, 2012)

Par la suite, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), initialement conçu pour suivre l'activité hospitalière, a été utilisé pour ajuster les budgets hospitaliers en fonction de l'activité réelle grâce aux points ISA (indice synthétique d'activité).

Ensuite, la Tarification à l'Activité (T2A) a été introduite en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 »⁹. Elle consiste à rémunérer les établissements de santé en fonction des actes médicaux et des séjours réalisés, plutôt que sur un budget global prédéterminé. Depuis, elle constitue un mode de financement majeur des activités de médecine, des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés¹⁰.

Avec la T2A, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes. Chaque année, le prix de chaque activité est fixé par le ministre de la Santé grâce au mécanisme des Groupes Homogènes de Malades (GHM) / Groupes Homogènes de Séjour (GHS). Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) collecte des données médicales et administratives des patients hospitalisés et classe le séjour de chaque patient

⁸ DREES (2019). « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ». *Études et résultats*, n°1114, mai. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans>

⁹ Ministère de la santé. (2007). « Hôpital 2007: un plan réformateur et innovant ». Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

¹⁰ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

dans un « groupe homogène de malades » (GHM), auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ces éléments mesurent l'activité des établissements de santé et conditionnent ainsi le tarif de prise en charge par les régimes d'Assurance Maladie.

La T2A est un mode de financement des soins de santé qui a suscité de nombreuses études critiques de la part d'économistes et de gestionnaires (Milcent, 2017 ; Burnel, 2017 ; Bras, 2017 ; Mougeot et Naegelen, 2014 ; Kletz et Moisdon, 2015). La mise en place de la T2A visait à accroître la transparence, à améliorer l'équité territoriale et à renforcer l'efficacité du système de santé en France (Le Menn et Milon, 2012). Cela a conduit à une réduction des coûts des traitements et des durées d'hospitalisation, avec une lutte contre les actes redondants. Cependant, des risques de sélection des patients et de diminution de la qualité des soins ont été soulevés.

L'introduction de la T2A a augmenté la productivité mais a également engendré des problèmes liés à la qualité et à la pertinence des soins. Des données montrent une diminution du nombre de lits par habitant et de la durée moyenne de séjour, mais une augmentation des hospitalisations évitables, des réhospitalisations et des consultations aux urgences, en particulier pour les personnes âgées (Bricard et al., 2020 ; IRDES, 2022).

La T2A a également eu un impact sur les pratiques de gestion du système de santé, incitant le corps médical à adopter des méthodes de gestion (Veran, 2016). Cependant, le gain d'efficience avec la T2A est remis en question, car l'augmentation de l'activité peut compromettre la qualité des soins en cas de surmenage des professionnels de santé.

L'erreur cruciale dans la mise en place de la T2A réside dans la considération irréaliste que tous les hôpitaux et patients sont identiques. Selon le Professeur Grimaldi, l'objectif est de « financer le juste soin au juste coût », impliquant la recherche du coût de production efficient et la publication des différences de coûts pour des soins similaires. La concurrence par comparaison, ou *Yardstick Competition* (Shleifer, 1985), souligne le risque majeur pour la qualité des soins et l'éthique lié à une potentielle sélection des patients. En effet, si le prix fixé pour un séjour, en comparant les établissements entre eux, est de telle somme, cela peut, pour les établissements qui ont un coût supérieur, entraîner la sélection des patients ainsi que la diminution de la qualité des soins dans le but de ne pas être déficitaires. Il est essentiel de reconnaître l'hétérogénéité des structures hospitalières et des patients pour éviter ces risques, en combinant un coût réellement observé dans la structure. En effet, un des points fondamentaux, oublié dans ce concept de concurrence par comparaison sur laquelle est basée la TA2, est qu'aucun établissement hospitalier ne « coûte » comme son voisin, pour différentes raisons telles que les frais différents liés à leur environnement, leur vétusté, mais également leur type de patientèle, etc.

Pour réduire le risque de sélection des patients, la classification des pathologies, qui aide à la définition des forfaits, a été précisée et affinée, passant de 475 GHM à l'origine à 2291 aujourd'hui (Dormont, 2020). Cependant, plus les GHM présentent de comorbidités et de patients souffrant de pathologies complexes, plus leur rémunération augmente, ce qui conduit à une optimisation du codage dans cette objectif. L'augmentation de l'activité hospitalière est en partie expliquée par cet alourdissement volontaire des GHM. Bien que certains économistes aient qualifié la T2A d'inflationniste, Dormont (2020) explique que le budget décidé par l'ONDAM contient les dépenses de santé, et le problème réside dans le fait que l'augmentation du volume des GHM n'entraîne pas une augmentation du budget alloué. La régulation se fait par le prix des GHS pour rester dans les limites de l'ONDAM, incitant certaines structures hospitalières à mettre en place des stratégies pour une part plus importante du budget, qui reste inchangé.

La gestion des dépenses hospitalières au niveau macroéconomique, avec l'établissement d'objectifs de dépenses fixés au niveau national, a engendré des conséquences indésirables, notamment :

- Une focalisation sur la quantité plutôt que sur la qualité : les hôpitaux sont incités à réaliser un maximum d'actes médicaux, afin de ne pas dépasser les objectifs de dépenses. Cela peut conduire à des actes inutiles ou de mauvaise qualité.

- Une baisse de la qualité de l'information : les hôpitaux sont contraints de simplifier les données qu'ils transmettent aux autorités sanitaires, afin de les rendre compatibles avec les objectifs de dépenses. Cela peut conduire à une perte de qualité de l'information, ce qui rend plus difficile la prise de décision en matière de santé publique.
- Une augmentation des inégalités territoriales : les hôpitaux situés dans des zones à forte demande médicale sont plus susceptibles de dépasser les objectifs de dépenses. Cela peut conduire à une réduction de l'offre de soins dans ces zones, ce qui peut aggraver les inégalités territoriales en matière de santé.

L'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a publié en 2022 une étude qui confirme ces constats. L'étude montre que les hôpitaux français sont de plus en plus contraints de se concentrer sur la quantité plutôt que sur la qualité, afin de ne pas dépasser les objectifs de dépenses. Cela a des conséquences négatives sur la qualité des soins fournis, ainsi que sur l'équité territoriale de l'accès aux soins. Pour remédier à ces problèmes, l'IRDES propose de réorienter les objectifs de dépenses vers la qualité des soins, plutôt que vers la quantité (IRDES, 2022).

Alors que la Tarification à l'Activité (T2A) peut être appropriée pour financer des activités standardisées avec des coûts facilement estimables, tels que la chirurgie et les procédures interventionnelles, elle doit être adaptée pour tenir davantage compte de la collaboration entre les acteurs de la santé dans une même région ou entre différentes professions, ainsi que pour prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques au sein d'une population vieillissante. Actuellement, les activités de coordination entre les professionnels de la santé et les efforts de prévention ne sont pas intégrés dans le système de tarification, ce qui limite une approche holistique de la prise en charge des patients (Rachet-Jacquet, et al., 2017).

e) Un financement insuffisant pour la coordination des soins mais en amélioration

Le système de santé français est actuellement confronté à de nombreux défis en ce qui concerne la coordination des soins et l'intégration de la prise en charge des patients. Ces défis se manifestent de manière particulièrement marquée aux points de connexion entre les grandes structures organisationnelles du système de santé et du secteur social, notamment entre la médecine générale et la médecine spécialisée, entre le secteur de soins primaires et l'hôpital, entre les différents secteurs de la santé, du médico-social et de l'aide sociale, ainsi qu'entre les approches préventives et curatives¹¹.

Comme nous l'avons vu plus haut, les méthodes actuelles de rémunération des professionnels de santé et des établissements de soins sont souvent considérées comme des obstacles à la mise en place de nouvelles formes de prise en charge plus adaptées aux besoins des patients, notamment celles qui impliquent une coordination multidisciplinaire, intersectorielle et harmonisée. En particulier, les modèles de paiement à l'acte ou à l'activité, tels qu'ils sont pratiqués aujourd'hui, ne permettent que difficilement de consacrer du temps à la coordination ou à la prévention. De plus, ils ne favorisent guère l'évolution des pratiques vers davantage de pertinence et d'efficacité des soins¹².

¹¹ Assurance Maladie. (2019). Guide méthodologique de l'évaluation des projets art.51 LFSS 2018. Accompagnement pour la mise en œuvre de l'évaluation de projets dans le cadre de l'innovation en santé. L'émergence et la diffusion des innovations organisationnelles au cœur des objectifs de l'article 51. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_emergence_et_diffusion_des_innovations_organisationnelles_au_coeur_de_l_article_51.pdf

¹² Ibid.

Pour améliorer la coordination des soins au niveau local, la France a créé des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et encouragé le développement des CPTS. Ces initiatives visent à réorganiser les services hospitaliers autour de la population locale et à renforcer la coordination entre les acteurs de soins primaires, hospitaliers et médico-sociaux.

Depuis 2019, de nouveaux modèles de rémunération, tels que les paiements au forfait, ont été expérimentés pour promouvoir la prise en charge collaborative et le continuum de soins sur l'ensemble du parcours du patient.

C. La nécessité d'intégration des soins et de développement de la collaboration

a) Transitions du système de santé entraînant un besoin d'intégration des soins et de coordination

Le système de santé français est soumis à des changements organisationnels majeurs depuis plusieurs décennies. Ces changements sont liés à cinq transitions : épidémiologique, démographique, professionnelle, technologique et patient-centrée (Chambaud, 2016).

- **La transition épidémiologique** : Le passage des maladies infectieuses aux maladies chroniques, plus complexes et coûteuses à traiter, nécessite une prise en charge globale et coordonnée à long terme.
- **La transition démographique** : Le vieillissement de la population française augmente la demande de soins, en particulier pour les maladies chroniques, nécessitant une prise en charge plus complexe et coûteuse.
- **La transition professionnelle** : L'évolution des pratiques des professionnels de santé tend de plus en plus vers un travail en collaboration pour offrir une prise en charge globale et coordonnée aux patients.
- **La transition technologique** : Le développement des technologies de l'information et de la communication en santé permet une meilleure coordination des soins entre les différents acteurs du système de santé.
- **La transition patient-centrée** : Les patients sont de plus en plus impliqués dans leur propre prise en charge. Ils sont demandeurs d'une meilleure communication et d'une meilleure coordination entre les professionnels de santé et eux-mêmes.

Ces transitions ont conduit à une augmentation de la demande de soins, à une complexification des parcours de soins et à une nécessité de coordination accrue entre les différents acteurs du système de santé.

Garantir une continuité des soins, une coordination de la prise en charge et l'implication active du patient tout au long du processus de soins représente l'objectif central de l'intégration des soins. L'intégration des soins peut se définir ainsi : « *Une approche intégrée consiste en un ensemble de méthodes et de modèles tenant compte des aspects financiers, administratifs et organisationnels, comme des prestations de soins et des éléments cliniques, et visant à favoriser une interconnexion, une articulation et une collaboration entre et à l'intérieur des secteurs sanitaires et sociaux. L'objectif de cette approche est d'améliorer la qualité des soins, la qualité de vie, la satisfaction des consommateurs ainsi que l'efficacité du système pour les patients présentant des problèmes complexes et chroniques, pris en charge par de multiples services, prestataires et contextes. On*

appelle « soins intégrés » le résultat de ces efforts à facettes multiples destinés à promouvoir l'intégration pour ces groupes de patients spécifiques. » (Kodner et al., 2002)

Ci-dessous le tableau synthétique présentant le changement de paradigme à opérer à différents niveaux pour répondre à l'ambition d'intégration des soins.

Constat	Ambition
Système fragmenté	Continuité des soins et intégration
Soins réactifs	Soins planifiés et proactifs
Approche centrée sur la maladie	Approche centrée sur la personne
Modèle médical	Modèle interdisciplinaire
Modèle dicté par l'offre	Modèle centré sur la demande
Patient passif	Patient actif

Tableau 1 : Synthèse des changements de paradigme visés par l'intégration de soins (Dietrich et al., 2017 ; Dezest, 2023)

Dans le contexte d'une intégration des soins efficace, Brunn et Chevreul (2013) avancent plusieurs éléments clés de réussite. Cela englobe la sensibilisation des patients à travers l'éducation thérapeutique, transférant ainsi des connaissances et des responsabilités des professionnels de la santé aux patients, la fourniture de rétroactions aux professionnels pour générer des recommandations, l'utilisation d'un système d'information pour faciliter la coordination, l'importance des soins primaires en tant qu'élément central, et la mise en place d'incitations financières favorables.

b) Mise en place de structures pour répondre au besoin d'intégration des soins et de coordination

Pour répondre aux besoins croissants d'intégration des soins et de transformation dynamique, le système de santé français a mis en place diverses structures au fil du temps.

Les réseaux de soins et de santé ont émergé dans les années 1980 et se sont développés dans les années 1990. La loi du 4 mars 2002, relative aux droits et à la qualité du système de santé, a clarifié le cadre des réseaux de santé. Elle précise que ces réseaux ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins, d'assurer la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge médicales, en particulier celles qui concernent des populations spécifiques, des pathologies particulières ou des activités de santé. Ils visent à fournir des soins adaptés aux besoins des individus, couvrant l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les traitements. De plus, ils peuvent contribuer à des initiatives de santé publique et font l'objet d'évaluation pour garantir la qualité de leurs services et prestations. Ces réseaux de santé se caractérisent par leur origine variée, résultant à la fois de l'initiative d'acteurs de santé engagés et d'actions des autorités sanitaires.

En complément, des Centres Locaux d'Informations et de Coordination (CLIC) ont été créés pour répondre principalement aux besoins spécifiques des personnes âgées. Ces centres ont trois principales missions : informer les individus sur leurs droits concernant les prestations, évaluer le degré de dépendance des personnes âgées et élaborer des plans d'aide personnalisés, tout en accompagnant ces patients dans leur prise en charge médicale.

Des initiatives telles que les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), les maisons départementales des personnes handicapées et les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont également été mises en place pour proposer de nouvelles approches de prise en charge.

En 2014, le dispositif « Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) a été instauré, se concentrant sur les individus de plus de 75 ans susceptibles de perdre leur autonomie, que ce soit d'un point de vue médical ou social. Le ministère de la santé a identifié cinq objectifs clés pour ce dispositif, à savoir renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination entre les prestataires et les interventions, sécuriser le processus de sortie de l'hôpital, éviter des hospitalisations inutiles et optimiser l'utilisation des médicaments.

Cependant, Chambaud (2016) a exprimé des doutes quant à la réelle expansion de ce modèle de soins intégrés, en raison de la multitude de ces dispositifs et de l'apparition de concepts de parcours de soins qu'il a qualifiés de « flottants et ambigus ».

L'intégration des soins a suscité un intérêt considérable, avec Leutz (1999) ayant défini trois modèles d'intégration qui ont été repris par Bloch et Hénault (2014) :

- Le modèle de liaison, qui vise à orienter les patients vers d'autres services de santé ;
- Le modèle de coordination, qui implique une prise en charge où les professionnels de santé travaillent ensemble pour harmoniser les soins qu'ils dispensent ;
- Le modèle d'intégration complète, qui confie l'ensemble des soins et des ressources à un seul service.

Ces modèles d'intégration, souvent basés sur des pathologies spécifiques, sont mis en œuvre sur l'ensemble du territoire national au travers des dispositifs mentionnés précédemment. Ils nécessitent une collaboration multidisciplinaire, rassemblant des acteurs de la santé, du secteur social et médico-social, ainsi qu'une circulation fluide de l'information dans l'intérêt du patient.

c) La transformation du système de santé vers un besoin de coordination ville-hôpital

Le système de santé français, caractérisé par l'hospitalo-centrisme, a longtemps placé l'hôpital au cœur de la prestation de soins. Cependant, cette approche est devenue de plus en plus difficile à maintenir, notamment en raison de la crise de la Covid-19. L'hôpital reste un centre d'expertise important pour les soins aigus et la formation des professionnels de santé, mais il n'est plus adapté pour gérer des séjours prolongés ni les besoins liés à une population vieillissante ou les maladies chroniques ¹³.

La loi de modernisation du système de santé¹⁴ en France a initié un changement vers une approche de soins de proximité, donnant une place prépondérante aux cabinets de professionnels de santé libéraux. Cette transition implique une coopération essentielle entre les acteurs hospitaliers et ceux de la médecine de ville. Elle encourage des hospitalisations plus courtes et promeut la coordination avec les acteurs de santé de la ville. Un exemple de ce changement est le virage ambulatoire, qui

¹³ Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

¹⁴ Ibid.

favorise des prises en charge hospitalières de courte durée, nécessitant une coordination entre les professionnels hospitaliers et libéraux¹⁵.

L'Hospitalisation À Domicile (HAD) est également un dispositif qui réduit la durée des hospitalisations conventionnelles tout en garantissant la continuité des soins dans un environnement sécurisé. Les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont un autre moyen de réduire la durée des hospitalisations classiques, en se concentrant sur la rééducation et la réinsertion des patients (Cour des comptes, 2015).

Ces approches alternatives visent à soulager la pression sur les hôpitaux et nécessitent une coordination efficace entre les différents acteurs de santé, de l'amont à l'aval du séjour à l'hôpital.

d) La coordination, un modèle d'intégration des soins

La coordination des soins est essentielle pour l'intégration des services de santé et fait l'objet d'une réglementation actuelle incitative. Il est nécessaire de définir la coopération pour comprendre la coordination (Dezest, 2023). En santé, la coopération est un moyen d'améliorer la prise en charge des patients et d'accroître l'efficacité et l'efficacité économique, notamment dans le contexte actuel de la santé en France. Différentes formes de coopération sont encouragées par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de 2009, qui vise à favoriser la coopération entre les professionnels de santé, transcendant les anciennes frontières entre les secteurs public et privé de la santé.

La coopération et la coordination sont étroitement liées, car la coopération implique la coordination, en particulier pour réguler les relations entre les professionnels de la santé, les acteurs sociaux et territoriaux. La coordination résulte de la coopération, nécessitant des objectifs et des valeurs partagés entre les acteurs, ainsi que la formalisation des procédures pour synchroniser les contributions de différents acteurs. Elle suppose également un engagement commun en faveur de valeurs communes.

La coordination en santé peut être analysée à travers divers mécanismes, tels que la supervision directe, la standardisation des tâches, la standardisation des compétences, la standardisation des résultats et l'ajustement mutuel. Elle peut se manifester sous différentes formes, notamment la coordination séquentielle, réciproque et collective, en fonction du degré d'interdépendance entre les acteurs de santé.

La coordination en santé se distingue par sa formalisation, avec un accent mis sur la définition des rôles de chaque professionnel de santé et la création de dossiers de prise en charge partagés. Cette formalisation est présente à deux niveaux, parmi les professionnels de la santé d'une part, et parmi les autorités de tutelle d'autre part. Cependant, des conflits peuvent survenir en raison de perceptions contradictoires de la formalisation, certains la considérant comme un partage bienveillant de connaissances tandis que d'autres la perçoivent comme un moyen de contrôle ou d'injonction.

L'étude de la coordination des activités de santé implique également l'exploration de diverses théories, telles que les théories de l'agence, des coûts de transaction, des approches évolutionnistes, institutionnalistes ou de l'acteur-réseau. Les théories de proximité sont également pertinentes, car

¹⁵ DGOS. (2015). Instruction du 25 septembre 2015, relative aux objectifs et aux orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=40158>

elles tiennent compte des aspects territoriaux. La proximité ne se limite pas à la géographie, mais englobe également des dimensions cognitives, organisationnelles, sociales et institutionnelles. Ces dimensions complètent la compréhension de la coordination en santé et sont utilisées pour analyser les tensions au sein des structures hospitalières. Parfois, on parle de coordination de proximité dans la littérature pour décrire cette approche (Dezest, 2023).

Coopération	Coordination
<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la prise en charge des patients - Atteinte de l'efficacité économique - Différentes formes de coopération déployées dans le secteur de la santé (cadre réglementaire incitatif) - En cas d'interdépendance entre individus ou structures, deux possibilités : coopération ou stricte concurrence - La coopération est relative : elle n'exclut pas les tensions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de réguler les acteurs de santé - La coordination résulte de la coopération - Objectifs et valeurs partagés entre les acteurs d'une même coordination - Il ne s'agit pas d'un assemblage d'individus ou de tâches mais de l'adhésion forte entre individus. - La coordination est délibérée, volontaire. - Problématiques territoriales à considérer dans le contexte d'une coordination.

Tableau 2 : Synthèse des différences entre coopération et coordination (Dezest, 2023)

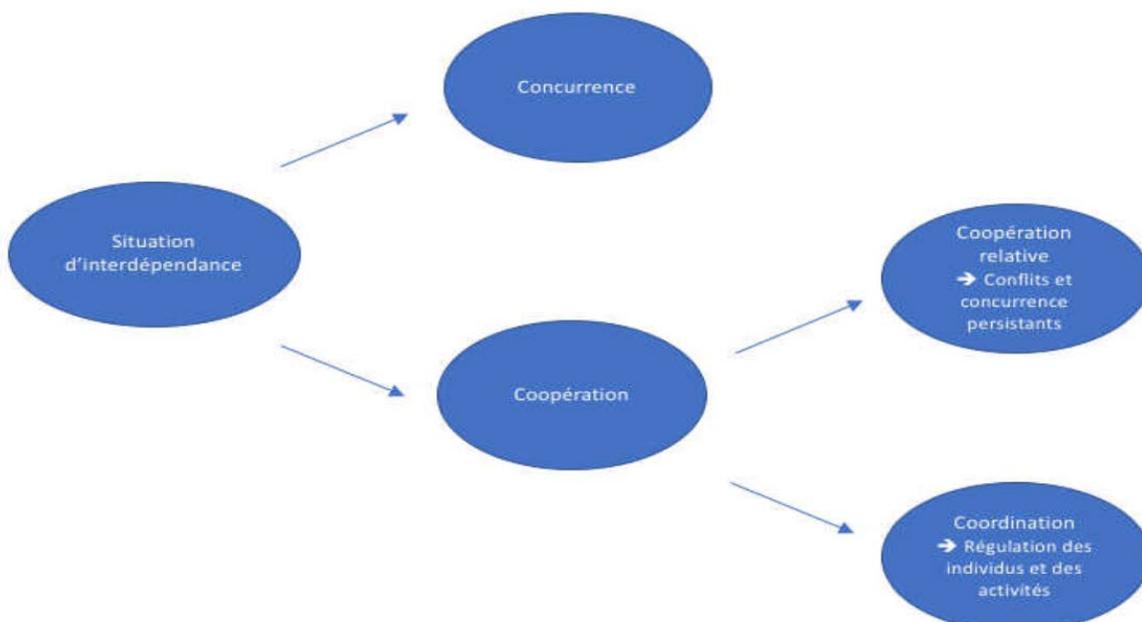


Figure 1 : Processus de la situation d'interdépendance au choix de la coordination (Dezest, 2023)

Si l'on opte pour la coopération, deux options s'offrent : soit maintenir une coopération qui reste relativement informelle, soit évoluer vers une coordination plus élaborée. La coordination découle de la coopération et vise à réguler les actions et les interactions des individus et des entités, alors que la coopération relativement informelle ne parvient pas à éliminer complètement les conflits et la concurrence résiduelle.

Nous verrons que l'objectif de l'article 51 de la LFSS 2018 est clairement de parvenir à une coordination complète, avec une régulation précise des actions et des acteurs telle que décrite précédemment. L'ambition de cette réglementation est d'harmoniser tous les intervenants d'un projet, en veillant à ce qu'ils soient conscients des enjeux, dans une dynamique de coordination. Si les porteurs de projet ne s'engagent pas pleinement dans ce processus de coordination avancée, les conflits qui sont courants au sein d'une organisation perdureront en cas de dépendance mutuelle entre les parties. Il est essentiel que les porteurs de projet aient une forte volonté de s'inscrire dans ce processus, car même une coopération relativement informelle ne suffit pas à réguler efficacement les activités.

e) La coordination en santé : un bilan contrasté

La coordination en matière de santé n'est pas une notion récente, mais elle a toujours été le sujet de débats visant à son amélioration. Divers guides méthodologiques et rapports ont été élaborés par des organismes comme la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS, 2012) et l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS, 2014) pour traiter de cette question. L'IGAS a notamment conclu en 2014 que les structures de coordination étaient nombreuses mais souvent cloisonnées, se limitant à des aspects strictement cliniques ou médico-sociaux, ce qui entraînait parfois une multiplication inutile de ces structures. Il était même mentionné que cette situation conduisait à organiser la coordination de la coordination, ce qui nuisait à son efficacité et à sa lisibilité.

L'IGAS pointait également du doigt les barrières persistantes entre les hôpitaux et les structures en ville, ainsi que le manque d'information des médecins sur les dispositifs de coordination existants. En réponse à ces problèmes, l'IGAS recommandait la mise en place d'un socle de compétences pour les coordonnateurs et la création de formations débouchant sur un diplôme pour structurer ces nouvelles compétences et favoriser la mobilité professionnelle : « *La mission recommande la définition d'un socle professionnel de compétences/connaissances pour les coordonnateurs, qui pourrait compléter un cursus initial, qu'il soit social ou sanitaire. Les différentes formations proposées devraient déboucher sur un diplôme afin de structurer l'émergence de ces nouvelles compétences et assurer la mobilité professionnelle.* » (p.5).

La pandémie de Covid-19 a offert l'occasion d'évaluer la coordination des soins pour les patients atteints de cette maladie. Les ARS ont joué un rôle central dans cette coordination, facilitant la transmission d'informations et les actions entre les établissements de santé et les professionnels de santé en ville. Les ARS ont agi comme des médiateurs entre les ministères et les acteurs de terrain, répondant à leurs besoins de coordination en pleine crise sanitaire. Les Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ont également contribué à renforcer cette coordination interprofessionnelle.

D. La montée des expérimentations dans les politiques publiques

Les expérimentations sont de plus en plus courantes dans divers secteurs, tels que les politiques sociales, l'éducation, l'emploi, la santé, etc, où elles sont mises en œuvre pour tester de nouvelles approches (IRDES, 2023).

L'expérimentation est définie comme une « méthode », permettant de garantir un processus de décision « rationnel », séquentiel et basé sur des données permettant d'évaluer et de prouver l'efficacité de l'action expérimentée : « *le recours à une méthode consistant à mettre temporairement en œuvre un dispositif afin, par une évaluation rigoureuse, d'en mesurer les effets au regard des objectifs poursuivis, pour éclairer la décision publique* » (Conseil d'État, 2019, p.13). C'est un outil de développement et de réforme des politiques publiques.

Un article de l'IRDES souligne que bien que l'expérimentation soit promue comme une méthode rigoureuse, des décalages existent souvent entre les protocoles prescrits et leur mise en œuvre réelle (IRDES, 2023). De plus, certaines expérimentations peuvent être biaisées par des croyances en des incitations comportementales, et leur mise en œuvre peut être entravée par les stratégies des acteurs impliqués (Gomel, et al., 2017).

Néanmoins, les approches de l'évaluation évoluent. Désormais, l'accent est mis sur la mesure de la performance des services publics plutôt que sur l'évaluation de politiques publiques spécifiques (Jany-Catrice, 2020). De plus, le rôle des chercheurs engagés dans ces évaluations connaît également un changement significatif. Ils sont désormais responsables de la conduite de ces évaluations, alors qu'auparavant, leur rôle se limitait à valider les méthodes employées (Serverin et Gomel, 2012).

CHAPITRE II - L'ARTICLE 51 DE LA LFSS POUR 2018

L'article 51 constitue un instrument juridique favorisant l'innovation et marque un changement de méthode significatif. Contrairement aux approches antérieures, cette disposition encourage l'innovation en partant des acteurs de santé eux-mêmes tels que les médecins, les infirmiers, et les établissements de santé. Tout individu porteur d'un projet de transformation organisationnelle a la possibilité de le proposer et de travailler en co-construction avec les services de l'Agence Régionale de Santé et des ministères. Cette collaboration vise à expérimenter de nouvelles approches avec un financement approprié.

L'article 51 offre aux professionnels de santé la possibilité de déroger à certaines réglementations tout en bénéficiant d'un soutien financier. Les projets proposés doivent contribuer à améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, les parcours des patients, la performance du système de santé, l'accès aux soins, et le bon usage du médicament. L'évaluation des projets repose sur quatre critères principaux : leur caractère innovant, leur faisabilité, leur capacité à être diffusés, et leur rapport coût-bénéfice.

En cas de sélection, les porteurs de projets bénéficient d'un accompagnement à chaque étape de l'expérimentation. À la fin de cette période, le projet est évalué en vue de sa possible généralisation. Les expérimentations peuvent durer de 1 à 5 ans, et à leur terme, trois options sont envisageables : l'arrêt de l'expérimentation, l'extension de l'expérimentation, ou le passage dans le droit commun¹⁶.

A. Origine du dispositif

a) Genèse du dispositif

Chaque année, le Parlement vote la LFSS simultanément avec la Loi de Finances qui établit le budget de l'État. Pour la branche Assurance Maladie, la principale mission de la LFSS est de programmer les dépenses de santé. Pour ce faire, elle établit les conditions requises pour maintenir l'équilibre budgétaire de la Sécurité Sociale et définit des objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

b) Enjeux

Comme l'indique Natacha Lemaire, rapporteuse générale au ministère de la santé, ce dispositif a été mis en place en réponse à un constat : les règles et les modes d'organisation et de financement du système de santé bloquaient la coordination entre les acteurs de la prise en charge des citoyens. Chaque acteur était financé pour ce qu'il fait et non pour se coordonner avec les autres, tandis que la coordination est nécessaire pour la majorité des prises en charge. Comme nous l'avons vu plus haut, il y a plus précisément 4 enjeux majeurs qui ont rendu nécessaire de faire évoluer l'organisation et le fonctionnement du système de santé : la transition épidémiologique, le cloisonnement des organisations et des financements, le cadre budgétaire contraint, ainsi que l'inadéquation des modes de financements. De plus, lors de sa présentation, Olivier Véran (2017) soulignait que cet article visait à accompagner les initiatives attendues depuis longtemps par les acteurs du système de santé. En effet, cette réforme du système de santé est une réalisation concrète des aspirations et des

¹⁶ ARS Martinique. Foire aux questions (destinée au site internet Art 51). [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/29544/download?inline>

demandes de longue date des acteurs de santé, et d'une incitation à l'adoption de prises en charge novatrices. L'objectif est également de rassembler toutes les expérimentations et donner de la visibilité sur l'ensemble des expérimentations existantes.

c) But de la démarche

Le cadre d'expérimentation a été créé sur la base de ces 3 objectifs :

- Simplifier : un cadre unique et générique en lieu et place de l'empilement des dispositifs d'expérimentations dérogatoires
- Tester plutôt que de faire du « big bang » : aucun ne dispose de la formule idéale et universelle pour réformer les modèles de prise en charge et de financement
- S'appuyer sur les expertises des professionnels de santé (et leurs partenaires) : partager l'initiative des réformes avec tous les acteurs de santé, au-delà des pouvoirs publics et régulateurs.

Il s'agit d'un dispositif générique permettant de transformer des projets en expérimentations, avec un budget annuel dédié.

d) Les débats parlementaires

Lors de la genèse du dispositif article 51, plusieurs débats ont eu lieu, notamment sur le périmètre des projets éligibles, les modalités de financement des projets et les modalités d'évaluation des projets¹⁷.

Le débat le plus important a porté sur le périmètre des projets éligibles. Certains acteurs, notamment les professionnels de la santé, ont souhaité limiter le champ d'application de l'article 51 aux projets innovants en matière de soins. Ils ont estimé que ce type de projets était le plus susceptible de bénéficier aux patients. D'autres acteurs, notamment les entreprises du secteur de la santé, ont souhaité étendre le champ d'application de l'article 51 aux projets innovants en matière de gestion ou d'organisation, pour améliorer l'efficacité du système de santé. En fin de compte, le périmètre des projets éligibles a été défini de manière large. L'article 51 permet de tester de nouvelles organisations et pratiques dans le cadre de projets innovants, quels que soient leur domaine et leur impact potentiel sur les patients.

D'autres débats ont porté sur les modalités de financement et d'évaluation des projets. Certains acteurs ont souhaité que les projets soient financés sur fonds publics, pour permettre de garantir l'indépendance des projets et leur utilité pour le système de santé. D'autres acteurs ont souhaité qu'ils soient financés par des fonds privés, pour permettre d'accélérer le développement de l'innovation dans le secteur de la santé. En fin de compte, les projets de l'article 51 peuvent être financés sur fonds publics ou privés, ou sur une combinaison des deux.

Sur l'évaluation des projets, certains acteurs ont souhaité que les projets soient évalués de manière stricte, pour permettre de garantir la qualité des projets et leur impact positif sur les patients. D'autres acteurs ont souhaité qu'ils soient évalués de manière plus souple, pour permettre

¹⁷ Assemblée nationale. (2017). XVe législature Session ordinaire de 2017-2018. Séance du lundi 04 décembre 2017. Disponible sur : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/seance/session-ordinaire-de-2017-2018/premiere-seance-du-lundi-04-decembre-2017#1123562>

d'encourager l'innovation et de prendre en compte les risques inhérents à tout projet expérimental. En fin de compte, les projets de l'article 51 sont évalués par un comité d'experts. Ce comité prend en compte la qualité du projet, son impact potentiel sur les patients et sa faisabilité.

Les débats ont également porté sur la nécessité de garantir la transparence et l'évaluation des expérimentations pour s'assurer qu'elles atteignent leurs objectifs et ne causent pas de préjudices.

En conclusion, les débats ont permis de définir un cadre législatif qui répond aux besoins des différents acteurs du système de santé. L'article 51 est un dispositif ambitieux qui vise à favoriser l'innovation et la transformation du secteur de la santé.

B. Les caractéristiques

a) Une ouverture à tous les acteurs

Il est important de souligner qu'aucune restriction n'est imposée quant au statut juridique des porteurs de projets. Ainsi, les associations d'utilisateurs, les établissements de santé (qu'ils soient publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, les entreprises, les acteurs de l'aide à domicile, les organismes complémentaires, et les collectivités territoriales peuvent tous prétendre au rôle de porteur de projet. Une des grandes nouveautés de ce dispositif réside ainsi dans l'ouverture du dispositif à tous les acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, établissements de santé, ou autres intervenants. Cette ouverture favorise la diversité des idées et des perspectives. La nouveauté est également de regrouper l'évaluation de toutes les expérimentations en un seul endroit, ce qui permet plus de visibilité.

b) Une démarche partenariale

C'est un dispositif partenarial entre le ministère et l'Assurance Maladie. L'accent est mis sur l'approche collaborative et partenariale. Les professionnels sont étroitement associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de leurs propres projets. Cela renforce l'engagement et la responsabilité des parties prenantes.

Une caractéristique importante dans le dispositif est la dimension d'accompagnement, avec des démarches d'intelligence collective qui sont mises à disposition dans le processus de développement du projet : lors de son instruction (l'élaboration et la maturation de la lettre d'intention et du cahier des charges jusqu'à son autorisation), puis lors du démarrage de l'expérimentation, de la mise en œuvre du projet, lors du lancement, mais aussi lors de difficultés que le projet peut rencontrer lors du déploiement. Il peut être mis à disposition des porteurs des démarches d'intelligence collective à toutes ces étapes.

Une autre caractéristique est sa dimension évaluative : chaque expérimentation qui est autorisée dispose d'une évaluation externe qui est de la responsabilité commune de la DREES et de la CNAM, selon 3 critères : la reproductibilité, l'efficacité, et la faisabilité. Ces critères sont pertinents du fait que ce qui est évalué est l'organisation en santé. L'ambition est de transformer le système sur la base des évaluations qui ont été conduites.

c) Une transformation du système de santé

Les projets réussis sont destinés à contribuer à la transformation du système de santé. Cela implique que les idées novatrices qui fonctionnent peuvent être adoptées à plus grande échelle pour améliorer le système de santé. Pour permettre de tester des nouveaux modèles d'organisation, le dispositif permet de nombreuses dérogations au droit de la Sécurité Sociale. Les projets sont autorisés dès lors qu'ils permettent d'améliorer l'efficacité du système de santé, d'améliorer le parcours, l'accès aux soins et la pertinence de la prescription des produits de santé.

C. Cadre organisationnel

a) Quels sont les projets qui peuvent rentrer dans le dispositif ?

La loi définit les 3 critères suivants pour cadrer les projets qui peuvent être éligibles :

Premièrement, il faut que le projet poursuive au moins 1 des 6 buts suivants :

- Coordination des parcours de santé
- Pertinence et qualité de la prise en charge
- Organisation d'une séquence de soins de la prise en charge des patients
- Développement des modes d'exercice coordonné
- Résorption et soutien aux zones sous-denses
- Pertinence du remboursement des produits de santé et qualité des prescriptions.

Deuxièmement, il faut qu'il satisfasse aux critères de sélection suivants :

- La faisabilité opérationnelle : l'organisation proposée doit être opérationnelle et sa mise en œuvre doit être possible en termes de ressources humaines, financières et matérielles
- Le caractère innovant : le projet proposé doit se distinguer des prises en charge et expérimentations existantes
- L'efficacité et l'efficience : l'organisation et le financement proposés doivent permettre des améliorations sanitaires, médico-sociales et économiques réelles
- Et la reproductibilité : l'organisation doit pouvoir être transférée dans d'autres territoires avec des conditions identiques ou identifiées comme à adapter au contexte local.

Troisièmement, il est également essentiel de déroger à au moins une règle en vigueur par la loi de la sécurité sociale pour être éligible (parmi une liste).

b) Dispositions législatives auxquelles l'article 51 de la LFSS pour 2018 permet de déroger

« L'article 51 de la LFSS pour 2018 permet notamment des dérogations aux règles de facturation et de tarification pour tous les offreurs de soins, ainsi que des dérogations au panier de soins remboursables. D'autres dérogations concernent la participation financière des patients ou encore le partage d'honoraires entre professionnels de santé.

Enfin, certaines dérogations relatives à l'organisation du système de santé nécessitent un avis de la HAS :

- les prestations d'hébergement temporaire non médicalisé, éventuellement déléguées à un tiers, en amont ou en aval de l'hospitalisation,
- l'attribution d'autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements constitués d'établissements de santé ou de professionnels de santé, et
- l'intervention des prestataires de service et distributeurs de matériels pour la dispensation de dialysat à domicile.

L'article 51 de la LFSS pour 2018 ne permet pas de déroger aux dispositions relatives aux compétences des professionnels de santé, contrairement aux protocoles de coopération prévus par l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. »¹⁸

c) Les instances de gouvernance et de pilotage

- Les organes de décision

Le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS)

Cette instance, représentative des acteurs du système de santé dans leur diversité, a été créée par l'article 51. Il est chargé de donner les grandes orientations du dispositif et de formuler des avis en vue de la généralisation des expérimentations. Il est présidé par le ministre chargé de la Santé et compte 61 membres représentant divers acteurs : professionnels de santé, patients, conseils départementaux, entreprises liées aux produits de santé, et entités publiques tel que le ministère, la CNAM et les ARS. Il a tenu sa première réunion le 5 avril 2018 sous la présidence d'Agnès Buzin, ministre de la Santé. Lors de cette réunion, la ministre a ouvert les candidatures pour les professionnels de santé et a souligné l'objectif principal du dispositif : favoriser la transformation et la coordination des parcours de santé et des coopérations interprofessionnelles au niveau local. Agnès Buzin a également mis en avant le rôle crucial du conseil stratégique dans l'orientation, le suivi et l'évaluation des expérimentations. « *A cet égard, je veux souligner l'importance de l'évaluation dans le dispositif car c'est souvent là que les précédentes expérimentations ont failli.* » (Buzin, 2018). Le conseil stratégique est un espace où la discussion est libre et qui a vocation à se réunir deux fois par an. Enfin, le conseil stratégique encourage une démarche incrémentale. Il s'agit d'une approche qui consiste à apporter des modifications, des améliorations ou des changements progressifs et graduels à un processus, un projet ou un système existant. Au lieu de mettre en œuvre des transformations radicales en une seule fois, une démarche incrémentale implique des ajustements étape par étape, souvent basés sur l'apprentissage et l'expérience acquise au fur et à mesure de la mise en œuvre. Cette approche est généralement utilisée pour minimiser les risques, tester des idées ou des innovations, et permettre une adaptation plus facile aux éventuels problèmes ou défis qui se présentent. Les démarches incrémentales sont courantes dans le développement logiciel, la gestion de projet, et d'autres domaines où il est préférable d'évoluer progressivement plutôt que de tout changer d'un seul coup (Bérard, 2014).

Le comité technique d'innovation en santé (CTIS)

Le comité technique est chargé d'émettre des avis sur les projets soumis, qui conditionnent leur autorisation. Il examine notamment leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial. Il est composé de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), de la Direction Générale de l'offre de

¹⁸ ARS Martinique. Foire aux questions (destinée au site internet Art 51). [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/29544/download?inline>

soins (DGOS), de la Direction générale de la santé (DGS), de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), de la Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et des ARS. Le comité doit solliciter l'avis de la HAS lorsque les projets dérogent à l'organisation des soins prévue par le code de la santé publique. Le CTIS doit rendre ses avis dans un délai de trois mois, quatre si la HAS est impliquée.

Le Rapporteur général

Le Rapporteur général, nommé par le ministre de la Santé, joue un rôle central dans le déploiement du dispositif article 51. Natacha Lemaire, nommée à cette fonction en mars 2018 et toujours en poste en 2024, est donc chargée de superviser les travaux des comités et de servir de lien avec les ministres concernés. Une équipe nationale d'appui, sous la responsabilité du rapporteur général du dispositif, organise le travail du conseil stratégique et du comité technique.

- La déclinaison opérationnelle du dispositif

o Les interlocuteurs au niveau national

La CNAM, ainsi que les directions d'administration centrale telles que la DGCS, la DGOS et la DREES, ont mis en place une équipe de référents dédiée à l'article 51. L'objectif de cette équipe est d'établir un lien étroit avec les acteurs locaux et opérationnels. Les référents au sein de cette structure jouent un rôle concret en connectant les porteurs de projet avec les comités. La CNAM et les directions d'administration centrale se sont fortement engagées dans l'accompagnement des porteurs de projet.

Le ministère de la santé

Chaque projet se voit attribuer un référent au sein de l'équipe nationale d'appui du ministère de la santé, interlocuteur privilégié des porteurs et responsable du suivi de l'instruction et de la mise en œuvre du projet. Il assure l'interface avec les différents services du ministère concernés par le projet.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Une équipe Article 51 au sein de la CNAM, appuyée par les directions métier, assure le suivi de l'instruction puis de la mise en œuvre des projets Article 51.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

Dans le cadre du dispositif Article 51, l'ANAP intervient en complémentarité et en appui du ministère et de la CNAM.

o Les interlocuteurs au niveau régional

De même qu'au niveau national, les 17 ARS réparties à travers le territoire national ont nommé des référents dédiés à l'article 51. Ces référents jouent par exemple un rôle essentiel dans l'élaboration du cahier des charges de chaque projet. Les référents des ARS, de la CNAM et de la Direction de la Coordination et de la Gestion du Risque (DCGDR) se réunissent régulièrement pour renforcer leur appui technique et opérationnel. Il convient de noter que l'ANAP a été rapprochée des ARS pour fournir un soutien supplémentaire aux référents.

Les ARS

Les agences régionales de santé (ARS) portent les politiques de santé en région. Le référent Article 51 est le point d'entrée pour aider les porteurs de projet à élaborer leur expérimentation et les accompagner dans la mise en œuvre. Les ARS autorisent les projets régionaux. Elles pilotent le dispositif en région en lien avec le réseau de l'Assurance Maladie et l'équipe nationale d'appui. Dès le début du dispositif, les ARS ont mis en place des instances de gouvernance pour examiner les dossiers relevant de leurs compétences. Certaines ARS ont inclus des acteurs locaux tels que les professionnels de santé et la CNAM dans ces instances pour favoriser la collaboration, le décloisonnement des réflexions et ainsi l'innovation.

Les organismes locaux d'Assurance Maladie

Le champ d'action de chaque Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est quasiment toujours le département. La mobilisation des CPAM, notamment sur le dispositif article 51, est coordonnée par une direction régionale (DCGDR) qui travaille avec l'ARS. Dans chaque DCGDR est identifié un référent Article 51 qui pourra, en lien étroit avec le référent de l'ARS, appuyer la construction de chaque projet. Nous remarquons une volonté de réellement accompagner les porteurs de projet.

d) Autres outils

- La lettre d'intention (ou pré-cahier des charges)

Ce document propose une première description du problème et de la solution proposée. Au fil des échanges et des travaux, il se transformera en cahier des charges. La trame de la lettre d'intention est disponible sur le site du ministère de la santé¹⁹.

La lettre d'intention constitue le premier document formalisant le projet d'expérimentation. Il s'agit d'un document court qui permet de donner les premiers éléments du projet. Il est souhaitable que cette lettre soit signée par l'ensemble des partenaires soutenant le projet. Cette lettre d'intention décrit la nature et les objectifs de l'expérimentation. Devront également être mentionnés l'impact attendu sur les organisations, les principes du modèle économique escompté et les modalités de conduite d'expérimentation envisagées.

Des échanges s'engageront, sur la base de cette lettre d'intention, afin de compléter le projet d'expérimentation en lien soit avec l'ARS, soit avec l'équipe nationale d'appui du dispositif, pour

¹⁹ ARS Occitanie. Livret d'accompagnement pour les porteurs de projet Article 51. [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/62268/download?inline>

constituer ce qui deviendra le projet de cahier des charges, si le projet relève bien de l'article 51 et s'il présente un stade de maturité suffisant²⁰.

- Le cahier des charges

Ce document est le fruit des échanges avec les interlocuteurs régionaux et/ou nationaux dans une démarche de co-construction permettant de compléter la lettre d'intention. Il définit tous les aspects de l'expérimentation et ses modalités de mise en œuvre (durée, territoires, modèles organisationnels et de financement, parties prenantes du projet...). Ce document fait l'objet d'un avis rendu par le comité technique de l'innovation en santé. Il est ensuite publié au Journal Officiel ou au Recueil des Actes Administratifs suite à l'autorisation du projet par les ministres de la Sécurité Sociale et de la santé ou le DG ARS.

Le cahier des charges est le document annexé à l'arrêté d'autorisation de l'expérimentation. Il détaille le contenu de l'expérimentation, sa durée, son objet et sa catégorie, les dérogations aux dispositions réglementaires, son champ d'application territorial, la nature des informations recueillies sur les patients pris en charge, les modalités de financement, d'évaluation, les professions, structures ou organismes participants appelés à établir une déclaration de liens d'intérêts. Les éventuelles tarifications et rémunérations expérimentales y sont précisées. Le cahier des charges est rédigé, à partir de la lettre d'intention, par le porteur de projet en lien soit avec l'ARS, soit avec l'équipe nationale d'appui du dispositif. Lorsque le projet de cahier des charges est considéré comme suffisamment abouti, il est transmis au comité technique. Celui-ci peut amender le cahier des charges, notamment le champ d'application territorial et le mode de financement.

Le comité technique et les agences régionales de santé peuvent être amenés à lancer un appel à manifestation d'intérêt afin de co-construire avec des acteurs de terrain un projet de cahier des charges répondant au mieux aux préoccupations et tenant compte des contraintes existantes. Le projet de cahier des charges est alors rédigé par un groupe de travail mêlant personnel administratif et acteurs des champs de la santé, du médico-social et du social retenus à l'issue de la procédure.

- « L'Accélérateur 51 »

Ce dispositif d'innovation collaborative prend la forme d'ateliers intensifs organisés par des experts du ministère de la santé et de l'Assurance Maladie au service de l'accélération du développement des projets Article 51, quel que soit leur stade. Déployé depuis mars 2019, il suit trois intentions²¹ :

- La pluridisciplinarité : faire travailler ensemble toutes les parties prenantes du projet,
- La collaboration : encourager le meilleur effort collectif au service du projet, en intégrant les organes instructeurs et experts métiers,
- La focalisation : concentrer le travail sur les sujets prioritaires (modèle de financement, parcours patient,...) lors des ateliers collaboratifs.

L'Accélérateur 51 peut fournir aussi bien une expertise technique, méthodologique que réglementaire. Elle facilite également le réseautage en mettant en relation les porteurs de projets avec d'autres acteurs et partenaires potentiels pour favoriser les synergies et les collaborations.

²⁰ ARS Martinique. Foire aux questions (destinée au site internet Art 51). [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/29544/download?inline>

²¹ Ministère de la santé. (2021). Accélérateur 51 - Comment accélérer la conception et le déploiement de votre expérimentation ? Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/jnp_2021_-_panneau_synthetique_de_l_accelerateur.pdf

D. Le parcours du porteur de projet

Le parcours du porteur de projet se compose de quatre étapes.

- Proposition du projet
- Instruction
- Co-construction du projet
- Financement de l'expérimentation : les fonds

a) Proposition du projet



Figure 2 : Le parcours d'instruction d'un projet Article 51²²

²² ARS Occitanie. Livret d'accompagnement pour les porteurs de projet Article 51. [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/62268/download?inline>

L'image ci-dessus est un extrait du livret d'accompagnement élaboré pour les porteurs de projets. Elle illustre le parcours du point de vue du porteur, depuis le moment où il a une idée jusqu'à la rédaction du cahier des charges. Un accompagnement est mis en place par les ARS s'il s'agit d'un projet régional, ou par l'équipe nationale si le projet concerne plusieurs régions. « En général, nous ne laissons pas les porteurs se débrouiller seuls » (Espace social Européen, 2022) s'exprime Natacha Lemaire lors de ces allocutions. « Nous privilégions une approche collaborative du projet, avec une interaction et une itération constante entre les porteurs de projet et les pouvoirs publics, que ce soit au niveau régional ou national » (Espace social Européen, 2022). Tout cela se met en place après une première sélection, une fois que le projet a été jugé pertinent par les différentes équipes.

b) Instruction

Le processus d'instruction des expérimentations dans le cadre de l'article 51 est conçu pour être itératif et co-construit en collaboration avec les porteurs de projet. Il comporte trois étapes distinctes :

- 1. Le dépôt du projet sous forme d'une lettre d'intention :** Au cours de cette phase initiale, les porteurs de projet présentent une version simplifiée de leur proposition. L'objectif est de vérifier rapidement la recevabilité du projet. Cette première étape permet d'établir un premier contact avec les porteurs de projet à un stade préliminaire de l'expérimentation, garantissant ainsi une orientation correcte dès le début. La recevabilité repose sur trois principaux piliers : l'alignement du projet avec les priorités nationales en matière d'amélioration de la qualité des soins et de coordination des activités de santé sur un territoire, la nécessité de déroger à la législation en vigueur en ce qui concerne l'organisation des soins ou leur financement (ce qui nécessite une expertise juridique approfondie), et l'analyse de la maturité du projet pour évaluer le niveau d'engagement des porteurs.
- 2. L'examen du projet :** À cette étape, des discussions approfondies ont lieu entre les instructeurs et les porteurs de projet. Les porteurs exposent leurs besoins et les lacunes identifiées dans le cahier des charges qui fait suite à la lettre d'intention. Les instructeurs contribuent à transformer le projet en une proposition éligible au dispositif article 51. Des éléments essentiels tels que le modèle économique du projet (financement et gains d'efficacité prévus) et les modalités d'évaluation du projet (critères qualitatifs et quantitatifs) sont souvent insuffisamment définis par les porteurs de projet, et c'est à cette étape que ces éléments sont clarifiés.

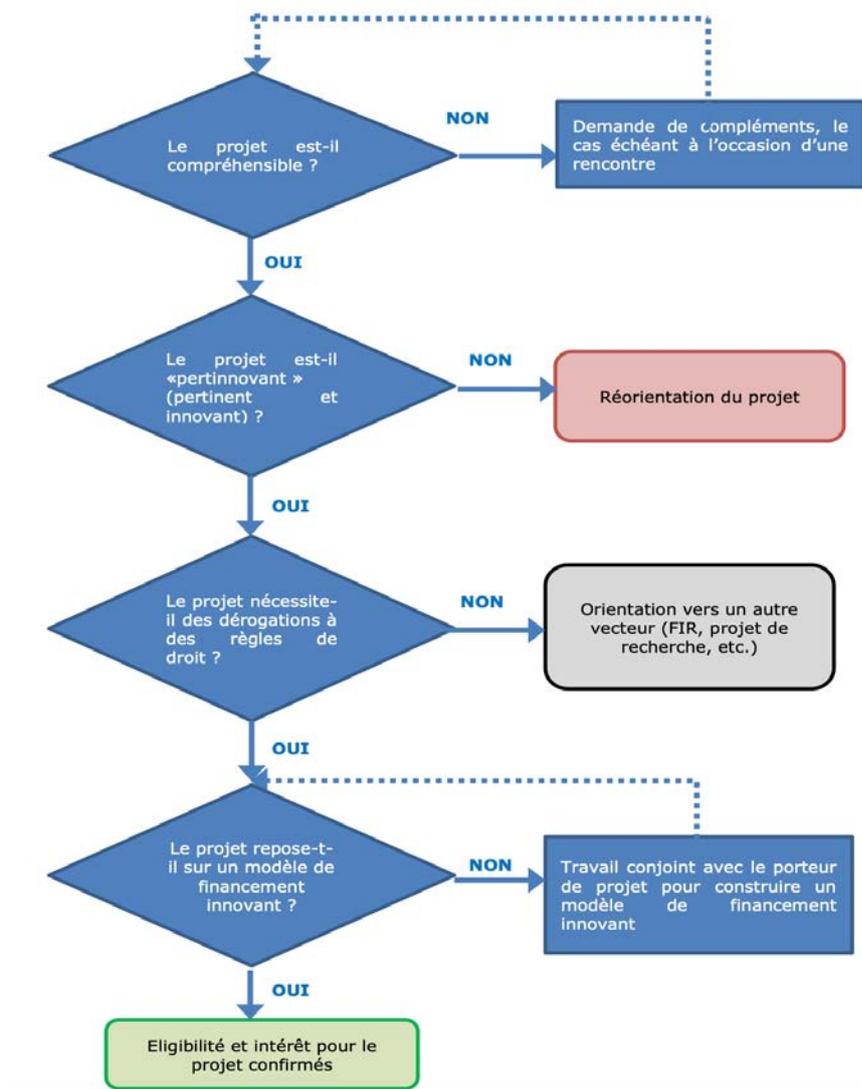


Figure 3 : Processus d’instruction des projets Article 51²³

- 3. La sélection des projets** : Une fois le projet examiné, le comité technique est chargé de prendre la décision finale quant à la sélection des projets intégrant le dispositif de l'article 51. Pour permettre une évaluation rigoureuse, les projets doivent spécifier, dans le cahier des charges, certains paramètres tels que les objectifs de l'expérimentation, la cible visée, la durée et le périmètre géographique de l'expérimentation. À partir de cette première étape, le porteur de projet, en collaboration avec l'ARS ou l'équipe nationale d'appui du dispositif, peut déduire les objectifs, les moyens, et la méthodologie de l'évaluation, tout en respectant le cadre méthodologique défini par le comité technique, sur la base des orientations du conseil stratégique. La sélection des projets d'expérimentation repose notamment sur leur caractère innovant, efficient et reproductible. Des critères tels que l'amélioration du service rendu à la population, l'équilibre du schéma de financement, l'impact sur les organisations, la pertinence des modalités d'évaluation proposées, et la faisabilité opérationnelle sont

²³ Ministère de la santé. (2018). Expérimentations innovantes en santé. Mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport au conseil stratégique. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf?fbclid=IwAR3W_mr5dyqEM-%20gHEv_L9NACzn1XRCmGeLwSDIXue_cF53jX_PleTUVH6cU

également pris en considération. Sous réserve d'un avis favorable du comité technique, l'autorisation de l'expérimentation peut être délivrée par arrêté du DGARS (Directeur Générale de l'Agence Régionale de Santé) pour un champ d'application territorial local ou régional, et par arrêté interministériel pour un champ d'application interrégional ou national. Le comité technique doit se prononcer dans un délai de 3 mois (4 mois si un avis de la HAS est requis) à compter de la réception du cahier des charges. Passé ce délai, l'avis du comité technique est réputé favorable, tandis que l'avis de la HAS est considéré comme défavorable au-delà de 2 mois²⁴. Pour assurer une évaluation adéquate, une cellule d'évaluation est mise en place pour chaque expérimentation dès l'autorisation. Cette cellule, prévue lors de la rédaction du cahier des charges, est systématique et réalisée par un évaluateur externe, impliquant des membres de la CNAM et de la DREES²⁵.

c) Co-construction du projet

Après analyse de la lettre d'intention, si le projet est recevable ou prometteur, le processus d'instruction se poursuit avec la conception du projet, avec un travail d'itérations successives et de co-construction sur la description de l'expérimentation. Ainsi, au travers d'échanges réguliers avec les référents régionaux et/ou national, la lettre d'intention se transforme progressivement en cahier des charges.

Pour aider les porteurs de projets à construire leur projet, une journée à l'Accélérateur 51 peut leur être proposée avec la participation des experts de l'Assurance Maladie et du ministère de la santé.

d) Financement de l'expérimentation

- Les fonds

La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2018 a créé le fonds pour l'innovation du système de santé, le FISS. Celui-ci finance l'évaluation et peut contribuer au financement des éventuels coûts d'amorçage, et d'ingénierie, ainsi que tout ou partie des expérimentations, notamment lorsque le mode de financement est inédit. Le comité technique se prononce sur l'éligibilité des expérimentations au FISS. Pour l'année de lancement des expérimentations, 2018, 20 millions d'euros ont été injectés au FISS. Entre 2018 et 2022, le FISS a engagé plus de 500 millions d'euros pour le dispositif article 51. Pour les projets régionaux, le fonds d'intervention régional, le FIR, peut également être mobilisé notamment pour le reporting, l'appui et l'ingénierie. Entre 2018 et 2022, les ARS ont engagé 21 millions d'euros pour le FIR. D'autres sources de financements complémentaires peuvent également être envisagées (ARS,2023).

Ainsi, deux principales sources de financement peuvent être mobilisées pour financer une expérimentation éligible à l'article 51 ²⁶.

A noter que d'autres sources de financement peuvent venir compléter les financements Article 51 (FISS et FIR) selon le contexte local.

²⁴ ARS Martinique. Foire aux questions (destinée au site internet Art 51). [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.martinique.ars.sante.fr/media/29544/download?inline>

²⁵ ARS Occitanie. Livret d'accompagnement pour les porteurs de projet Article 51. [Cité le 30 octobre 2023]. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/media/62268/download?inline>

²⁶ Ministère de la santé. (2020). Guide sur les modèles de financement à destination des porteurs de projets. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_guide_financement_version_porteurs_240920.pdf

- Utilisation des fonds selon les projets régionaux ou nationaux

Distinguons :

- Les projets régionaux, dont le financement provient du FISS et FIR
 - o Le FISS finance les prestations dérogatoires des expérimentations
 - o Le FIR finance les crédits d'amorçage et d'ingénierie
- Les projets nationaux, dont le financement provient uniquement du FISS
 - o Le FISS finance les rémunérations dérogatoires des expérimentations, ainsi que les crédits d'amorçage et d'ingénierie.

- Crédits d'amorçage et d'ingénierie

Les crédits d'amorçage et d'ingénierie englobent des ressources financières visant à couvrir des dépenses temporaires résultant du démarrage réussi de l'expérimentation, qui ne sont pas couvertes par les prestations dérogatoires. Ils se divisent en deux catégories :

- Les crédits d'amorçage (CA) : Ces crédits servent à financer les coûts liés à la phase de progression du projet. Dans certains cas, la prestation dérogatoire de l'article 51 est initialement ajustée en fonction d'un nombre cible de patients inclus. Cependant, au début de l'expérimentation, ce chiffre cible n'est pas encore atteint, car le nombre de patients inclus augmente progressivement. Néanmoins, les équipes nécessaires au projet sont déjà en place. Les CA visent donc à compenser financièrement l'écart entre les financements initialement estimés en fonction de la cible de patients et ceux effectivement alloués pour la patientèle incluse. Cela permet d'éviter des variations du tarif dérogatoire en fonction du nombre de patients inclus.
- Les crédits d'ingénierie (CI) : Ces crédits sont destinés à couvrir les coûts supplémentaires associés à la mise en place et à la gestion du projet. Ils peuvent englober des dépenses liées aux ressources humaines, à l'achat de matériel, à la formation, etc.

- Prestations dérogatoires (ou « forfaits 51 »)

La prestation dérogatoire, également nommée « forfait 51 », est un forfait de l'Assurance Maladie conçu pour couvrir les coûts associés à la prise en charge du patient, y compris les actions liées à cette prise en charge, la prévention, et la coordination si nécessaire. Son financement est assuré par le FISS. Cette prestation peut être utilisée pour financer :

- Des interventions qui ne sont pas rémunérées par les tarifs habituels du système de santé. Dans ce cas, la rémunération est dite "complémentaire" par rapport au financement de droit commun. C'est par exemple le cas lorsqu'on va calculer des intéressements qui vont être touchés en plus, par exemple un intéressement lié à la prise en charge partagée calculée en fonction des économies faites dans la prise en charge, pondérée à la qualité des soins, qui génère un versement, comme une sorte de dotation collective en plus du financement de droit commun.
- Des interventions déjà couvertes par les tarifs habituels du système de santé. Ici, la rémunération est « substitutive », remplaçant une ou plusieurs rémunérations prévues par le droit commun. C'est par exemple lorsqu'on remplace un paiement à l'acte en ville par un paiement forfaitaire.
- Des interventions déjà financées, mais modifiées dans le cadre de l'expérimentation. Dans ce cas, elle est à la fois « substitutive et complémentaire ». Cela signifie qu'elle intègre à la fois des éléments du droit commun et des actions qui ne sont pas rémunérées par ce dernier, le tout dans le cadre d'une même prestation. C'est par exemple le cas des financements autour d'un épisode de soins qui va inclure des financements supplémentaires pour des acteurs qui

ne sont pas normalement pris en charge comme des diététiciens, et des professionnels de l'éducation sportive adaptée.

Les forfaits peuvent être individuels, couvrant le financement d'un seul professionnel, ou collectifs, englobant le financement de plusieurs professionnels. Un projet peut être financé par un ou plusieurs de ces forfaits en fonction des besoins spécifiques.

Afin de construire leur modèle de financement adapté aux objectifs de leur projet, les porteurs peuvent ainsi se baser sur les modèles actuels ou sur des modèles innovants.

Il existe actuellement une dizaine de modèles de financement théoriques. Les modèles majoritaires dans le système de santé français sont les modèles de tarification à l'activité et le paiement à l'acte. Le guide de financement²⁷ présente les principaux modèles :

Modèle	Définition	Avantages	Inconvénients
Paiement à l'acte	Paiement suivant le volume et la nature des actes	Augmentation de la quantité de soin, pas de risque financier sur le producteur de soin	N'incite pas à la prévention et à la coordination Peut conduire à la multiplication des actes
Prix de journée	Facturation au tarif journalier	Augmentation des services offerts	Augmentation de la durée de séjour (augmentation des coûts), diminution de l'efficacité
Dotation globale	Montant déterminé en début de période sur la base des charges de cette entité de l'année N-1 et corrigée en fonction d'un taux d'évolution fixé en année N	Simplicité, maîtrise des dépenses	Rationnement et sous provisionnement des soins, diminution de la qualité des soins, risque de sélection de patients
Tarification à l'activité (prix de séjour)	Fixation d'un prix de séjour en fonction d'une classification de groupe homogène de séjours fondée sur la pathologie	Incitation à la productivité Transparence du lien acte- financement	Baisse des recettes pour les établissements réalisant les actes les moins rémunérateurs, impact sur les effectifs et les investissements Augmentation des actes inutiles Diminution de l'efficacité Risque de sélection des patients et des services offerts « Upcoding » (pratique frauduleuse qui consiste à facturer des actes ou des services plus coûteux que ceux qui ont réellement été réalisés)

Tableau 3 : Principaux modèles de financement²⁸

²⁷ Ministère de la santé. (2020). Guide sur les modèles de financement à destination des porteurs de projets. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article51_guide_financement_version_porteurs_240920.pdf

²⁸ Ibid.

Le guide de financement ²⁹ présente également de nouveaux modèles innovants à privilégier dans la mesure du possible dans la construction de la prestation dérogatoire :

Modèle	Définition	Avantages	Risques
Financement à la séquence	Rémunération forfaitaire collective et globale pour les différents acteurs qui interviennent dans une prise en charge spécifique pour un patient donné	Favorise les regroupements d'acteurs, la coordination, le découplage Fondé sur les besoins du patient Incite à une uniformisation des coûts publics/privés	Complexité du circuit financier : rémunération multi acteurs nécessitant un partage entre professionnels du forfait Risque de la sélection des patients
Capitation	Somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, soin, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps définie	Augmente la prévention Augmente la couverture de la population Évite les actes inutiles	Place le risque financier sur le producteur de soin, peut inciter à une sélection des patients Incitation à diminuer l'offre de soin +/- la qualité
Paiement horaire	Facturation horaire du service indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail	N'induit pas l'offre excessive de soin	N'encourage pas l'efficacité
Part variable	Paiement incitatif complémentaire qui peut prendre deux formes : <ul style="list-style-type: none"> • Intéressement : le paiement est constitué des économies générées, calculées par indicateurs, partagées entre les acteurs et l'Assurance Maladie • Paiement à la qualité et/ou performance : le paiement est versé selon l'atteinte d'objectifs qualitatifs/quantitatifs définis par des indicateurs (structure, processus, résultats) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressement : Autonomie du professionnel ou de l'équipe de soin dans l'utilisation de cette somme Incitatif à la réalisation de gains d'efficacité • Paiement à la qualité et/ou performance : Incite à la qualité des soins et à l'augmentation de la prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Intéressement : Déporte le risque sur l'équipe de soin Versement aléatoire, car conditionné à la réalisation d'économies Difficultés dans le calcul des gains économiques • Paiement à la qualité et/ou performance : Pas d'amélioration, voire aggravation des mesures non couvertes par le paiement à la performance

Tableau 4 : Nouveaux modèles de financement innovants ³⁰

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

En offrant la possibilité de tester de nouveaux modes de financement, le dispositif vise à favoriser le décloisonnement des financements entre les secteurs sanitaires et médico-social, contribuant ainsi à une convergence bienvenue.

e) En fin d'expérimentation

Un projet a une durée de vie entre 1 et 5 ans. Une évaluation intermédiaire et puis surtout une évaluation finale sont réalisées pour délivrer des résultats qui permettent aux responsables du dispositif de l'article 51 (le CSIS et le CTIS) de se prononcer et délivrer un avis sur le potentiel de généralisation du cadre expérimental qui a été testé. Trois options sont envisageables à la suite de cet avis :

- l'arrêt de l'expérimentation ;
- l'orientation de l'expérimentation vers une extension avant une potentielle généralisation;
- la généralisation qui se traduira par un nouvel arrêté et un nouveau cahier des charges.

A l'issue de l'expérimentation, une phase transitoire post expérimentation est prévue par la LFSS 2022 et peut aller jusqu'à 18 mois. Elle est conditionnée par l'avis favorable CTIS et du CSIS en vue du passage dans le droit commun, après l'analyse du rapport final d'évaluation. Cette phase permet de maintenir le dispositif dans les conditions de l'expérimentation tout en déterminant les modalités d'intégration au droit commun. Le dispositif rentre dans une nouvelle phase dite « d'innovation » et non plus « d'expérimentation ».

- Évaluation

L'évaluation du dispositif article 51 est financée par le FISS. Cette évaluation vise à déterminer la possibilité de généraliser les expérimentations en produisant un rapport d'évaluation transmis au comité technique et au CTIS. L'objectif est de fournir une évaluation objective des résultats des expérimentations, permettant ainsi de décider de la prolongation ou de l'abandon du projet, ainsi que des modalités de diffusion.

Étant donné le nombre important d'expérimentations de natures variées, de différentes envergures et présentant divers enjeux, les protocoles d'évaluation sont adaptés à chaque projet. Ces évaluations sont menées par des évaluateurs externes sélectionnés par le biais de procédures d'appel d'offres public. Les équipes d'évaluateurs sont composées de professionnels pluridisciplinaires³¹. L'enveloppe budgétaire consacrée à l'évaluation par les évaluateurs externes s'élève à plus de 14 millions d'euros³².

Il est important de souligner que toutes ces expérimentations seront évaluées par une entité externe. Cela signifie qu'il a été mis en place une ingénierie complète pour l'évaluation et la mise en œuvre de chaque projet. Chaque projet suit un modèle spécifique, ce qui constitue la particularité de ce dispositif. La promesse est que, si tout se déroule comme prévu, le projet sera intégré dans le droit commun. Cela signifie qu'à chaque projet correspond un modèle de financement et une tarification. L'élaboration de ces modèles prend du temps, mais cela signifie également que les acteurs impliqués sont rémunérés comme s'il existait déjà un tarif en vigueur. Sur le plan de l'ingénierie financière, « nous faisons du sur-mesure à grande échelle » résume Natacha Lemaire (MESS,2021).

³¹ DREES et Assurance Maladie (2019). Guide méthodologique de l'évaluation. Résumé. Disponible sur : https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-02/article_51_guide_methodologique_evaluation_resume_pour_lecteur_presse.pdf

³² Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

- Enjeux liés à l'évaluation des expérimentations

L'article L. 162-31-1 du code de la Sécurité Sociale (CSS) impose la réalisation d'une évaluation systématique des projets expérimentaux relevant de ce dispositif. Dans un délai maximal de six mois après la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est élaboré et transmis au CTIS, puis au CSIS, aux fins d'obtenir leur avis, notamment sur la pertinence de généraliser les expérimentations. Ces rapports d'évaluation et avis sont ensuite communiqués au Gouvernement, qui présente chaque année un état des lieux des expérimentations en cours ou achevées devant le Parlement³³.

Dans ce contexte, les évaluations ont deux principales fonctions :

- Évaluer la réussite d'un projet : cette évaluation vise à fournir des informations utiles pour les instances chargées de prendre des décisions concernant le devenir du projet. L'appréciation de la réalisation des objectifs se fait de manière progressive et pragmatique, en se basant sur trois critères majeurs :
 - La faisabilité et l'opérationnalité du dispositif,
 - La possibilité de reproduire le dispositif dans d'autres endroits, contextes, et à une plus grande échelle,
 - L'efficacité et l'efficience du dispositif.
- Capitaliser et consolider les enseignements : au-delà des résultats spécifiques à chaque dispositif évalué individuellement, l'objectif est d'analyser les facteurs clés de succès, ainsi que les obstacles, et de prendre en compte les éléments contextuels. Cette approche permet de dégager des enseignements généraux qui favoriseront l'émergence de modèles systémiques.

- Focus sur les critères d'évaluation

L'évaluation des expérimentations se base sur plusieurs critères essentiels :

- **La faisabilité / l'opérationnalité du montage expérimental** : Ce critère examine la capacité des organisateurs à mettre en place et à faire fonctionner l'expérimentation prévue dans la durée. Il comprend également l'analyse du contexte local dans lequel le projet est déployé, ainsi que des antécédents de son implantation. Toutes les expérimentations sont soumises à une évaluation de faisabilité / opérationnalité.
- **L'efficacité / l'efficience des organisations** : Cette analyse se concentre sur la capacité du dispositif à améliorer la pertinence, la qualité et l'efficacité des soins, ainsi qu'à mieux répondre à certains besoins de santé. Elle peut également inclure une évaluation économique du dispositif. En fonction des expérimentations et de la disponibilité des données, ces analyses sur l'efficacité pourront varier en complexité, en utilisant principalement des données quantitatives (et occasionnellement qualitatives) pour développer des indicateurs de processus, de résultats intermédiaires et finaux. Certaines évaluations peuvent même utiliser des méthodes expérimentales ou quasi-expérimentales. Dans la mesure du possible, les évaluations s'appuieront sur les données du système national des données de santé (SNDS).
- **La reproductibilité** : Ce critère est l'un des plus complexes à évaluer. Il implique de considérer les perspectives de dissémination des expérimentations à des échelles territoriales plus vastes. En fin de compte, il vise à déterminer si l'expérimentation a le potentiel de servir de

³³ DREES et Assurance Maladie. (2019). Guide méthodologique de l'évaluation des projets art. 51 LFSS 2018. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_guide_methodologique_evaluation_des_projets_articles_51.pdf

modèle structurant pour l'offre de soins et de répondre aux besoins spécifiques des territoires.

- Place des données de santé dans l'évaluation

La notion de données de santé est désormais définie de manière étendue par le Règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), qui est entré en vigueur le 25 mai 2018. Selon cette définition, les données à caractère personnel concernant la santé englobent toutes les données liées à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique, y compris les informations sur la prestation de services de soins de santé. Cette définition englobe l'ensemble des données collectées et produites dans le cadre du parcours de soins des personnes, ainsi que celles qui, détenues par d'autres acteurs, tel que les développeurs d'applications par exemple, fournissent des informations sur l'état de santé de la personne. Actuellement, des procédures spécifiques sont prévues pour le recours à des données individuelles à des fins d'évaluation, en coordination avec la CNIL.

Afin de réaliser une évaluation complète et de recueillir des données fiables pour alimenter les indicateurs, plusieurs méthodes et sources de données peuvent être mobilisées³⁴, notamment :

- Les données médico-administratives issues du système national des données de santé (telles que le DCIR, le PMSI, les causes médicales de décès, etc.) ;
- Les données agrégées et les indicateurs fournis par la plateforme de facturation de l'article 51 ;
- Pour certains projets, les données individuelles provenant de la plateforme de facturation de l'article 51 ;
- Les systèmes d'information potentiellement utilisés dans le cadre de l'expérimentation (comme les systèmes d'information hospitaliers ou les dossiers des patients), ainsi que des collectes spécifiques de données (par le biais d'enquêtes, par exemple).

E. L'interprofessionnalité permise par l'article 51

a) De manière générale

L'article 51 de la LFSS 2018 favorise l'interprofessionnalité en permettant des expérimentations et des projets collaboratifs qui impliquent plusieurs acteurs du domaine de la santé. Il crée un cadre dérogatoire pour tester des approches innovantes en matière d'organisation des soins et de financement. Concrètement, cela signifie que les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 peuvent réunir divers professionnels de la santé, y compris des médecins, des infirmiers, des pharmaciens, des gestionnaires de soins, etc., dans le but d'améliorer la coordination des soins et d'explorer de nouvelles façons d'organiser les services de santé.

L'interprofessionnalité permet une meilleure collaboration entre les différents acteurs de la santé, favorisant une approche plus intégrée et holistique des soins. Cela peut contribuer à améliorer

³⁴ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

l'efficacité des services de santé, à renforcer la continuité des soins et à répondre de manière plus efficace aux besoins des patients.

b) Appels à manifestation d'intérêt (AMI)

Dans le but d'accélérer le démarrage de projets d'expérimentation d'initiative nationale et de maximiser leur succès en impliquant activement les acteurs de terrain dès la phase de conception, le ministère de la santé ainsi que la CNAM ont conjointement initié trois appels à manifestation d'intérêt (AMI) en mai 2019. Ces AMI visent à sélectionner des acteurs volontaires pour collaborer avec le ministère et l'Assurance Maladie afin de co-construire le cahier des charges de trois modèles de financement qui ont été expérimentés à partir de juin 2019³⁵:

- Le paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)
- L'incitation à une prise en charge partagée (IPEP)
- Le paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS).

- Le paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)

Un épisode de soins désigne une séquence cohérente de soins faisant intervenir divers professionnels de santé, rémunérés collectivement plutôt que de manière individuelle. Ce mode de financement encourage la solidarité financière entre les acteurs de l'épisode de soins, ce qui reflète le rôle et les responsabilités de chacun dans le processus de soins ³⁶.

A travers un financement forfaitaire global des soins, l'expérimentation EDS vise à favoriser la coordination et la fluidification du parcours du soin du patient sur 3 types de prise en charge chirurgicales programmées :

- La prothèse totale de hanche
- La prothèse de genou
- La colectomie pour cancer.

Ces interventions ont été sélectionnées en raison de leurs volumes significatifs, de leur impact sur les établissements ex-DG et ex-OQN, et des défis importants liés à la coordination et à l'amélioration des soins.

Dans le cadre de cet appel à manifestation, l'objectif est de choisir des équipes chirurgicales, éventuellement en collaboration avec d'autres acteurs tels que les SSR, HAD, URPS, qui souhaitent participer activement à l'élaboration du cahier des charges d'une prise en charge chirurgicale intégrant les phases amont et aval du séjour, dans le but de renforcer la coordination des soins. Ces initiatives novatrices reposent sur la mise en œuvre d'un financement décloisonné dérogatoire, intégrant une évaluation de la qualité des soins.

³⁵ Ministère de la santé. (2022). Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée – IPEP. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-une-incitation-a-une-prise-en-charge-partagee-ipep>

³⁶ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

- L'incitation à une prise en charge partagée (IPEP)

L'incitation à une prise en charge partagée est un système de paiement qui ajoute un élément financier incitatif collectif à la tarification standard qui est habituellement appliquée. En d'autres termes, lorsqu'un groupe d'acteurs de la santé travaille ensemble pour atteindre des objectifs spécifiques de qualité des soins et de maîtrise des coûts, l'IPEP permet de distribuer collectivement des incitations financières en plus des paiements standards. Ces incitations financières sont attribuées en fonction de la performance globale du groupe dans l'atteinte de ces objectifs. Cette participation aux bénéfices est versée au collectif, au groupe d'acteurs, qui répartit cette participation aux bénéfices comme bon lui semble.

IPEP vise à résoudre plusieurs grands problèmes dans le domaine de la santé :

- Les interruptions fréquentes dans les parcours de soins des patients
- La nécessité de contrôler les coûts de santé
- Et l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou des personnes vulnérables.

L'expérimentation IPEP vise à évaluer une incitation financière collective, versée à un groupement d'acteurs de la santé en complément des financements traditionnels tels que le paiement à l'acte, la tarification à l'activité et la dotation globale. Cette incitation est calculée en fonction de la réalisation d'objectifs liés à la qualité des prises en charge, à l'expérience des patients et à la maîtrise des dépenses pour une population déterminée.

Les projets pilotes sont donc appelés à optimiser l'utilisation des ressources disponibles en faveur d'une intégration accrue des prestataires de soins, visant à offrir à moindre coût une prise en charge de qualité supérieure pour les patients. Ces projets réunissent des professionnels de diverses disciplines qui coordonnent leurs efforts au quotidien, formant ainsi un groupement d'acteurs chargé d'organiser la prise en charge de chaque patient selon des objectifs de qualité et d'efficacité mesurés par des indicateurs.

L'incitation collective repose sur deux composantes principales. Premièrement, une composante axée sur la qualité exige une coordination améliorée des acteurs, conduisant à une amélioration de la qualité des soins et de l'expérience des bénéficiaires. Deuxièmement, une composante axée sur la maîtrise des dépenses prévoit que l'organisation mise en place génère des économies à long terme.

Cette incitation collective prend en compte les résultats liés à l'atteinte des objectifs de dépenses et aux indicateurs de qualité. Elle vise à permettre aux acteurs engagés dans des actions de coordination de maintenir leurs ressources, contrecarrant ainsi la tarification à l'activité ou à l'acte, qui offre peu d'incitations à la pertinence des prises en charge et à la maîtrise des dépenses par les acteurs de la santé.

L'objectif ultime est de laisser aux acteurs la liberté de décider, au niveau du projet, de l'utilisation de l'incitation et des patients sur lesquels le projet se concentrera pour atteindre les objectifs définis par le modèle. Cela implique que les projets pilotes aient un impact opérationnel sur l'ensemble des dépenses de santé relatives aux patients ciblés. Pour atteindre ces résultats, le groupement peut proposer de nouveaux services ou développer des formes innovantes de prestations de soins, qu'elles soient entièrement nouvelles ou qu'elles remplacent certaines prestations plus traditionnelles. Cette expérimentation s'inspire de différents modèles de financement intégré testés dans d'autres pays, principalement des *accountable care organizations* (ACO) aux États-Unis, mais également d'autres modèles, tels que les *new care models* en Angleterre et *Integreo* en Belgique.

L'IPEP est donc calquée sur le modèle américain des ACOs, issus de la promulgation en 2010 de l'Affordable Care Act (ACA), dit Obamacare ³⁷. Cette loi poursuit un double objectif. D'une part, maintenir les dépenses médicales, de l'autre, améliorer la qualité des soins pour les patients américains. Les Centers for Medicare & Medicaid Services ont fourni une définition d'un ACO, qui a été incluse dans le rapport Lemaire (2017) : « des groupes de médecins, d'hôpitaux ou d'autres prestataires de soins de santé qui travaillent volontairement ensemble pour fournir des soins coordonnés et de haute qualité à leurs patients Medicare ». Les ACOs réunissent les professionnels de santé dans une démarche visant à améliorer les soins. Le financement des soins reste conforme au droit applicable (rémunération à l'acte par exemple), et un contrat supplémentaire s'ajoute au financement de base. Ce contrat supplémentaire lie le financeur public et les professionnels autour d'un objectif commun de dépenses de santé par patient. En cas de dépenses inférieures à l'enveloppe budgétaire, les acteurs se partagent les bénéfices, souvent accompagnés d'une clause de coordination des activités de santé. Les trois premières années d'expérience des ACOs aux États-Unis ont conduit à des économies importantes, principalement dans les domaines des hospitalisations aiguës, des soins de suite, des urgences, et des actes médicaux. Les indicateurs de qualité ont montré une amélioration de près de 80% (Lemaire, 2017). L'efficacité du modèle découle de la définition initiale d'objectifs, ciblant les populations nécessitant une coordination accrue, comme les personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques. Le modèle incitatif des ACOs, similaire à l'IPEP en France, repose sur les dépenses de santé. La simplicité du modèle est essentielle pour une appropriation optimale par les soignants. Les systèmes d'information jouent un rôle central dans la réussite de ce mode de financement en facilitant les échanges et le reporting des indicateurs. La littérature nationale et internationale souligne l'intérêt des ACOs dans le contexte actuel de contraintes budgétaires et d'amélioration de la qualité des soins (Maillard, 2019).

La performance des organisations expérimentant IPEP sera évaluée selon deux critères principaux : la qualité des soins fournis aux patients et la maîtrise des dépenses³⁸:

- Pour évaluer la qualité des soins, six grands thèmes ont été proposés :
 - o Améliorer l'accès aux soins sur le territoire, en réduisant les délais d'attente pour les rendez-vous médicaux, en facilitant l'accès aux soins pour les personnes précaires, et en structurant les soins de premier recours pour réduire les passages aux urgences évitables.
 - o Réduire les hospitalisations évitables en renforçant la coordination entre les acteurs de santé en ville et à l'hôpital.
 - o Assurer le suivi des patients atteints de pathologies chroniques pour éviter les interruptions dans leur parcours de soins, en favorisant la coordination entre les professionnels de santé et en anticipant les complications.
 - o Améliorer la pertinence des prescriptions médicamenteuses en réduisant la polymédication et en garantissant la sécurité des soins, notamment pour les personnes âgées.
 - o Promouvoir la prévention et l'amélioration des comportements en matière de santé en identifiant les comportements à risque et en mettant en place des actions de dépistage, d'éducation thérapeutique et de prévention des complications.

Un groupe d'organisations a la possibilité de choisir l'une ou plusieurs des thématiques disponibles en fonction de leurs propres objectifs.

³⁷ Ministère de la santé. (2021). Intégration et financements aux États-Unis (ACO) et en Angleterre (MCPs et PACs). Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/article/integration-et-financements-aux-etats-unis-aco-et-en-angleterre-mcps-et-pacs>

³⁸ Ministère de la santé. [Cité le 30 octobre 2023]. Appel à manifestation d'intérêt. Expérimentation nationale relative à l'incitation à une prise en charge partagée. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ami_ipep.pdf

- La satisfaction de l'expérience patient : L'OMS reconnaît maintenant l'importance de la perception des patients pour évaluer les systèmes de santé. Les organisations sont encouragées à mettre en place des outils pour mesurer la satisfaction et l'expérience des patients, en se concentrant sur leur ressenti global pendant leur prise en charge, y compris l'accès aux soins, la continuité du parcours de soins et leur implication dans les décisions concernant leur traitement.
- Pour évaluer la maîtrise des dépenses : Les organisations sont encouragées à réduire les dépenses inutiles, comme les prescriptions médicales non pertinentes ou les hospitalisations évitables. Pour évaluer leur efficacité, des indicateurs de maîtrise des dépenses seront utilisés. Ces indicateurs comprennent la fixation d'objectifs de dépenses, le calcul de taux de variation attendus en fonction des caractéristiques des patients et du territoire, ainsi que la vérification ultérieure du respect de ces objectifs.

- Paiement en Équipe de Professionnels de Santé (PEPS)

Le PEPS est un dispositif de financement des structures de coordination des soins mis en place par l'article 51. Ce dispositif vise à soutenir le développement de la coordination des soins, en favorisant la participation de l'ensemble des acteurs de santé.

Le PEPS repose sur un financement pluriannuel, qui permet aux structures de coordination de bénéficier d'une visibilité sur leurs ressources et de se projeter dans le temps. Ce dispositif est également basé sur une approche incitative, qui récompense les structures de coordination qui réalisent des résultats concrets en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Le PEPS est un dispositif innovant, qui a le potentiel de contribuer au développement de la coordination des soins en France. Cependant, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions définitives sur son impact.

CHAPITRE III - L'INNOVATION

A. L'innovation

L'innovation, telle que définie par l'OCDE en 2005, englobe la mise en place de produits ou de procédés nouveaux ou sensiblement améliorés, de nouvelles méthodes de commercialisation ou d'organisation dans les pratiques d'une entreprise, organisation de travail ou relations extérieures. Cette définition reconnaît les dimensions endogènes et exogènes de l'innovation.

Au cours de la fin du XXe siècle, un changement de paradigme s'est opéré, passant de l'innovation fermée à l'innovation ouverte, ce qui a ouvert la voie à des notions telles que l'innovation collaborative et en réseau. Selon Schumpeter (1934), l'innovation est une réponse créative à des sollicitations macroéconomiques, insistant sur le caractère créatif de l'innovation dans un contexte complexe.

Rogers (1995) a identifié 5 caractéristiques pour évaluer ou comparer des innovations :

- L'avantage relatif : il s'agit de déterminer si cette innovation offre des avantages ou des performances supérieurs par rapport à ce qui existe déjà, et quels bénéfices l'utilisateur peut en tirer.
- La compatibilité : cela concerne le degré d'adéquation entre les attentes, les valeurs et les pratiques de l'utilisateur, et ce qu'il doit investir pour utiliser cette innovation. Plus cette adéquation est élevée, plus l'adoption de l'innovation sera rapide.
- La complexité : il s'agit de mesurer la facilité ou la complexité d'utilisation de l'innovation. La facilité de compréhension et d'utilisation de l'innovation peut favoriser son adoption.
- La possibilité d'essai : cela permet à l'utilisateur de tester l'innovation, offrant ainsi une meilleure appropriation.
- Le caractère observable : il s'agit de déterminer si les résultats et les avantages potentiels de l'innovation sont visibles, ce qui facilite l'appropriation de l'innovation par l'utilisateur.

Ces caractéristiques peuvent être appliquées aux innovations dans le cadre de l'article 51 :

- L'avantage relatif : l'expérimentation innovante doit améliorer les prises en charge des patients.
- La compatibilité : l'expérimentation innovante doit être compatible avec les spécificités territoriales des régions.
- La complexité : l'expérimentation innovante doit être compréhensible et applicable par les acteurs de santé.
- La possibilité d'essai : l'expérimentation innovante est mise en œuvre sur une durée contractuelle précise.
- Le caractère observable : les résultats de l'expérimentation innovante sont évalués à l'issue de la durée contractuelle.

Loilier & Tellier (1999) ont identifié trois dimensions d'un projet d'innovation : la décision, la mise en œuvre et la diffusion. L'efficacité du dispositif de l'article 51 de la LFSS 2018 repose en grande partie sur la diffusion des expérimentations, car l'objectif est de transformer en profondeur les prises en charge des patients. La dimension décision est soigneusement gérée par l'ARS avec les appels à manifestation d'intérêt et l'évaluation du cahier des charges.

Rogers (1995) a également étudié le processus de diffusion de l'innovation, soulignant la résistance naturelle au changement chez les utilisateurs, en particulier parmi le personnel hospitalier. Dans le domaine de la santé, les appels à projets innovants sont désormais prévus par la législation, favorisant une approche ascendante de l'innovation, initiée par les acteurs de la santé sur le terrain. « Acculturer une culture de l'innovation permet de rendre les organisations résilientes » (MESS, 2021). En d'autres

termes, instaurer une culture de l'innovation permet aux organisations de rester flexibles et adaptables aux changements. Elle encourage les acteurs à proposer de nouvelles idées et à les mettre en œuvre.

B. L'innovation en santé

L'innovation en santé est un sujet complexe et crucial, mais son approche et son acceptation au sein des organisations de soins de santé sont entourées de diverses particularités et difficultés. Au fil des siècles, l'innovation était souvent perçue comme une menace pour la stabilité des organisations de santé, mais au début des années 2000, elle est devenue synonyme de progrès et de créativité (Godin, 2015). Le secteur de la santé est complexe, caractérisé par de nombreuses parties prenantes, une organisation souvent compliquée, et des exigences croissantes en matière de qualité des soins (Jorgensen, 2007).

Le secteur de la santé présente de nombreuses spécificités qui peuvent rendre l'innovation difficile (Boukamel & Emery, 2019) :

- La diversité des acteurs impliqués : L'innovation en santé nécessite la collaboration de nombreux acteurs, tels que les professionnels de santé, les patients, les entreprises, les organismes de recherche et les pouvoirs publics. Ces acteurs peuvent avoir des intérêts divergents, ce qui peut rendre difficile l'obtention d'un consensus sur les projets d'innovation.
- Les objectifs liés aux politiques publiques : L'innovation en santé doit souvent répondre à des objectifs fixés par les pouvoirs publics, tels que l'amélioration de la qualité des soins ou la réduction des coûts. Ces objectifs peuvent être contraignants et limiter la marge de manœuvre des acteurs de l'innovation.
- Les questions éthiques : L'innovation en santé peut soulever des questions éthiques complexes, telles que la protection de la santé de la personne en expérimentation ou la confrontation entre l'intérêt de la recherche et l'intérêt individuel. Ces questions doivent être soigneusement examinées avant de mettre en œuvre une innovation.
- La collecte de données délicate : L'innovation en santé repose souvent sur la collecte de données sensibles sur les patients, telles que leurs données médicales ou leurs habitudes de vie. La collecte et l'utilisation de ces données doit être réalisée de manière éthique et sécurisée.
- Le fait que les services de santé sont directement liés à la vie humaine : L'innovation en santé doit être sûre et efficace. Toute innovation qui présente un risque pour la santé des patients doit être soigneusement évaluée avant d'être mise en œuvre.

De plus, le manque chronique de personnel dans le secteur de la santé limite le temps consacré à l'innovation (Ologeanu-Taddei et al., 2015).

L'innovation en santé est possible, mais sa comparaison avec l'innovation dans d'autres secteurs n'est pas toujours pertinente, car les innovations en santé peuvent être de nature progressive plutôt que radicale (Bloch & Bugge, 2013). Le secteur de la santé est également confronté à des problèmes d'implantation et d'acceptation de l'innovation au sein de l'administration, en raison de l'aversion au risque et de la bureaucratie (Boukamel, 2018 ; Frimousse & Peretti, 2022).

L'innovation en santé peut être stimulée par des raisons exogènes aux organisations publiques de santé et est souvent le fruit d'une approche collaborative (Head & Alford, 2015).

En résumé, l'innovation en santé est un défi complexe, en grande partie à cause des spécificités du secteur, mais il est essentiel dans l'intérêt des patients.

C. L'innovation organisationnelle

On distingue aujourd'hui cinq types d'innovations caractérisés par Joseph Alois Schumpeter (1934)

- L'innovation de produit, qui consiste à créer de nouveaux produits ou services. Par exemple, le développement d'un nouveau médicament, d'un nouveau dispositif médical ou d'un nouveau service de soins à domicile.
- L'innovation de procédé, qui consiste à améliorer les méthodes de production ou de distribution. Par exemple, en introduisant l'utilisation de la robotique pour automatiser les tâches de production ou l'utilisation de l'intelligence artificielle pour améliorer le diagnostic des maladies.
- L'innovation organisationnelle, qui consiste à modifier l'organisation ou la structure des organisations. Par exemple, la création d'équipes pluridisciplinaires pour améliorer la coordination des soins.
- L'innovation de matières premières, qui consiste à utiliser de nouvelles matières premières ou ressources. Par exemple, l'utilisation de matériaux biodégradables pour fabriquer des prothèses ou l'utilisation de nanotechnologies pour développer de nouveaux traitements médicaux.
- L'innovation de marché, ou de commercialisation, qui consiste à créer de nouveaux marchés ou à pénétrer de nouveaux marchés existants. Par exemple, la commercialisation de services de téléconsultation pour améliorer l'accessibilité des consultations médicales aux patients vivant en zones sous-médicalisées ou avec des difficultés à se déplacer.

Notons que ces cinq types d'innovation ne sont pas mutuellement exclusifs.

L'innovation en santé permise par l'article 51 est un type d'innovation organisationnelle. Elle vise à améliorer la qualité des soins en modifiant l'organisation des structures de santé et en tenant compte de l'évolution technique, de l'évolution des connaissances et des contraintes sociales. L'innovation sociale voire organisationnelle concerne tous les modes par lesquels un collectif trouve quelque chose de nouveau et adapté pour ses propres besoins et contraintes. Ainsi des acteurs sur le terrain peuvent proposer à d'autres acteurs qui les évalueront et examineront, des projets d'innovation par rapport à ce qui paraît être pour ces acteurs des chaînons manquants dans la chaîne de soins.

a) Définition de l'innovation organisationnelle

Comme nous l'avons vu, le système de santé français présente une rigidité organisationnelle marquée, avec des frontières nettes entre différents modes d'intervention et professions médicales (préventif ou curatif, généraliste ou spécialiste, soins ambulatoires ou hospitaliers, secteur sanitaire ou médico-social, etc.). Chaque profession a ses prérogatives distinctes.

Pour intégrer la prévention et passer d'une approche centrée sur la gestion des problèmes de santé aigus à une médecine qui met l'accent sur la qualité et la continuité des soins tout au long du parcours du patient, des réformes en profondeur sont nécessaires. Cela implique de favoriser la coordination et la collaboration entre les différents professionnels de la santé ³⁹.

³⁹ Sécurité Sociale. (2023). Chapitre IV - Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-05/20230524-Ralfss-2023-4-reformer-organisation-tarification-soins.pdf>

Devant la nécessité de changements significatifs, il est généralement considéré comme essentiel de mener des expérimentations pour explorer des solutions potentielles. Il s'agit de tester de nouveaux schémas d'organisation, que l'OMS désigne comme des "innovations organisationnelles", et d'évaluer leurs impacts de manière impartiale. En effet, en 2018, l'OMS, en collaboration avec l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, a formulé une définition de l'innovation organisationnelle dans les services de santé, en rassemblant quatre éléments : « (i) l'introduction d'un nouvel ensemble de comportements, de routines, de pratiques et de modes de travail, (ii) marquant une discontinuité ou une rupture avec les méthodes précédentes, (iii) visant à améliorer les résultats en matière de santé, l'efficacité administrative, le rapport coût-efficacité des soins ou l'expérience des patients, et (iv) étant mise en œuvre de manière planifiée et coordonnée » (Greenhalgh et al., 2004 ;WHO, 2018).

Les constatations basées sur l'observation des expériences étrangères ont révélé que de plus en plus souvent, les innovations dans les services de santé impliquent l'élaboration, l'adoption et la diffusion de nouvelles technologies, bien que cela soit souvent accompagné de divers obstacles⁴⁰.

Plusieurs facteurs qui encouragent l'émergence et la diffusion des innovations organisationnelles dans les services de santé ont été confirmés par ces observations⁴¹ (WHO, 2018) :

- L'efficacité du pilotage du projet innovant est cruciale, impliquant un leadership et une gestion efficace, y compris l'établissement d'accords de responsabilité et de performance entre les membres de l'organisation. De plus, l'engagement des parties prenantes, l'allocation de ressources spécifiques pour la mise en œuvre du projet et le développement des infrastructures nécessaires, ainsi que la mise en place d'une communication interne efficace, le suivi régulier et la rétroaction continue, ainsi que la capacité à s'adapter constamment au contexte local.
- La combinaison d'éléments contextuels, qu'ils soient institutionnels, politiques ou culturels, joue un rôle clé dans la mise en œuvre, la durabilité et la diffusion de l'innovation.
- L'évaluation de l'efficacité, voire de l'efficience, de l'innovation, ainsi que la démonstration de ses éventuels effets inattendus, tels que l'exclusion de certaines populations de l'accès à l'innovation, sont des facteurs nécessaires pour favoriser son adoption et sa diffusion.
- Il est important de noter que le développement et la pérennisation d'une innovation sont généralement des processus de longue durée.

b) Enjeux pour l'évaluation des expérimentations Article 51

L'évaluation des innovations organisationnelles se distingue de celle des innovations technologiques, telles que les nouveaux médicaments ou dispositifs médicaux. L'objectif ne se limite pas à évaluer l'efficacité du nouveau dispositif en place, mais implique également d'examiner l'ensemble du processus de sa mise en œuvre. Par conséquent, un dispositif ou une organisation qui fonctionne parfaitement dans un contexte particulier peut ne pas être aussi efficace s'il est reproduit dans un environnement différent.

D'un point de vue conceptuel, l'innovation n'est pas simplement une idée ou une invention, mais aussi un processus par lequel cette invention, qu'il s'agisse d'un produit, d'une méthode ou d'un service, acquiert une reconnaissance sociale et trouve sa place sur les marchés, au sein des

⁴⁰ DREES et Assurance Maladie. (2019). Guide méthodologique de l'évaluation des projets art. 51 LFSS 2018. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_guide_methodologique_evaluation_des_projets_articles_51.pdf

⁴¹ Assurance Maladie. (2019). Guide méthodologique de l'évaluation des projets art.51 LFSS 2018.

Accompagnement pour la mise en œuvre de l'évaluation de projets dans le cadre de l'innovation en santé.

L'émergence et la diffusion des innovations organisationnelles au cœur des objectifs de l'article 51. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_emergence_et_diffusion_des_innovations_organisationnelles_au_coeur_de_l_article_51.pdf

institutions, dans les pratiques professionnelles ou dans les usages sociaux (Bourgueil, 2017). Pour être considérée comme une véritable innovation, cette invention doit donc démontrer sa capacité à se structurer dans la durée, à prouver son efficacité ou son efficience par rapport à des objectifs clairement définis, et à être déployée avec succès dans d'autres contextes et à plus grande échelle. C'est là que l'évaluation joue un rôle essentiel en apportant les preuves nécessaires.

Cependant, en raison de la grande diversité des expérimentations (en termes de taille, de thématique, de degré de maturité), du nombre important de projets à évaluer, de la disponibilité limitée des données, et du coût élevé de la collecte de données sur mesure, il est nécessaire de mettre en place une démarche d'évaluation pragmatique et évolutive. Cette démarche vise à :

- Effectuer des analyses mixtes, combinant des approches qualitatives et quantitatives, pour mieux appréhender la complexité des processus de développement des innovations.
- Accorder une importance particulière à l'évaluation de l'implantation des projets, en prenant en compte le contexte local dans lequel ils sont mis en œuvre.
- Faire des choix nécessaires entre ce que l'on souhaiterait évaluer idéalement et ce qui est effectivement possible à évaluer compte tenu des contraintes pratiques.

Par ailleurs, Natacha Lemaire (annexe 3, entretien 3) rappelle que l'innovation implique d'expérimenter de nouvelles approches, et que cela peut impliquer des échecs. La capacité à accepter ces échecs fait donc partie intégrante du processus d'innovation. La notion de "droit à l'erreur" est ainsi mise en avant par la rapporteuse générale, dans le sens où, lorsqu'on expérimente de nouvelles idées, il est acceptable que tout ne se passe pas comme prévu. Ainsi, elle rappelle que les erreurs sont considérées comme des opportunités d'apprentissage précieuses au même titre que les réussites. Il faut donc accepter que tous les projets ne puissent pas aboutir.

D. Innovation disruptive et incrémentale

Clayton Christensen (1997) a défini deux types d'innovation : l'innovation disruptive (ou de rupture) et l'incrémentale. Il introduit la notion d'innovation disruptive pour décrire des changements qui perturbent les marchés établis, et il contraste cela avec l'innovation incrémentale, qui représente des améliorations graduelles des produits ou des services existants. L'innovation incrémentale se caractérise par des ajustements progressifs et itératifs à des produits, services ou processus existants, visant à optimiser les fonctionnalités et à accroître l'efficacité. En revanche, l'innovation disruptive cherche à bouleverser fondamentalement les normes établies en introduisant des idées radicalement nouvelles, souvent à travers de nouvelles technologies ou des modèles économiques novateurs.

L'article 51 est un dispositif qui permet l'innovation incrémentale, visant à améliorer progressivement le système de santé. En effet, le dispositif est créé avec un process incrémental de va-et-vient permanent d'idéation entre les différentes parties (ARS et porteurs de projets notamment).

Cependant l'article 51 est également un dispositif d'innovation disruptive. L'innovation disruptive en santé, remet en question les schémas traditionnels, introduisant de nouveaux réseaux et structures organisationnelles impliquant de nouveaux acteurs⁴². L'article 51 s'inscrit résolument dans cette dynamique de rupture avec les schémas traditionnels. En effet, ce dispositif permet aux acteurs de

⁴² Commission européenne. (2016). Avis du 5 avril 2016 sur les conséquences de l'innovation disruptive pour la santé et les soins de santé en Europe. Disponible sur : <https://www.fhf.fr/europe-international-archive/innovation-disruptive>

santé de proposer des innovations qui ne sont pas nécessairement soutenues par les autorités sanitaires traditionnelles.

L'article 51 introduit une nouvelle approche pour la conduite d'expérimentations dans le domaine de la santé. Lors du conseil stratégique de l'innovation en santé, Agnès Buzin (2018) a annoncé que ce dispositif permettrait de « déclencher une démarche de transformation en éliminant les obstacles, afin de rendre la coordination des parcours de santé et la collaboration interprofessionnelle une réalité quotidienne dans les territoires ». En ce sens, l'article 51 marque une rupture par rapport aux pratiques passées.

L'essence même de ce dispositif est d'explorer de nouvelles manières d'expérimenter. Cette démarche se traduit déjà par un nombre d'expérimentations plus élevé que celui des dix dernières années combinées, comme le souligne Lemaire (2020).

E. L'open-innovation

La définition de l'open innovation est attribuée à Henry Chesbrough, professeur de management à l'Université de Berkeley. Il la définit comme "un processus d'innovation qui implique des acteurs internes et externes à l'entreprise" (Chesbrough, 2003). Nous pouvons remplacer la notion d'entreprise par la notion d'organisation afin de faciliter la compréhension de notre sujet.

L'open innovation se distingue de l'innovation fermée, qui est un processus d'innovation qui est entièrement contrôlé par l'organisation. Dans l'innovation fermée, l'organisation développe ses propres idées et les met en œuvre en interne.

L'open innovation offre plusieurs avantages aux organisations, notamment :

- Accélération du processus d'innovation : L'organisation peut bénéficier des connaissances et des compétences d'autres acteurs, ce qui peut accélérer le processus d'innovation.
- Réduction des coûts : L'organisation peut partager les coûts de développement et de commercialisation avec d'autres acteurs.
- Développement de nouvelles idées : L'organisation peut accéder à de nouvelles idées et perspectives, ce qui peut conduire au développement de nouvelles innovations.

L'open innovation est un processus de collaboration entre différents acteurs pour développer de nouveaux produits, services ou processus. Elle permet aux organisations de bénéficier des connaissances et des compétences d'autres acteurs, ce qui peut accélérer le processus d'innovation et réduire les coûts.

Le dispositif de l'article 51 encourage l'open-innovation de 2 manières suivantes :

- L'ouverture : Les projets d'expérimentation sont ouverts à tous les acteurs du système de santé.

L'open innovation se manifeste ici par l'implication active de divers acteurs, tant internes qu'externes aux structures de santé. Cela peut inclure la participation de patients, de professionnels de santé, d'entreprises, d'associations, et d'autres parties prenantes.

- La collaboration : Les projets d'expérimentation doivent être réalisés en collaboration entre différents acteurs.

L'idée fondamentale de l'open innovation est de favoriser les échanges, le partage des connaissances, et la collaboration entre différentes entités. Dans le cadre de l'article 51, cela pourrait se traduire par des partenariats entre les établissements de santé, les entreprises, les patients, et d'autres intervenants, afin de développer des solutions novatrices pour améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé.

L'open innovation peut également contribuer à surmonter les défis organisationnels en favorisant une approche plus collaborative et en encourageant la mise en commun d'idées et de ressources. Les expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 bénéficient en effet de l'intelligence collective issue de diverses sources.

En résumé, l'intégration des principes de l'open innovation dans l'article 51 offre une perspective dynamique pour stimuler l'innovation dans le domaine de la santé en favorisant la collaboration et l'interaction entre les différents acteurs du système.

a) Les espaces d'innovation et l'innovation participative

La proximité est importante dans les démarches d'innovation (Brown & Duguid, 1991; Wenger, 1998). Cette nécessité de proximité et de relations entre les individus peut être explorée au moyen du concept d'"espace d'innovation", défini comme des structures organisées délibérément pour favoriser l'émergence d'idées et de pratiques nouvelles, en réunissant expertises, relations et intérêts (Westley et al., 2014). L'objectif de ces espaces d'innovation, virtuel ou non, est de faciliter des processus collaboratifs et itératifs pour stimuler la création. Ce sont des espaces comme des "transmetteurs" ou des points de liaison entre les idées ou les personnes partageant des préoccupations communes (Capdevila, 2016; Aubouin et al., 2019).

Ce mode de fonctionnement favorise la collaboration et le décloisonnement, par rapport à des organisations classiques, souvent contraintes par leurs structures de gouvernance (Arhne & Brunson, 2008). Ces espaces se qualifient ainsi d'"ouverts" (Chesbrough, 2003; Chesbrough et al., 2006), car ils offrent un accès libre aux ressources, promouvant la collaboration et le partage des connaissances, compétences et outils. Dotés de ces caractéristiques, ces espaces se révèlent propices à la créativité et à l'expérimentation.

Les patients se trouvent souvent dans une position d'asymétrie d'information par rapport aux médecins ou aux professionnels de la santé, qui détiennent l'expertise nécessaire pour prodiguer des soins. Cependant, ces dernières années, le rôle des patients dans l'organisation des activités de santé a évolué. En 2007, la HAS (Haute Autorité de Santé) recommande l'implication des patients, individuellement ou en association, dans les phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation de programmes de soins spécifiques aux maladies chroniques⁴³ (Debrosse, Perrin & Vallencien, 2003). Les patients atteints de maladies chroniques sont souvent en interaction régulière avec les professionnels de la santé dans le cadre des soins. Ils sont intégrés dans une dynamique globale et invités à partager leur expérience, souvent en tant que seuls ou parmi les rares à avoir une vue d'ensemble sur leur parcours. Dès la phase de conception, les patients deviennent des acteurs à part entière de l'innovation. Celle-ci n'est plus le monopole des experts, mais résulte d'une collaboration entre divers acteurs. Elle émerge de la confrontation de différents points de vue sur l'organisation des soins, une démarche essentielle dans la création de connaissances, comme le soulignaient déjà

⁴³ Ministère de la santé. (2007). « Hôpital 2007: un plan réformateur et innovant ». https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

Nonaka et Takeuchi en 1997. Cette diversité de perspectives est également recherchée dans les approches de design participatif (Grosjean, Bonneville & Marrast, 2019). Lorsque l'on parle d'intégrer les patients au processus d'innovation, il ne s'agit pas simplement de les consulter à la fin du processus, mais plutôt de les "intégrer dans une organisation" (Kletz, Marcellin, 2019).

Ainsi, le principal objectif des espaces d'innovation est de revoir les organisations traditionnelles, en créant des espaces où les professionnels et les usagers se confrontent. Ils permettent ainsi de puiser de nouvelles ressources, qu'elles soient cognitives ou matérielles, favorisant de nouvelles capacités d'action. Ils permettent également une collaboration plus étroite et une moindre compartimentation dans les organisations du travail.

Dans le contexte de l'article 51, les projets d'expérimentation peuvent être considérés comme des espaces d'innovation. Les acteurs impliqués dans ces expérimentations peuvent collaborer dans un environnement propice à la créativité, à l'échange d'idées et à l'expérimentation de nouvelles approches organisationnelles et de financement des soins de santé.

Les espaces d'innovation permettent également l'innovation participative. Cette dernière implique l'engagement actif des parties prenantes dans la conception et la mise en œuvre de l'innovation. Dans le cadre de l'article 51, les projets d'expérimentation sont ouverts à tous les acteurs du système de santé. Cela favorise la participation active des professionnels de la santé, des patients, des entreprises et d'autres parties prenantes à la conception et à la réalisation des expérimentations, reflétant ainsi une approche d'innovation participative.

De plus, nous avons vu plus haut dans la description du dispositif que l'innovation collaborative est encouragée grâce notamment à « l'accélérateur 51 ».



Image 1 : Une séance de travail à l'Accélérateur 51 (Delbeau, 2020)

La photographie ci-dessus illustre un moment de travail lors d'une séance à l'accélérateur 51. Chaque personne présente dans la photo joue un rôle en tant que partie prenante de l'expérimentation : un représentant de l'ARS, un membre de l'équipe ministérielle responsable de la santé instruisant le projet, les porteurs du projet, un consultant spécialisé, des membres de la direction d'hôpitaux, et autres (Delbeau, 2020).

b) Les communautés d'innovation

Comme nous l'avons vu plus haut, la collaboration est d'importance pour faire émaner l'innovation. Nous souhaitons ainsi mettre en lumière le rôle central des « communautés d'innovation », définies comme des « groupes informels constitués de membres internes ou externes à une organisation, partageant un intérêt commun » (Cohendet et al., 2017). Ces communautés jouent un rôle clé dans la génération et la concrétisation d'idées créatives, évoluant de l'émergence à la mise en œuvre. La capacité d'innovation repose ainsi sur la conjonction des apports des diverses communautés.

Ces communautés d'innovation se généralisent de plus en plus au sein des organisations. L'importance de ces communautés découle du fait que l'innovation fait face à des défis colossaux, parfois qualifiés de systémiques, mobilisant des connaissances transversales. Leur contribution s'avère cruciale, d'autant plus que l'innovation nécessite la collaboration de différentes communautés pour répondre à ces défis complexes (Cohendet et al., 2017).

Il est difficile de définir des frontières précises à ces communautés, car elles ne sont pas soumises à un organigramme.

Dans le contexte de l'article 51, les projets innovants développés au sein d'une organisation impliquant de nombreuses parties prenantes peuvent être considérés comme des communautés d'innovation. Ces communautés jouent un rôle clé dans la génération et la concrétisation d'idées créatives. De plus, le dispositif se distingue des projets descendants, imposés par une administration et simplement exécutés par les acteurs de la santé.

F. L'article 51 : un catalyseur d'innovations dans le système de santé français

L'article 51 incarne une réponse aux attentes des professionnels de la santé en offrant un cadre propice à l'innovation (Véran, 2017). L'idée générale du dispositif est que le dispositif s'adapte aux projets et pas l'inverse, c'est-à-dire très peu de cadre fixé à priori pour favoriser l'innovation (Espace social Européen, 2022).

Ce dispositif se distingue en permettant la mise en œuvre d'expérimentations novatrices dans le domaine des prestations de santé et de leur financement. Pour être retenues, ces expérimentations doivent nécessairement déroger aux règles d'organisation et de financement habituelles. L'article 51 prévoit pas moins de 63 dérogations aux règles en vigueur, mettant l'accent sur la révision des pratiques professionnelles, la maîtrise des dépenses de santé et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Les expérimentations initiées dans le cadre de l'article 51 sont impulsées directement par les acteurs de la santé ou en réponse à des AMI nationaux ou régionaux. Cette impulsion de projets innovants depuis les acteurs de manière ascendante constitue également une innovation en soi, en rupture avec les modèles traditionnels.

Ce dispositif de l'article 51 représente une rupture significative avec les tentatives d'amélioration précédentes du secteur de la santé. Cela est particulièrement évident en ce qui concerne l'innovation organisationnelle, qui, jusqu'à présent, se heurtait à des contraintes institutionnelles et juridiques qui entravaient sa généralisation. Les procédures d'évaluation et de contrôle préalables étaient souvent en décalage avec les innovations organisationnelles, les empêchant ainsi de modifier fondamentalement les pratiques en vigueur. L'innovation organisationnelle était confrontée à des processus administratifs et juridiques lents et complexes, entraînant un immobilisme. Par exemple, les réseaux de soins demeuraient confinés à un statut expérimental perpétuel.

L'article 51 propose une solution en introduisant une dimension dérogatoire pour les expérimentations. Cela permet une grande flexibilité dans la mise en œuvre de nouvelles approches en matière d'organisation des soins et de financement. Ce dispositif réglementaire novateur bouscule la manière même d'envisager les expérimentations, marquant ainsi un changement de paradigme majeur.

L'article 51 de la LFSS 2018 est présenté comme un catalyseur d'innovation dans le système de santé français. Il incarne une réponse aux besoins exprimés par les professionnels de la santé en offrant un cadre propice à l'expérimentation et à l'innovation. Ce dispositif se distingue par son caractère ouvert à tous les acteurs, favorisant à la fois l'innovation incrémentale et disruptive. Il représente une rupture significative avec les approches traditionnelles en introduisant une dimension dérogatoire pour les expérimentations, offrant ainsi une flexibilité précieuse pour repenser l'organisation des soins et le financement.

DEUXIÈME PARTIE - ANALYSE ET BILAN DES EXPÉRIMENTATIONS

CHAPITRE I - ANALYSE DES PROJETS DÉPOSÉS ET EXPERIMENTATIONS AUTORISÉES

A. Analyse des projets déposés

Un bilan a été dressé à 4 ans en fin 2022. Il y a eu en 4 ans, 1073 projets qui ont été déposés soit sur la plateforme nationale, soit sur les plateformes régionales⁴⁴.

a) Évolution du nombre de projets déposés



Figure 4 : Évolution du nombre de projets déposés⁴⁵

Le nombre de projets déposés dans le cadre de l'article 51 a enregistré un pic dès la parution de l'article, avec 435 projets déposés en 2018, et le même nombre en 2019. L'augmentation du nombre de projets déposés s'est ensuite ralentie avec 166 projets en plus déposés en 2020, 128 en 2021 et 37 au premier semestre 2022. La recevabilité des projets a été en moyenne à 50%, et a augmenté au premier semestre 2022 avec 67% des projets recevables. Cette augmentation montre que les projets sont de plus en plus bien conçus et répondent aux critères d'éligibilité, et peut témoigner de l'amélioration de la compréhension des professionnels de santé du dispositif et leur appropriation. Le nombre élevé de projets déposés peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment :

- La mise en place de procédures d'autorisation plus simples et plus rapides, qui ont rendu le dispositif plus accessible aux porteurs de projets.
- La sensibilisation croissante des acteurs du système de santé aux avantages de l'expérimentation, notamment en termes d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.
- Le soutien financier important apporté par l'État aux projets expérimentaux, qui permet aux porteurs de projets de surmonter les obstacles à la mise en œuvre de leurs initiatives.

⁴⁴ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

⁴⁵ Ibid.

b) Cartographie des projets déposés



Image 2 : Cartographie de projets déposés³⁷

Les projets sont répartis de manière relativement uniforme sur l'ensemble du territoire, avec une concentration plus importante dans certaines régions. Les régions les plus actives en termes de dépôt de projets sont :

- Île-de-France
- Grand Est
- Auvergne-Rhône-Alpes
- Occitanie
- Hauts-de-France

c) Caractéristiques des projets déposés

Sur les 1073 projets déposés, 722 ciblent une prise en charge spécifique (71%) et 429 ciblent un public spécifique (40%)⁴⁶.

Sur ces 1073 projets déposés, 494 ont été recevables. Les analyses ci-dessous correspondent aux données des 494 projets déposés recevables au moment du rapport du Parlement³⁸.

- Les principales prises en charge

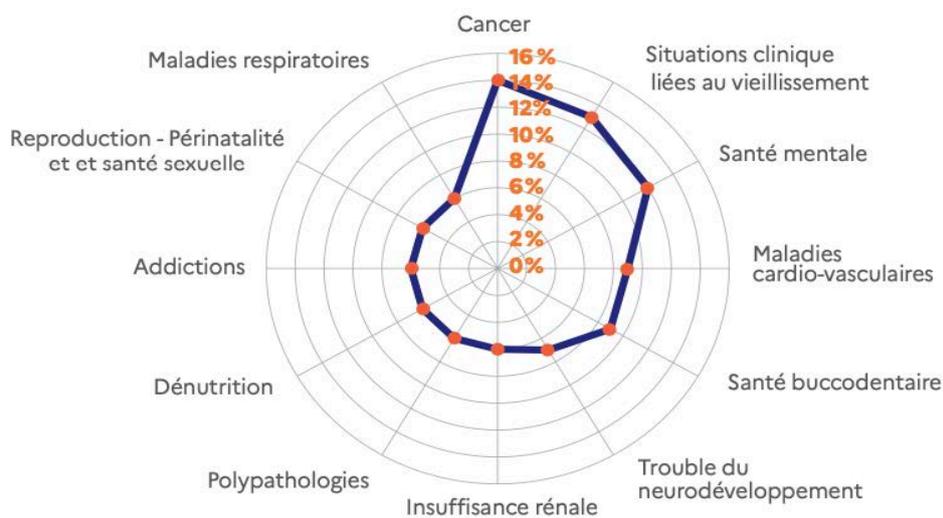


Figure 5 : Part des projets dans les 12 catégories de prise en charge les plus ciblées⁴⁷

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ Ibid.

Parmi les 1073 projets déposés, 71% ciblent une prise en charge spécifique. Ces quelques 760 projets concernent majoritairement le cancer (14%), les situations cliniques liées au vieillissement (13%), et la santé mentale (12%). Ensuite viennent les maladies cardio-vasculaires (9%) et la santé bucco-dentaire (9%).

On remarque que ces thématiques recoupent les enjeux de santé publique actuels qui sont les cancers, les situations cliniques liées au vieillissement et la santé mentale ⁴⁸.

Le rapport de 2020 indiquait également que 36% des 528 projets recevables ciblaient des personnes atteintes de maladies chroniques. En effet la prévalence des maladies chroniques est en augmentation et est donc un enjeu de santé publique⁴⁹.

- La population ciblée

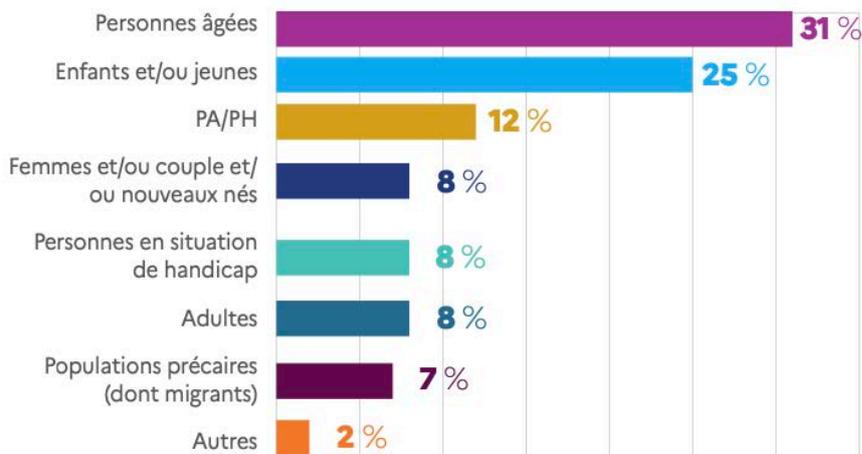


Figure 6 : Part des projets pour chaque catégorie de population cible (hors population générale)⁵⁰

Parmi les 1073 projets déposés, 40% ciblent une population spécifique. Ces quelques 430 projets concernent pour plus d'un tiers les personnes âgées, ce qui doit être rapproché des principales prises en charge vues plus haut, et notamment la prévalence des expérimentations ciblant les situations cliniques liées au vieillissement.

Un quart des projets ciblent ensuite les enfants et/ou jeunes. Nous pouvons rappeler que la santé mentale des jeunes s'est en effet beaucoup aggravée pendant le Covid (Inserm, 2021; Santé publique France, 2022). Cette thématique de santé publique s'est ainsi retrouvée abordée dans les expérimentations Article 51. Au total, un quart des projets déposés ciblent les difficultés liées aux âges extrêmes de la vie.

Nous retrouvons ensuite les PA/PH (personnes âgées/personnes en situation de handicap) avec 12%, les femmes et/ou couple et/ nouveaux nés à 8%, les personnes en situation de handicap à 8%, les adultes à 8% et les populations précaires (dont migrants) à 7%.

⁴⁸ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

⁴⁹ Ibid.

⁵⁰ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

- Les secteurs

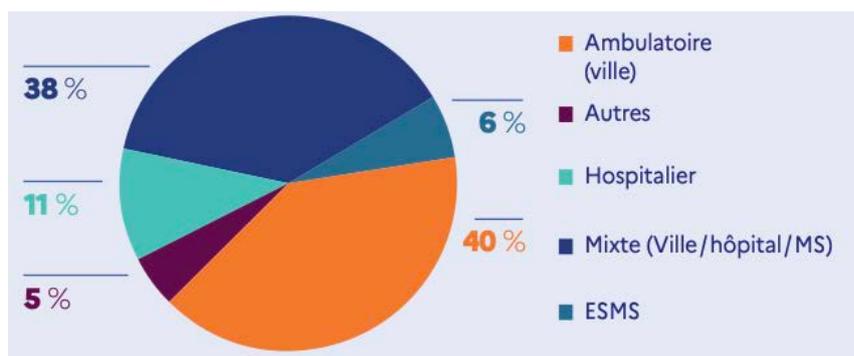


Figure 7 : Part des projets pour chaque secteur concerné pour l'ensemble des projets déposés recevables⁵¹

Le secteur ambulatoire (coordination ville) et le secteur mixte (coordination ville/hôpital) sont les secteurs majoritaires avec 40% pour groupe. Le secteur ambulatoire est ainsi impliqué dans 80% des projets. Le secteur hospitalier lui est impliqué dans 50% des projets, dont la majorité est en lien avec la ville. Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) et autres établissements sont également concernés par les projets mais dans une moindre mesure (5% pour chaque groupe).

- Les porteurs de projet

Les porteurs de projets peuvent être regroupés en grandes catégories.

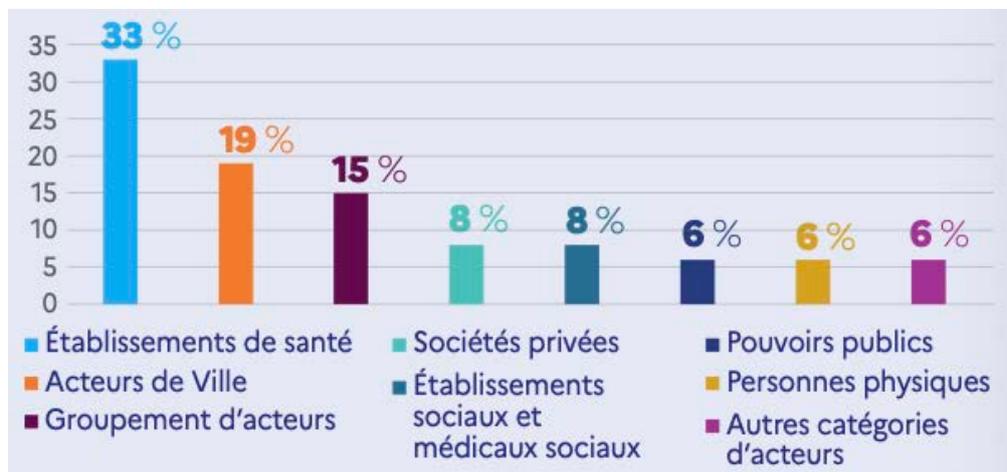


Figure 8 : Part des projets déposés recevables pour chaque catégorie de porteurs⁵²

La majorité des porteurs de projet sont :

- Les établissements de santé (33%) ;
- Les acteurs de ville (19%) ;
- Les groupements d'acteurs (15%) tel que des syndicats, les fédérations, les groupements professionnels, les URPS, les CPTS, les MSP.

⁵¹ Ibid.

⁵² Ibid.

Parmi les acteurs nous retrouvons également les sociétés privées, les ESMS, les pouvoirs publics, les personnes physiques et d'autres catégories d'acteurs, chaque catégorie représentant 6-8% des porteurs.

Nous remarquons que bien que les établissements de santé soient les porteurs majoritaires, le secteur uniquement hospitalier ne représentait que 10% des expérimentations. Cela s'explique par le fait que les établissements de santé s'intéressent également à la ville et principalement à la coordination ville-hôpital, ce qui explique la prévalence du secteur mixte à 40% et de l'ambulatoire à 40%.

d) La place des outils numériques, produits de santé et télésanté

Le rapport du Parlement souligne que la place des produits de santé et outils numériques reste stable dans les projets déposés.

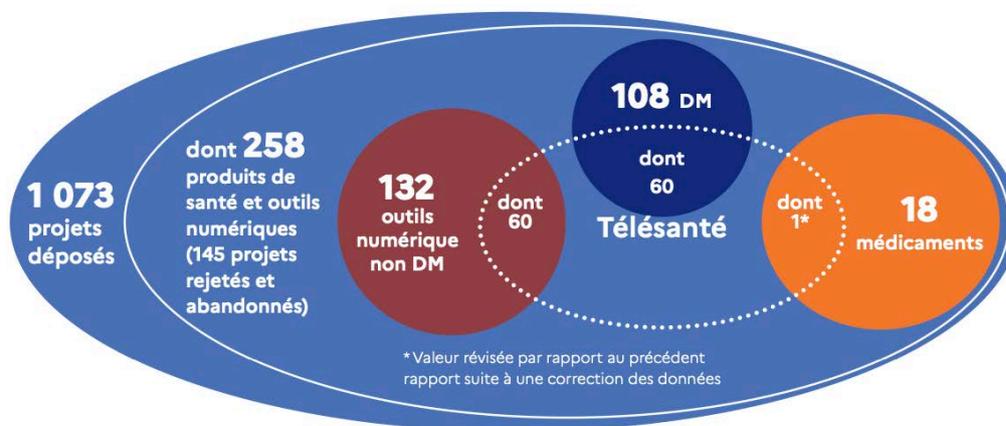


Figure 9 : Répartition dans les projets entre outils numériques non-DM et produits de santé⁵³

Sur 1073 projets déposés, 258 sont relatifs aux produits de santé et outils numériques, soit environ 24%. En 2020 ⁵⁴, il s'agissait de 138 projets sur 810 projets déposés, soit 17%. Cette place modeste des produits de santé et outils numériques est liée au fait que le cœur du dispositif porte sur la mise en place d'organisation innovante et non d'expérimentations centrées sur des produits de santé dont les voies d'accès au marché sont déjà délimitées. Pour être recevable, la principale finalité du projet doit ainsi être organisationnelle et l'outil numérique doit être au service de l'organisation de la prise en charge en tant que composante ou outil de l'intervention.

Notons que la pandémie de Covid-19 a eu un impact sur la place de certains outils dans les expérimentations puisqu'elle a introduit de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles organisations, notamment entre les soins hospitaliers et les soins de ville. Elle a notamment stimulé la télémédecine, qui a été plus facilement intégrée dans les projets Article 51.

La pandémie de Covid-19 a mis en évidence le rôle essentiel du secteur de la e-santé, en particulier des solutions numériques, dans le suivi, la surveillance et la continuité des soins. Plusieurs projets soumis mettent en avant l'utilisation d'outils numériques qui ont le potentiel de révolutionner les

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

modes de prise en charge, apportant des avantages significatifs à la fois pour les professionnels de la santé et les patients.

e) Le devenir des projets déposés

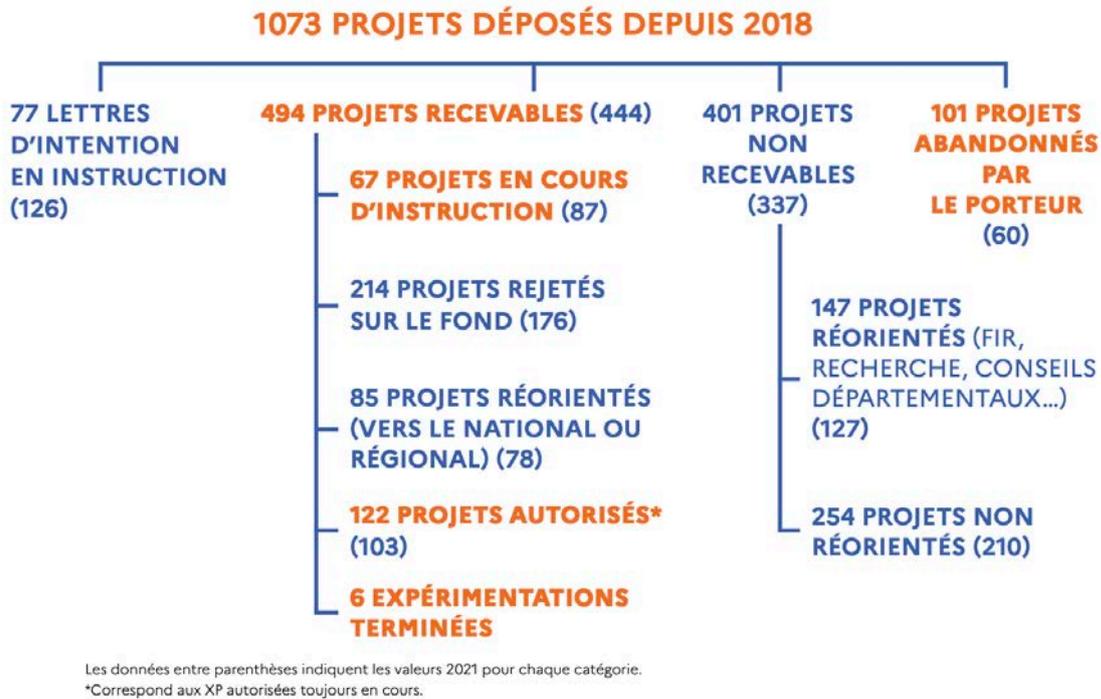


Figure 10 : État de l’instruction pour les 1073 projets déposés au 31 août 2022⁵⁵

Sur 1073 projets déposés, environ la moitié ont été recevables comme nous l’avons également vu plus haut avec un taux moyen de recevabilité de 55%. Sur les 494 projets recevables, 122 ont été autorisés, soit environ 25%, et 6 expérimentations ont été terminées. Parmi les 45% projets non recevables, presque 40% ont été réorientés (FIR, recherche, conseils départementaux,..).

B. Analyse des projets autorisés (des expérimentations autorisées)

Au moment de la publication du rapport, le portefeuille d’expérimentations autorisées du dispositif est de 122 projets sur 1073 déposés. Ceci correspond à un engagement financier pluri-annuel de plus de 516 millions d’euros, et une cible de plus d’un million de futurs bénéficiaires⁵⁶.

⁵⁵ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

⁵⁶ Ibid.

a) Évolution du nombre de projets autorisés



Figure 11 : Évolution du nombre de projets autorisés⁵⁷

	2018	2019	2020	2021	S1 2022
Nombre de projets déposés	435	435	166	128	37
Pourcentage de projets recevables/dépôts	55%	49%	45%	45%	67%
Nombre de projets recevables	239	213	75	58	25
Pourcentage de projets autorisés/recevables	0,8%	18,8%	49,3%	58,6%	48%
Nombre de projets autorisés	2	40	37	34	12
Nombre cumulé de projets autorisés	2	42	79	113	125

Tableau 5 : Tableau comparatif du nombre de projets déposés, recevables et autorisés (fait à partir des données du Rapport du Parlement)⁵⁸

Comme nous l'avons vu plus haut, le pourcentage de recevabilité croissant des projets indique que les projets sont de plus en plus bien conçus et répondent aux critères d'éligibilité.

Le nombre de projets autorisés augmente rapidement après 2018 passant de 2 en 2018, à 40 en 2019, puis baisse légèrement à 37 en 2020, 34 en 2021 et 12 au 1^{er} semestre 2022. Le nombre total de projets autorisés au 1^{er} semestre 2022 est de 125 projets, dont 3 expérimentations terminées, donc 122 expérimentations autorisées en cours.

Le rapport du Parlement⁵⁹ indique qu'avec 122 expérimentations autorisées au 1^{er} semestre 2022, le dispositif atteint sa capacité maximale en ce qui concerne l'accompagnement dans les phases d'instruction, de suivi et d'évaluation des projets. Peu de projets sont déjà arrivés à leur terme et ont été clôturés. Au vu de la saturation du dispositif dans sa capacité d'accompagnement des projets, et dans un souci de rationalisation des ressources, tant en termes de personnel que financier, il apparaît pertinent au niveau de l'instruction des dossiers d'écarter les modalités d'organisation et de financement qui se ressemblent trop. Cette analyse détaillée est devenue indispensable pour chaque dossier, d'autant plus que le nombre d'expérimentations autorisées continue de croître. En effet, leur nombre est passé de 42 en 2019 à 79 en 2020, puis à 113 en 2021, dépassant la barre des 120 projets à mi-2022.

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ Ibid.

Délais de démarrage

Au moment du rapport, parmi les 122 projets autorisés, il y en a 105 actifs, c'est-à-dire qui ont inclus au moins un premier patient (« bénéficiaire »). Au total il y a eu 630 059 bénéficiaires inclus, avec 26 expérimentations qui ont inclus plus de 1000 bénéficiaires.

DÉLAIS DE DÉMARRAGE

(période entre la date d'autorisation et la première inclusion de bénéficiaires)

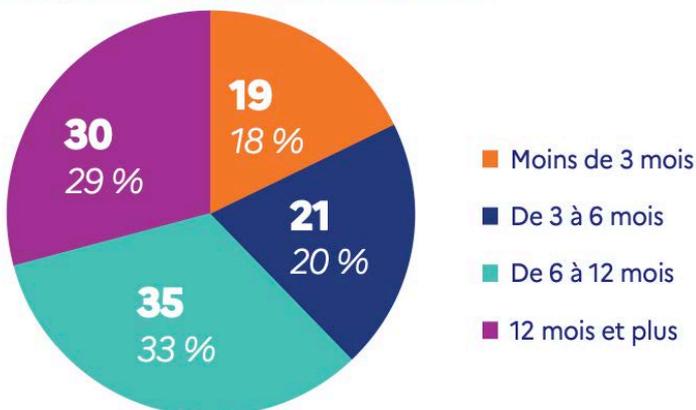


Figure 12 : Délais de démarrage, en mois, pour les 105 expérimentations autorisées ayant inclus des patients, calculés entre la date d'autorisation et la première inclusion⁶⁰

La médiane du délai de démarrage de l'ensemble des expérimentations ayant inclus des participants est de 7 mois. Environ 40 % de ces expérimentations ont débuté en moins de 6 mois, tandis qu'un tiers a nécessité plus d'un an pour commencer effectivement.

La période entre l'autorisation de l'expérimentation et la première inclusion est cruciale, car elle englobe les préparatifs nécessaires pour un démarrage réussi. Pendant ces mois préliminaires, des éléments essentiels tels que la mise en place du circuit des données, du système de facturation et du système d'information sont mis en œuvre. Ces éléments sont importants pour assurer un lancement efficace et pour garantir la continuité de l'expérimentation. La majorité des cahiers des charges prévoient une période de préparation d'une durée moyenne de 3 à 6 mois.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards dans le démarrage ou l'inclusion des participants, notamment des attentes initiales trop optimistes par rapport aux réalités du terrain, des problèmes de coordination ou de gestion, des difficultés dans la mise en œuvre des systèmes d'information, la complexité des processus de facturation, ou encore des événements imprévus tels que la crise sanitaire.

b) Cartographie des terrains d'expérimentations

Parmi les 122 projets autorisés, 60% sont dans un périmètre régional (autorisés par les ARS). Les 40% restant sont inter-régionales, c'est-à-dire qu'elles concernent au moins 2 régions (Espace social Européen, 2022).

⁶⁰ Ibid.

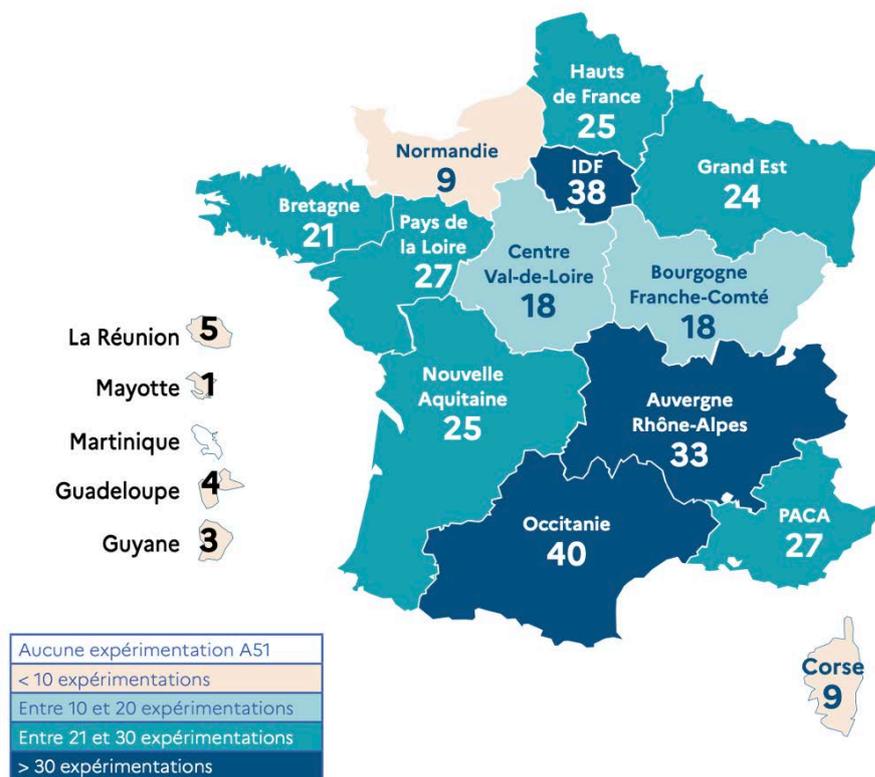


Image 3 : Cartographie du nombre d'expérimentations déployées dans chaque région⁶¹

Cette représentation géographique montre un déploiement sur le territoire national assez large, avec plus de 11 régions sur 18 qui voient le développement de plus de 10 expérimentations sur le territoire.

Nous remarquons que les régions dans lesquelles le plus de projets ont été déposés restent les mêmes en termes de nombre de projets déployés. La région qui concentre le plus d'expérimentations est la région Occitanie avec 40 expérimentations, suivi de l'Île-de-France avec 38 expérimentations, puis Auvergne Rhône-Alpes avec 33 expérimentations. Toutes les régions déploient au moins une expérimentation sur le territoire, sauf la Martinique. La majorité des expérimentations se concentrent en métropole.

⁶¹ Ibid.

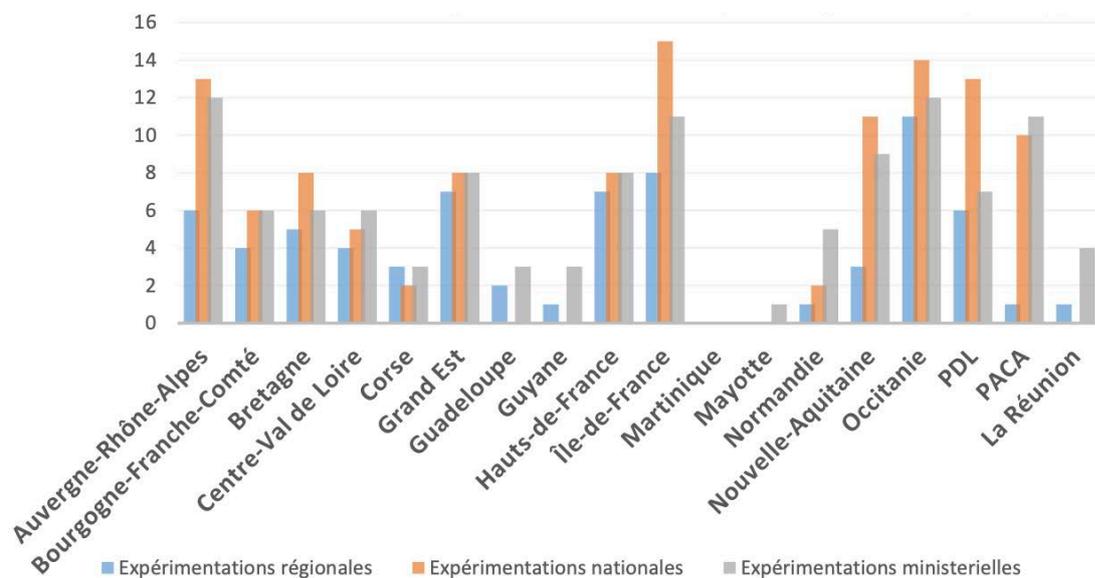


Figure 13 : Cartographie du nombre d'expérimentations par région et par type⁶²

Nous remarquons que les types d'expérimentations sont répartis de manière proportionnelle au nombre d'expérimentations par région. Nous remarquons que les expérimentations nationales puis ministérielles sont les plus présentes en métropole. Les expérimentations régionales arrivent en troisième et dernière place. Dans les DROM-TOM, les expérimentations nationales ne sont pas présentes, et la majorité des expérimentations sont ministérielles, puis régionales.

c) Caractéristiques des projets autorisés

Les analyses suivantes correspondent aux données des 122 projets autorisés en octobre 2022⁶³. Les projets se concentrent principalement sur deux approches : soit par pathologie spécifique, soit par population spécifique. La somme des deux dépasse 100 % car certains projets visent à adresser à la fois une population et une pathologie (MESS, 2021). Notons également que les projets Article 51 sont généralement axés sur des pathologies au niveau régional. En revanche, les projets interrégionaux ou nationaux adoptent des approches plus populationnelles (annexe 3, entretien 2).

- Les principales prises en charge

Sur les 122 projets autorisés, 104 ciblent une prise en charge spécifique (85%). Sur les 494 projets déposés recevables, ce pourcentage était de 71%. Le fait de cibler une prise en charge spécifique semble faciliter l'autorisation des projets.

⁶² Ibid.

⁶³ Ibid.

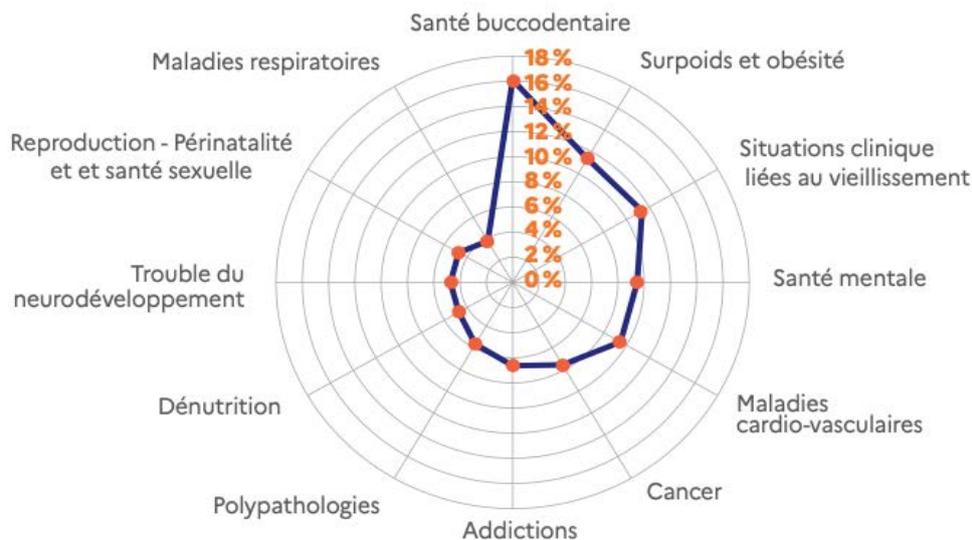


Figure 14 : Part d'expérimentations dans les 12 catégories de prise en charge les plus ciblées⁶⁴

Contrairement aux principales prises en charge largement présentes dans l'ensemble des projets recevables (cancérologie, pathologies liées au vieillissement et santé mentale), on observe une prédominance disproportionnée de la thématique de la santé buccodentaire parmi les expérimentations autorisées, qui arrive en tête, devant le surpoids et l'obésité, les situations cliniques liées au vieillissement, la santé mentale et les maladies cardiovasculaires. Il convient de noter que la santé mentale est moins représentée, bien que cette thématique soit plus fréquente parmi l'ensemble des projets déposés recevables.

- La population ciblée

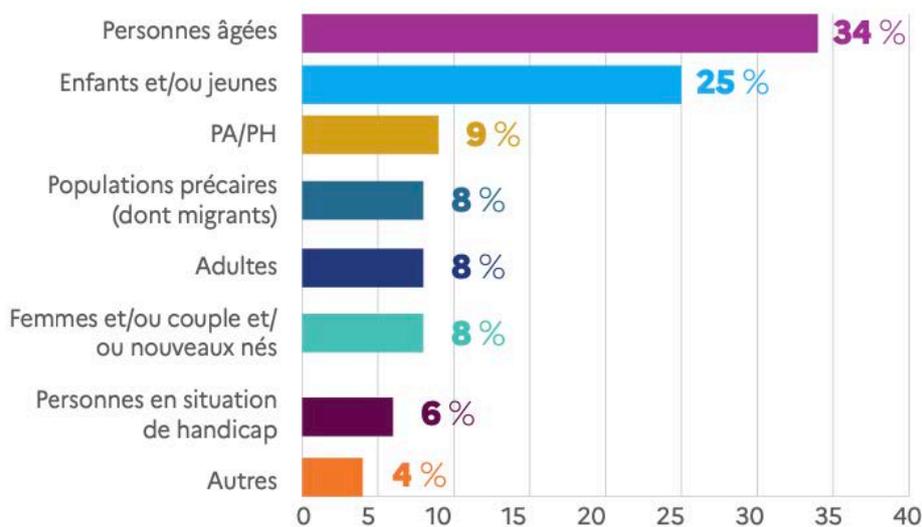


Figure 15 : Part d'expérimentations pour chaque catégorie de population ciblée (hors population générale)⁶⁵

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Ibid.

La part d'expérimentations pour chaque catégorie de population ciblée est similaire à celle des projets déposés. La répartition est globalement la même pour les projets déposés et autorisés. Sur les 122 expérimentations autorisées, 51 ciblent une population spécifique, soit 41%. Cette proportion de projets ciblant une population spécifique est la même pour les expérimentations autorisées que pour les projets déposés (40%). Sur ces 51 projets ciblant une population spécifique, plus d'un tiers concernent les personnes âgées, et un quart les enfant et/ou jeunes. Ces deux catégories représentent au total 60% de ces 51 projets. Au total, un quart des 122 projets déposés ciblent spécifiquement les difficultés liées aux âges extrêmes de la vie. Cela est cohérent avec la feuille de route nationale destinée à améliorer la prise en charge des personnes âgées et / ou dépendantes.

- Les secteurs

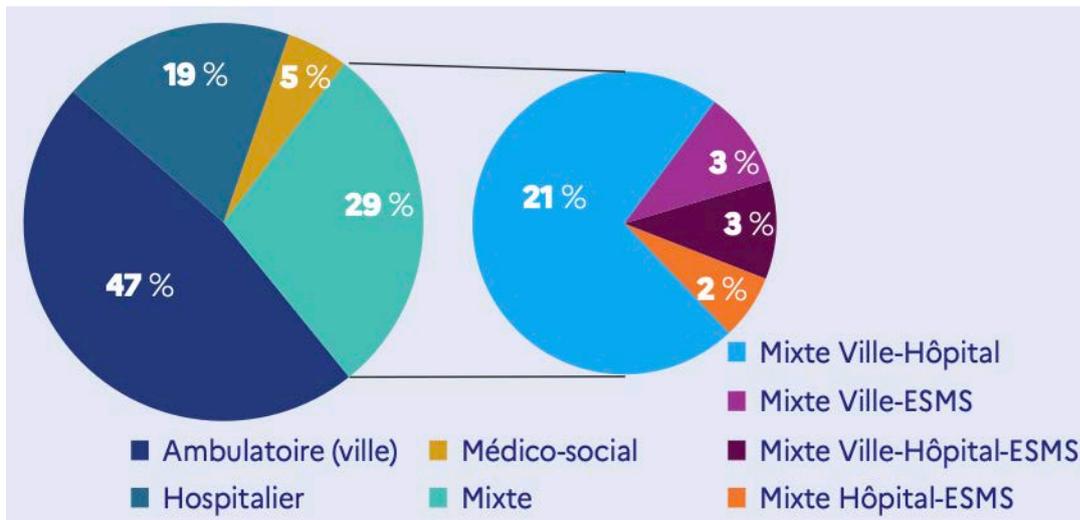


Figure 16 : Part de chaque secteur financé pour les 122 expérimentations autorisées⁶⁶

Globalement, le secteur mixte associant deux sous-secteurs représente presque un tiers des expérimentations, l'ambulatoire non mixte presque la moitié, et l'hospitalier non mixte 20%. Vient ensuite le secteur médico-social non mixte avec 5%.

Le secteur ambulatoire est le secteur majoritaire représentant 74% des expérimentations en prenant en considération sa part dans le secteur mixte. Plus en détail, on observe que :

- 64% sont des projets uniquement dans le secteur ambulatoire
- 28% sont des projets mixtes ville-hôpital
- 4% sont des projets mixtes ville-hôpital-ESMS
- 4% sont des projets mixtes ville-ESMS.

Le secteur hospitalier se positionne comme le deuxième secteur en importance avec 45% des expérimentations, dont :

- 42 sont des projets uniquement dans le secteur hospitalier
- 47% sont des projets mixtes ville-hôpital
- 7% sont des projets mixtes ville-hôpital-ESMS

⁶⁶ Ibid.

- 4% sont des projets mixtes hôpital-ESMS.

Vient ensuite le secteur ESMS avec 13% des expérimentations, dont :

- 39 sont des projets uniquement dans le secteur ESMS
- 23% sont des projets mixtes ville-hôpital-ESMS
- 23% sont des projets mixtes ville-ESMS
- 15% sont des projets mixtes hôpital-ESMS.

On remarque également que les proportions sont similaires à celles des projets déposés, dont les projets ambulatoires et les projets mixtes représentaient chacun environ 40%, pour maintenant représenter respectivement 47% et 30%. Ils étaient suivis à 10% par le secteur hospitalier qui a augmenté à 20%, puis par le secteur ESMS qui est resté à 5%. On en conclut que les projets en secteurs mixtes ont eu plus de mal à être autorisés, tandis que les projets uniquement ambulatoires ou uniquement hospitaliers ont été plus facilement acceptés, notamment les projets hospitaliers avec un doublement de leur proportion de 10 à 20%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les structures hospitalières sont des grosses structures et avec plus de facilité à monter des projets et expérimentations.

- Les porteurs

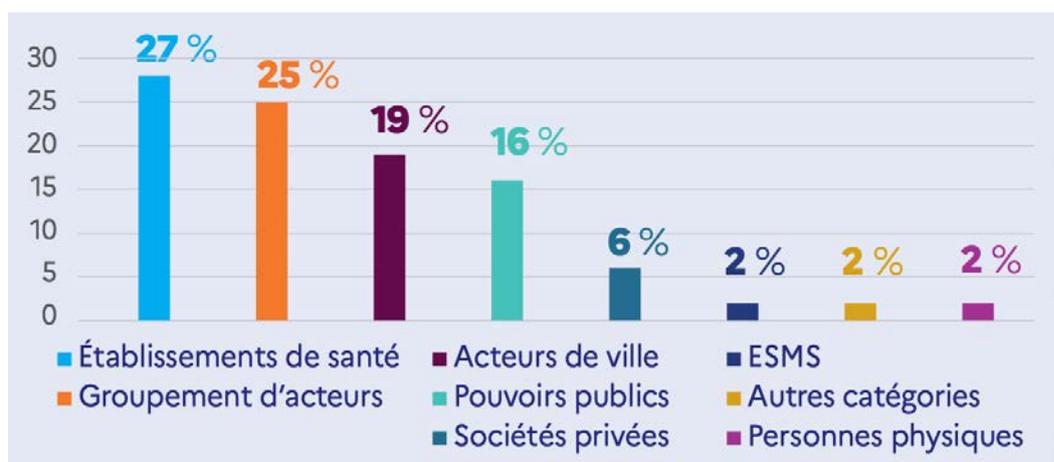


Figure 17 : Part d'expérimentations autorisées pour chaque catégorie de porteurs⁶⁷

La majorité des porteurs sont :

- Les établissements de santé (27%) ;
- Les groupements d'acteurs (25%) ;
- Les acteurs de ville (19%) ;
- Les pouvoirs publics (16%).

Parmi les acteurs, nous retrouvons ensuite les sociétés privées (6%) puis les ESMS, les personnes physiques et d'autres catégories d'acteurs, chaque catégorie représentant 2% des porteurs. Nous remarquons donc que les principaux porteurs sont restés les mêmes pour les projets déposés recevables puis ceux autorisés. Nous remarquons cependant que leur proportion a légèrement diminué pour les établissements de santé (passant de 33 à 27%), et plus fortement pour les

⁶⁷ Ibid.

groupements d'acteurs (passant de troisième place avec 15% à deuxième place avec 25%). Les pouvoirs publics ont, quant à eux, presque triplé, passant de 6 à 16%. Les acteurs de ville sont restés stables à 19% mais sont donc passés de la deuxième à la troisième position avec l'augmentation de la proportion des groupements d'acteurs. Ces augmentations de proportion se sont faites au détriment des minorités d'acteurs qui sont les sociétés privées, étant passées de 8 à 6%, et des ESMS, personnes physiques et autres catégories étant passées de 6 à 2%. Les groupements d'acteurs et les pouvoirs publics ont ainsi eu les plus fortes proportions de projets autorisés.

Les principaux porteurs de projets sont les centres hospitaliers et les structures de réseau de santé. Les MSP et les CPTS cherchent également à s'impliquer, ce qui témoigne d'une diversification des acteurs impliqués (annexe 3, entretien 2).

Comme pour les projets déposés, d'une manière générale, la composition des porteurs de projets met en évidence le fait que ces porteurs sont rarement des personnes physiques, mais plutôt des entités morales. En réalité, il s'agit généralement de multiples parties prenantes qui se regroupent au sein d'une structure telle qu'un établissement hospitalier, ou au sein d'un collectif partageant une vision commune et des valeurs partagées. Les projets sont majoritairement le fruit de contributions collectives, exigeant une convergence d'idées, d'objectifs, et de plans opérationnels, parfois même la mutualisation de ressources, qu'elles soient de nature matérielle ou immatérielle. Ainsi, la genèse de ces projets implique invariablement une coordination entre les porteurs. De plus, comme nous l'avons vu plus haut, 29% des projets autorisés sont mixtes s'inscrivant dans le domaine de la collaboration entre secteurs différents, ce qui rend incontournable la coordination entre les acteurs de la santé.

Natacha Lemaire rappelle dans un bilan exprimé en juin 2021 (MESS, 2021) que les règles d'engagement sont ouvertes, sans aucune restriction quant à qui peut proposer un projet. « Nous fonctionnons selon un principe de guichet ouvert en permanence dans le domaine de la santé ». Le nombre croissant de projets autorisés vu plus haut démontre la grande ouverture du dispositif. « Les porteurs de projets sont divers, reflétant ainsi la variété de notre système de santé ». Les établissements de santé sont les acteurs les plus représentés, car ils ont l'habitude de répondre à des appels à projets et de constituer des projets. Cependant, d'autres acteurs développent également des projets, leur nombre augmentant d'année en année, notamment aux acteurs de la ville. De nombreux projets sont également proposés par des groupements d'acteurs, tels que des associations professionnelles, des unions professionnelles de santé (UPS), des syndicats et des fédérations. Cette catégorie d'acteurs est presque aussi importante que les établissements de santé. Une catégorie montante concerne les établissements sociaux et médico-sociaux (MESS, 2021).

d) Finalité des expérimentations

Parmi les 122 projets autorisés, 66% ont pour finalité la coordination, les parcours, l'exercice coordonné et la séquence de soins, et 28% l'accès aux soins⁶⁸.

On comptabilise 630 059 bénéficiaires des expérimentations inclus au 31 août 2022 sur la cible de plus d'un million de futurs bénéficiaires du dispositif (1 163 904)⁶⁹. Le nombre de patients médian par expérimentation est de 1000 patients (Espace social Européen, 2022).

Près de 64 % des expérimentations intègrent une approche de prévention. Sur les 78 expérimentations autorisées qui incluent de la prévention, un tiers correspondent à de la prévention mixte, avec différents niveaux de prévention⁷⁰.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid.

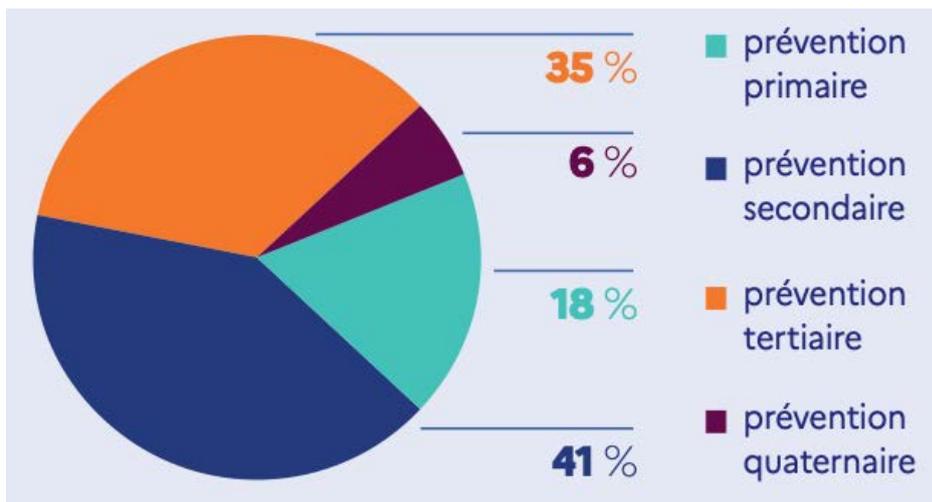


Figure 18 : Part de chaque type de prévention dans les 78 expérimentations autorisées concernées⁷¹

La prévention est l'ensemble des mesures prises pour éviter l'apparition ou l'aggravation d'une maladie ou d'une blessure. Elle peut être divisée en quatre niveaux :

- La prévention primaire vise à empêcher l'apparition d'une maladie ou d'une blessure. Elle s'appuie sur des mesures de promotion de la santé, telles que l'éducation à la santé, l'amélioration de l'environnement et la vaccination.
- La prévention secondaire vise à identifier et à traiter précocement une maladie ou une blessure afin d'en limiter l'impact. Elle s'appuie sur des mesures de dépistage et de prise en charge précoce, telles que les consultations de prévention, les examens de santé et les programmes de suivi.
- La prévention tertiaire vise à limiter les conséquences d'une maladie ou d'une blessure déjà installée. Elle s'appuie sur des mesures de rééducation, de réadaptation et de soutien, telles que les soins de suite et de réadaptation, les programmes d'éducation thérapeutique et les aides sociales.
- La prévention quaternaire vise à éviter la survenue de complications ou de récurrences d'une maladie ou d'une blessure déjà traitée. Elle s'appuie sur des mesures de surveillance et de prévention des complications, telles que les programmes de suivi des patients à risque et les mesures de prévention des rechutes.

La prévention secondaire arrive en tête avec 41% des expérimentations autorisées, suivie de la prévention tertiaire (35%), puis de la prévention primaire (18%) et la prévention quaternaire (6%).

e) Types de financement

Le montant médian d'un projet est de 1,6 millions sur toute la durée du projet, soit environ 3,5 ans (Espace social Européen, 2022).

La plupart des expérimentations sont conçues autour de parcours de prise en charge impliquant une collaboration entre les équipes médicales de la ville, de l'hôpital et du secteur médico-social. Dans ces parcours, la solidarité entre les équipes se concrétise par le biais d'une rémunération au forfait, offrant ainsi une certaine flexibilité aux structures coordinatrices ⁷².

⁷¹ Ibid.

⁷² Sécurité Sociale. (2023). Chapitre IV - Expérimenter pour reformer l'organisation et la tarification des soins. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-05/20230524-Ralfss-2023-4-reformer-organisation-tarification-soins.pdf>

Il est important de noter que, dans de nombreux cas, environ 70 % des expérimentations en cours déploient des parcours de soins faisant intervenir plusieurs acteurs de domaines variés, tout en maintenant un système de rémunération au forfait. Dans certains cas, ces expérimentations peuvent être intégrées dans le droit commun sans nécessiter de modifications législatives majeures. Cela peut se faire, par exemple, en s'appuyant sur les cadres existants des négociations conventionnelles pour les professions de santé libérales ou en tirant parti des évolutions de la tarification hospitalière ⁷³.

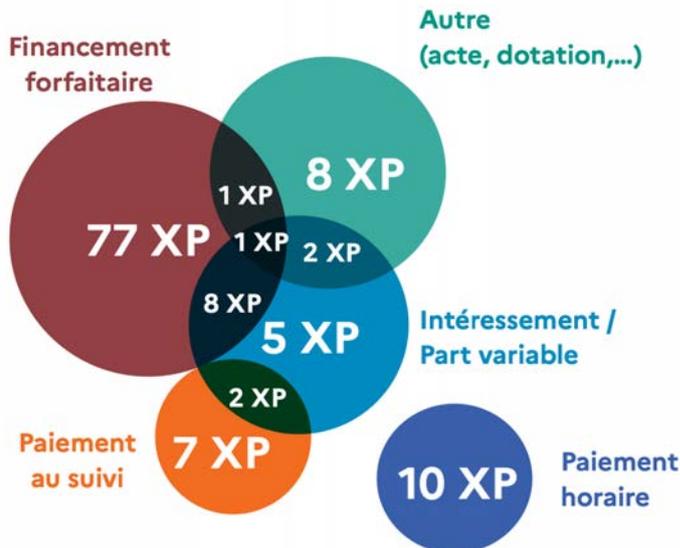


Figure 19 : Nombre d'expérimentations concernées pour chaque modèle de financement⁷⁴

On remarque effectivement que la majorité des expérimentations (77) utilisent un modèle de financement forfaitaire. Dix expérimentations utilisent un paiement horaire, 7 un paiement au suivi, 5 un intéressement / part variable, et 8 d'autres modèles de financement (acte, dotation, etc.). On remarque également que plusieurs expérimentations (14) utilisent plusieurs modèles de financement. Toutes les expérimentations qui utilisent plusieurs modèles de financement utilisent dans le lot soit le financement forfaitaire, soit le l'intéressement /part variable.

f) Grandes tendances

Les projets autorisés se cristallisent autour de plusieurs grandes tendances⁷⁵ :

- **Le développement de l'activité physique adaptée (APA)**, qui est une approche prometteuse pour améliorer la santé des patients atteints de maladies chroniques. « En effet, présente dans 20% des expérimentations actuellement autorisées, l'activité physique adaptée est devenue une offre de santé centrale dans la prise en charge des patients inclus, notamment en cas de pathologie chronique »⁷⁶. L'APA est reconnue comme une approche thérapeutique non médicamenteuse depuis l'introduction de l'article L.1172-1 du Code de la santé publique en 2016. Ce texte autorise les médecins traitants à prescrire des séances d'APA adaptées à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux des patients atteints de maladies chroniques. La loi de financement de la Sécurité Sociale en 2020 a renforcé le rôle

⁷³ Ibid.

⁷⁴ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

de l'APA, notamment pour les patients ayant survécu à un cancer. L'article 59 de cette loi a établi un parcours global de soins après le traitement du cancer, comprenant un bilan fonctionnel et motivationnel pour les séances d'APA destinées à réduire les risques de séquelles et les rechutes chez les patients cancéreux. Cependant, ces séances d'APA à visée thérapeutique, basées sur les objectifs de santé définis lors des bilans initiaux, ne sont pas financées par un forfait spécifique. Ces séances d'APA sont considérées comme des compléments essentiels aux traitements médicaux traditionnels mais elles font face à des obstacles, notamment en termes de financement, d'adhésion des patients aux programmes en raison de la fatigue, des contraintes de déplacement, du manque de motivation et de soutien, ainsi que des difficultés organisationnelles liées au manque de coordination et de partage d'informations entre les différents intervenants. Pour surmonter ces défis, plusieurs projets article 51 ont été proposés visant à créer des parcours personnalisés combinant éducation thérapeutique et séances d'APA adaptées pour des pathologies spécifiques, telles que les maladies cardiovasculaires, les problèmes respiratoires et les cancers. Les projets mettent en avant plusieurs aspects organisationnels essentiels, notamment la mise en place de programmes de séances d'APA en groupe, offrant des sessions en présentiel et à distance. Ils intègrent des initiatives visant à aller vers les patients en utilisant des dispositifs connectés et une plateforme axée sur l'expérience du patient. De plus, les projets impliquent activement les professionnels de soins primaires dans la prise en charge, intègrent une dimension psychologique et motivationnelle, coordonnent la prestation de soins et prévoient un suivi des patients à leur sortie des soins de suite et de réadaptation (SSR).

- **Un focus sur la santé mentale.** L'amélioration de la santé mentale a été en effet clairement énoncée comme l'une des priorités de la Stratégie Nationale de Santé. Ce choix s'explique par la prévalence significative des troubles de santé mentale au sein de la population, touchant environ un quart des Français, que ce soit directement ou à travers leurs proches. En 2013, il était révélé que les troubles psychiques constituaient la première cause de dépenses en matière de soins de santé, comme en témoigne le rapport "charges et produits" de l'Assurance Maladie pour l'année 2021⁷⁷. Les projets mettent en avant plusieurs aspects organisationnels essentiels, notamment le repérage précoce des troubles psychiques, en particulier chez les jeunes, un accompagnement intensif des patients, une démarche proactive d'aller vers les patients, l'implication active des professionnels des soins primaires dans le repérage et la prise en charge, ainsi que la coordination harmonieuse de la prise en charge à travers les secteurs sanitaire et social.
- **Un exercice infirmier valorisé.** Quels que soient les porteurs et le lieu d'exercice des expérimentateurs, les infirmiers font partie des professionnels les plus représentés dans les expérimentations autorisées. Ils occupent une place centrale dans 72% des expérimentations. Cette place prépondérante s'explique par leur expertise singulière, leur polyvalence et leur adaptabilité. Les infirmiers ont vu élargir leur champ de compétences en prenant en charge de nouvelles missions. De plus, leur rôle de coordination encourage un environnement de travail collaboratif avec l'ensemble des équipes de soins et d'accompagnement.
- **Des réponses adaptées au vieillissement de la population.** Les expérimentations s'adressant aux personnes âgées sont nombreuses car elles sont en lien avec la transition démographique impliquant un vieillissement de la population, défi majeur du système de santé français. Ces expérimentations constituent même le plus fort engagement budgétaire du dispositif. Dix-huit projets ciblent spécifiquement les personnes âgées, ce qui correspond à un engagement budgétaire de 67 millions d'euros, et visent 111 000 bénéficiaires.

⁷⁷ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

- **Une mise en application des parts variables dans les modèles de financement.** « *Les parts variables sont des incitations financières fondées sur la notion de valeur en santé, de paiement à la performance, de paiement à la qualité, ou de partage des risques. Le dispositif de l'article 51 peut permettre de tester la faisabilité et la reproductibilité de ces nouvelles modalités d'intéressement ou d'incitation financière avant leur introduction dans le droit commun sous certaines conditions* »⁷⁸. Environ 20 expérimentations sont en train de tester des méthodes de financement comportant une composante variable, qu'elles soient liées à des financements traditionnels (du droit commun) ou à des approches innovantes. Pour le moment les enseignements des expérimentations mettent en évidence que, en termes de faisabilité et d'opérationnalité, tout modèle d'intéressement, quelles qu'en soient les modalités de calcul, nécessite des ressources techniques, informatiques et statistiques structurées et dédiées. L'accessibilité aux sources de données et la fiabilité des données se heurtent aux règles d'utilisation du SNDS. La structuration, la consolidation et la fiabilisation des données restent des prérequis incontournables auxquels la transformation numérique pourra répondre.
- **Une intégration concrète de la prévention** dans les parcours comme nous l'avons vu plus haut.

C. Fin des expérimentations

Les expérimentations peuvent durer 5 ans au maximum. La médiane en termes de durée des expérimentations autorisées est de 3 ans et demi (Espace social Européen, 2022).

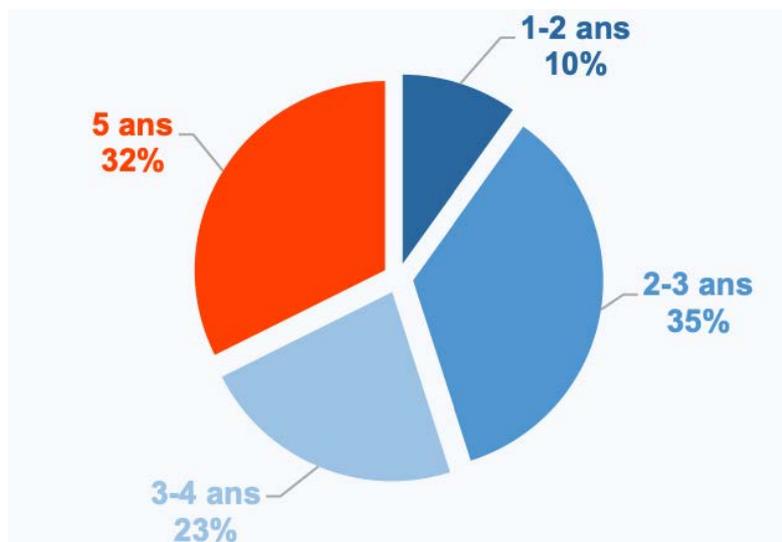


Figure 20 : Durée des expérimentations⁷⁹

⁷⁸ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

⁷⁹ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

a) Révision des cahiers des charges

Avec près de 100 expérimentations en cours et 60 expérimentations ayant déjà accumulé plus d'un an de retours d'expérience, il est devenu courant d'apporter des modifications aux cahiers des charges pour tenir compte des premiers enseignements et ajuster les modèles expérimentés. Au total, on comptabilise 52 nouvelles publications d'arrêtés concernant 43 expérimentations différentes. Certaines expérimentations ont ainsi déjà subi plusieurs modifications. On peut classer les motifs en 4 catégories :

- La principale raison de la modification des cahiers des charges réside dans la révision budgétaire de l'expérimentation, correspondant à 30 motifs sur 52. Dans la plupart des cas, cette révision se traduit par une augmentation du budget, mais parfois aussi par une réduction, consécutive à des ajustements de l'effectif cible de l'expérimentation.
- La deuxième raison fréquente est la prolongation des expérimentations, correspondant à 22 motifs. Cette prolongation est principalement motivée par deux raisons : un retard dans la mise en œuvre, ou l'attente du rapport d'évaluation finale pour ne pas interrompre la dynamique de l'expérimentation.
- Ensuite vient l'adaptation du modèle économique, correspondant à 20 motifs.
- Et enfin le changement d'expérimentateurs primaires, correspondant à 11 motifs.

b) Expérimentations terminées

En 2022⁸⁰, 7 expérimentations avaient initialement une date d'échéance prévue. Cependant, 6 d'entre elles ont nécessité une prolongation. Pour 2 de ces projets, l'échéance initiale était en 2021. Les prolongations ont été décidées dans le but de maximiser les chances de réussite de ces expérimentations. Cela était nécessaire dans les cas suivants :

- Lorsque la montée en charge n'a pas été conforme aux attentes, notamment en raison de perturbations liées à la crise sanitaire,
- Dans l'attente des résultats d'évaluation, comme c'est le cas pour les expérimentations sur les biosimilaires et la télésurveillance.

Au 31 août 2022⁸¹, 34 expérimentations arrivent à échéance en 2023 et 36 en 2024.

Dans tous les cas, l'objectif demeure de prendre une décision concernant la poursuite de l'expérimentation à la lumière des résultats de l'évaluation. L'idée est de maintenir l'expérimentation en conditions opérationnelles jusqu'à une éventuelle généralisation, si cette dernière était décidée. Cette préoccupation est à l'origine de la moitié des prolongations des expérimentations dont l'échéance était prévue en 2022. Si cette proportion se répétait en 2023 et 2024, cela entraînerait respectivement la prolongation de 17 et 18 expérimentations. Cela signifierait également la conclusion de l'autre moitié, ce qui représente également un défi en soi.

Franck Von Lennep, directeur de la Sécurité Sociale⁸², souligne l'importance de continuer à alimenter l'article 51 avec de nouveaux projets innovants, tout en évitant la fragmentation des expérimentations similaires. Pour cela, l'enjeu principal, selon lui, à l'heure actuelle et pour les années à venir, est d'assurer un suivi attentif des expérimentations arrivant à leur terme. Il insiste sur la nécessité de ne pas laisser ces expérimentations être oubliées, comme cela a pu être le cas avant la

⁸⁰ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

⁸¹ Ibid.

⁸² Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

mise en place de l'article 51. Pour celles qui se révèlent fructueuses, il est crucial d'élaborer des stratégies de généralisation. Cependant, toutes les expérimentations ne seront pas destinées à être généralisées, et il faudra aussi prévoir un accompagnement pour mettre fin à ces projets.

Ainsi, il est de plus en plus crucial de parvenir à conclure les expérimentations arrivant à leur terme, afin de garantir la viabilité du dispositif et permettre l'intégration de nouvelles initiatives.

A date du 27 septembre 2023, 135 expérimentations ont été autorisées. Sur ces 135, 5 sont arrivées à terme, 35 arriveront à échéance en 2023, parmi lesquelles une quinzaine, au vu des premiers résultats disponibles, pourraient potentiellement faire l'objet d'une évaluation positive, et 38 en 2024⁸³. Depuis, une sixième expérimentation est sensée être arrivée à son terme en fin septembre. Comptabilisons également une expérimentation qui est arrivée à son terme plus tôt que prévue suite à un abandon.

Sur les 6 qui sont arrivées à terme :

- Trois expérimentations ont reçu un avis favorable
 - Une expérimentation est entrée dans le droit commun : MRTC (Mission retrouve ton cap).
 - Une a reçu un avis positif et est entrée en juin 2023 en période transitoire post expérimentation en attendant l'entrée dans le droit commun : Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel - ex MyDIABBY.
 - Avis favorable publié en septembre 2023 : Dépistage et diagnostic des problèmes bucco-dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico-sociaux du département du Cher en utilisant les outils de télémédecine (CHER18) (Lemaire, 2023).
- Deux ont reçu une évaluation négative : DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque et Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables.
- Une sixième : Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) est censée être arrivée à terme le 30 septembre 2023 (Lemaire, 2023a).

Notons qu'il y a aussi l'abandon en 2021 du projet Cooperinat : Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (Hospi Grand Ouest).

c) Expérimentations terminées en cours de généralisation

- « Mission : retrouve ton cap »

L'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » (MRTC), qui visait à prévenir le surpoids et l'obésité infantile chez les enfants de 3 à 12 ans en situation de précarité, a été généralisée dans le droit commun le 1^{er} novembre 2022 par la publication d'un décret au Journal Officiel le 31 octobre 2022⁸⁴ après un rapport d'évaluation positif datant de juin 2021⁸⁵. L'expérimentation a été menée entre 2019 et 2022 dans trois territoires de la région : l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais, la Seine-Saint-Denis et la Réunion.

⁸³ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

⁸⁴ Journal Officiel. (2022). Décret n°2022-1394 du 31 octobre 2022 relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé. 1^{er} novembre 2022.

Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/obesite_infantile_centres_maison_sante_joe_011122.pdf

⁸⁵ Planète Publique. (2021). Évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap. Rapport d'évaluation juin 2021. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_evaluation_mrtc.pdf

Les résultats de l'évaluation sont les suivants : 2 086 enfants ont été inclus dans l'expérimentation dans près de 50 structures. L'évaluation a mis en évidence des évolutions positives de la corpulence, ainsi que des changements des habitudes de vie :

- 52 % des enfants ont vu leur situation s'améliorer et 8 % ne connaissent pas de modification ;
- 82 % des enfants ont au moins changé une habitude de vie : 55 % des enfants mangent moins souvent entre les 4 principaux repas, 43 % mangent plus souvent des fruits et des légumes, 44 % prennent moins souvent des boissons sucrées à l'occasion des repas.

Dans 9 cas sur 10, MRTC a permis à des enfants en situation de surpoids ou d'obésité, d'accéder pour la première fois à une prise en charge de leur problème.

Ainsi le rapport d'évaluation de l'expérimentation a donné un avis favorable pour la généralisation, et a également proposé des recommandations⁸⁶.

Une deuxième version du rapport a également été rendue en août 2021 avec plus de recommandations⁸⁷.

Six groupes d'actions et d'ajustements sont recommandés pour la généralisation de l'expérimentation MRTC :

- L'élargissement de la tranche d'âge à au moins 12 ans, voire même 16 ou 18 ans,
- La nécessité d'une revalorisation des forfaits des intervenants,
- La nécessité d'une prise en compte dans les forfaits du temps de coordination des parcours de soins,
- L'assouplissement du forfait annuel pour adapter le rythme de prise en charge à chaque famille, de manière à individualiser le parcours de soins à travers la définition d'une prise en charge globale dont le nombre et type de consultations peuvent être ajustés.
- L'intégration explicite de l'ensemble des habitudes de vie dans l'accompagnement multidisciplinaire proposé, en renforçant en plus de l'accompagnement diététique, la possibilité d'un accompagnement en activité physique/sédentarité, psychologique, social, en intégrant les éléments sur les événements familiaux, les difficultés ressenties par l'enfant ou la famille.

L'expérimentation a continué et, un an et demi après la publication de l'évaluation et des recommandations en vue de la généralisation du dispositif, le décret a été publié au Journal Officiel :

⁸⁶ Planète Publique. (2021). Évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap. Rapport d'évaluation juin 2021. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinal_evaluation_mrtc.pdf

⁸⁷ Assurance Maladie. (2021). Évaluation de l'expérimentation Mission : retrouve ton cap. Rapport d'évaluation juin 2021. Disponible sur : https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/rapport-evaluation-experimentation-mission-retrouve-ton-cap_assurance-maladie.pdf

« Section 3

« Parcours de prévention de l'obésité infantile –
dispositions communes aux centres et maisons de santé

« Art. D. 6323-25-1. – Le parcours de prévention de l'obésité infantile mentionné au 7° de l'article L. 6323-1-1 et à l'article L. 6323-3 est composé d'un panier de soins, soumis à prescription médicale, qui comprend un bilan d'activité physique, ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues salariés ou prestataires des centres et maisons de santé.

« La réalisation des bilans et actes mentionnés à l'alinéa précédent dans le cadre de ce panier de soins donne lieu à un versement forfaitaire aux centres et maisons de santé par l'assurance maladie, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les soins réalisés à l'occasion d'un renouvellement de la prescription initiale sont pris en charge au titre du panier de soins dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Art. D. 6323-25-2. – Les centres et maisons de santé mettent en œuvre le parcours de prévention de l'obésité infantile, les bilans et les actes mentionnés à l'article D. 6323-25-1 dans des conditions et modalités conformes à un cahier des charges fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté fixe également le montant et les modalités du versement forfaitaire mentionné au deuxième alinéa du même article et précise les informations, nécessaires au suivi de la mise en œuvre de ce parcours et à sa prise en charge par l'assurance maladie, que ces structures communiquent à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle elles exercent. »

Image 4 : Extrait du décret d'autorisation de généralisation de l'expérimentation MRTC publié au Journal Officiel

La généralisation de l'expérimentation sur le territoire national a été effective. Le site web Ameli de l'Assurance Maladie présente le dispositif MRTC généralisé⁸⁸. Le programme est destiné aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité. Il est proposé par les médecins traitants ou les professionnels de santé des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des centres de santé.

Le programme comprend :

- Un dépistage systématique des enfants de 3 à 12 ans à risque de surpoids ou d'obésité, par le médecin traitant ou un professionnel de santé de la MSP ou du centre de santé,
- Un suivi pluridisciplinaire des enfants dépistés, comprenant des séances de diététique, d'activité physique et de soutien psychologique,
- Une prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie sans avance de frais par la famille ni dépassement d'honoraire.

Plusieurs supports sont accessibles sur le site de l'Assurance Maladie pour accompagner les patients et les professionnels dans ce nouveau dispositif.

La généralisation de l'expérimentation a été accueillie positivement par les professionnels de santé. Les médecins et les paramédicaux estiment que le dispositif est efficace pour dépister et suivre les enfants en situation de surpoids ou d'obésité.

La généralisation a également été saluée par les associations de parents d'enfants en surpoids ou obèses. Ces associations estiment que le dispositif est un outil important pour lutter contre l'obésité infantile.

⁸⁸ Assurance Maladie. (2023). « Mission : retrouve ton cap », un dispositif pour prévenir le surpoids et l'obésité infantile. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/haute-garonne/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/mission-retrouve-ton-cap-prevention-obesite-infantile>

- **Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel - ex MyDIABBY**

Le diabète gestationnel est en augmentation en France, principalement en raison de modifications dans les modalités de dépistage et de l'augmentation des facteurs de risque tels que l'obésité et l'âge maternel plus élevé. La télésurveillance du diabète gestationnel permet aux femmes enceintes d'être suivies de manière plus régulière et coordonnée par une équipe pluridisciplinaire. Ce suivi permet de pallier les difficultés actuelles de suivi, souvent chronophage et peu coordonné.

Une expérimentation de télésurveillance du diabète gestationnel, menée en France entre 2019 et 2022, a montré que la télésurveillance était efficace pour améliorer la qualité des soins et le suivi des patientes.

Suite à l'évaluation positive de l'expérimentation, le CTIS a rendu un avis favorable à l'extension de la télésurveillance pour les patientes atteintes de diabète gestationnel⁸⁹. Cependant, en attendant que le remboursement de la télésurveillance rentre dans le droit commun et soit généralisé à toutes les patientes, un projet de prise en charge transitoire de la télésurveillance du diabète gestationnel a été mis en place à partir du 1er juillet 2023. Ce projet de prise en charge transitoire est prévu pour 8 mois, en attendant la prise en charge en droit commun de l'ensemble des patientes atteintes d'un diabète gestationnel⁹⁰.

d) Expérimentations terminées avec avis défavorable

Deux expérimentations ont reçu une évaluation négative : DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque et Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables.

- **DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque**

L'expérimentation a été menée par le centre hospitalier de Perpignan et autorisée en juin 2019. L'expérimentation qui était prévue pour durer 18 mois à compter de septembre 2019 a été prolongée, au vu de la crise sanitaire mobilisant les pharmaciens, et devait s'achever en décembre 2021 soit une durée totale de 27 mois. Le CTIS a rendu son avis en défaveur d'une généralisation en mai 2022⁹¹.

Contexte

L'éradication de l'hépatite C est une priorité de l'OMS à l'horizon 2030. La France s'est engagée dans cet objectif à l'horizon 2025 dans le cadre du Plan de prévention santé. La mise à disposition des antiviraux à action directe (AAD) depuis 2013 et leur accès universel depuis 2017 ont permis de réduire significativement le nombre de patients infectés par le virus de l'hépatite C (VHC). Cependant,

⁸⁹ DREES et Assurance Maladie (2023). Rapport final. Prise en charge avec télésurveillance du diabète gestationnel. Évaluation réalisée par IQVIA. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/202305_rapport_final_evaluation_prise_en_charge_dg_par_tls_vf.pdf

⁹⁰ Ministère de la santé. (2023). Prise en charge avec télésurveillance du diabète gestationnel – CDC période transitoire – Juin 2023. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20230703_mydiabby_cahier_des_charges_periode_transitoire.pdf

⁹¹ Ministère de la santé. (2022). Avis du Conseil stratégique et du Comité technique de l'Innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Dépistage sérologique et virologique de l'Hépatite C en pharmacie d'officine ». Mai 2022.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20220610_avis_csis_et_ctis_fin_xp_depistc.pdf

il reste un nombre important de personnes non diagnostiquées et de patients restant à traiter en France.

Objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation visait à proposer un dépistage de proximité de l'hépatite C par le biais de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) réalisés en pharmacie de ville. Elle s'adressait à des personnes identifiées grâce à un court questionnaire évaluant leurs facteurs de risque. Les personnes dont le TROD était positif étaient orientées vers l'équipe mobile hépatite du centre hospitalier de Perpignan pour un bilan clinique et biologique plus approfondi et, si nécessaire, la mise en place d'un traitement.

Résultats de l'évaluation

L'équipe mobile a recruté et formé les pharmaciens de 23 pharmacies participantes, couvrant les zones rurales et urbaines du territoire du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) d'Aude Pyrénées. Les pharmacies disposaient de l'équipement nécessaire fourni par l'équipe mobile. Au cours des 27 mois qu'a duré l'expérience, les 23 pharmacies participantes ont effectué 547 dépistages, qui ont donné lieu à 9 TROD positifs et à 2 patients recevant un traitement antiviral.

L'évaluation de l'expérimentation⁹² a montré que la mobilisation des pharmacies participantes a été satisfaisante, mais les résultats en termes de nombre de dépistages et de traitements des patients ont été inférieurs aux attentes, ce qui a soulevé des inquiétudes quant à la stratégie de dépistage proposée. Les difficultés rencontrées comprennent la complexité du questionnaire et sa difficulté à cibler les personnes présentant des facteurs de risque, le manque de disponibilité des pharmaciens en raison d'autres missions de santé publique et le faible taux de rémunération. Le coût par patient dépisté positif et traité s'est révélé élevé. Sur le plan de la reproductibilité, le dispositif peut être facilement transféré à d'autres officines, mais des relais clairement identifiés sont nécessaires pour orienter les patients vers une prise en charge médicale appropriée.

Le rapport d'évaluation conclut que pour les personnes prioritaires et éloignées du système de santé, cette démarche innovante d'aller chercher la population cible en population générale (« d'aller-vers ») semble peu performante en termes de taux de recours au dépistage et de taux de positivité.

Le CSIS et le CTIS ont rendu un avis défavorable à la généralisation de l'expérimentation. Les principales raisons sont les suivantes :

- L'efficacité de l'expérimentation n'a pas été démontrée. Le taux de dépistage positif était bien inférieur à celui des autres dispositifs de dépistage de l'hépatite C.
- L'efficacité de l'expérimentation n'a pas été démontrée. Le coût du dépistage en pharmacie était plus élevé que celui du dépistage en laboratoire.
- La reproductibilité de l'expérimentation n'est pas garantie. L'expérimentation a été menée sur un territoire limité et a bénéficié d'un soutien important de l'équipe mobile.

Il est néanmoins suggéré que la redéfinition des critères de sélection de la population cible à l'aide d'un questionnaire court pourrait améliorer les résultats de performance de cette expérimentation. De plus, il est recommandé de réaliser cette expérimentation en dehors d'une situation de crise sanitaire importante. Une analyse de l'efficacité de cette approche est également jugée nécessaire. Pour les populations réinfectées et les personnes informées des risques de l'hépatite C ou présentant

⁹² Ministère de la santé. (2023). Évaluation de l'expérimentation de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque (projet « DEPIST'C PHARMA »). Rapport final. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2022_05_depistc_pharma-_rapport_d_evaluation_vd.pdf

des comportements à risque, le dépistage en pharmacie pourrait être une option supplémentaire. Des mesures de sensibilisation au dépistage, notamment envers les personnes ayant des comportements à risque, doivent être mises en place pour améliorer l'acceptabilité de cette stratégie de dépistage.

Selon les informations disponibles au 25 octobre 2023, l'expérimentation DEPIST'C PHARMA n'a pas été poursuivie depuis mars 2022. Le comité technique de l'innovation en santé a rendu un avis défavorable à la généralisation de l'expérimentation, et les autorités sanitaires n'ont pas pris de décision contraire. En l'absence de nouvelles informations, l'expérimentation DEPIST'C PHARMA est considérée comme terminée.

Pour confirmer cette interprétation, nous avons contacté le porteur de projet : l'Équipe mobile Hépatites (EMH) du centre hospitalier de Perpignan, ainsi que 4 pharmacies partenaires de l'expérimentation. Nos entretiens ont été réalisés le 26 octobre 2023. Il s'agit d'entretiens semi-directifs avec une analyse qualitative des données. Sur les 4 pharmacies contactées, une n'était pas au courant du déroulement de l'expérimentation, et pour les 3 autres, au moins une personne de l'équipe était au courant. Parmi celles qui étaient au courant, seule une seule avait compris clairement que l'expérimentation était terminée. Nous expliquons cela par le fait que nous n'avons peut-être pas eu les interlocuteurs les plus au courant de l'information. Deux pharmacies nous ont expliqué que le porteur de projet avait eu un rapide entretien avec un des pharmaciens pour faire un bilan sur les résultats de l'expérimentation et depuis les pharmacies n'ont pas eu de nouvelles concernant une éventuelle reprise des expérimentations. Pour toutes les pharmacies, la clôture de l'expérimentation n'a pas été compliquée dans le sens où les pharmacies recevaient déjà très peu de patients motivés à se faire dépister. Ce taux très faible de dépistage en pharmacie d'officine est une raison pour laquelle l'expérimentation n'a pas atteint les objectifs attendus, et également la raison pour laquelle les pharmacies n'ont pas réellement vécu de début ni de fin d'expérimentation. Nous avons ensuite contacté une infirmière faisant partie de l'équipe porteur du projet. La porteuse de projet nous a expliqué que la mission de dépistage du VHC qu'ils voulaient étendre à la pharmacie d'officine était une mission qu'ils réalisaient déjà depuis 2013 et qu'ils ont continué de réaliser pendant et après la fin de l'expérimentation⁹³. L'expérimentation avait en effet pour but d'inclure des pharmacies partenaires pour la réalisation de ce dépistage mais finalement très peu de dépistages ont pu être réalisés en officine. Les raisons principales étaient le contexte de crise sanitaire Covid-19 qui a un impact négatif sur l'expérimentation. Les pharmacies ont été très mobilisées sur d'autres missions, ce qui a limité leur disponibilité pour le dépistage de l'hépatite C. Par ailleurs, dans l'évaluation et lors des entretiens, les pharmacies ont insisté sur le fait que la principale raison était que les patients des officines n'étaient pas intéressés par le dépistage du VHC. De son côté, le porteur a continué sa mission de dépistage du VHC et d'accompagnement des patients. Une démarche est en cours pour promouvoir leur initiative à d'autres régions, à d'autres centres hospitaliers.

Suite à ces entretiens, nous pouvons conclure que l'expérimentation n'a pas été poursuivie, mais que la mission de dépistage a été poursuivie par le porteur en sollicitant d'autres moyens de financement. Les raisons de non-poursuite de l'expérimentation sont multiples. Tout d'abord, les résultats de l'évaluation de l'expérimentation, publiés en mai 2022, n'ont pas été concluants. L'efficacité et l'efficience de l'expérimentation n'ont pas été démontrées. De plus, le porteur réfléchi à étendre sa mission de dépistage à d'autres centres hospitaliers en promouvant son fonctionnement d'équipe mobile hépatite.

⁹³ Centre Hospitalier Perpignan. Équipe Mobile Hépatites. [Cité le 26 octobre 2023]. Disponible sur : [https://www.ch-perpignan.fr/patients/annuaire-de-services-195/equipe-mobile-hepatites-66.html?cHash=3e77e7f94b65acd87a84abc0398a3725#:~:text=Créé%20en%202013%20pour%20prendre,prise%20en%20soins%2C%20formation\).](https://www.ch-perpignan.fr/patients/annuaire-de-services-195/equipe-mobile-hepatites-66.html?cHash=3e77e7f94b65acd87a84abc0398a3725#:~:text=Créé%20en%202013%20pour%20prendre,prise%20en%20soins%2C%20formation).)

- Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables

L'expérimentation a également été menée par le centre hospitalier de Perpignan et autorisée par arrêté en juin 2019. Comme la précédente, elle a reçu un avis défavorable à la généralisation en mai 2022^{94,95}.

L'objectif de l'expérimentation est la simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables les plus exposées (stratégie « Test and Treat ») : aller au-devant de ces mêmes populations et simplifier le parcours de soins de l'hépatite C des patients. L'expérimentation vise à améliorer l'accès au dépistage, au traitement et au suivi de l'hépatite C pour les populations vulnérables, tels que les usagers de drogues, les personnes détenues, les sans-abris, les migrants originaires de pays à forte prévalence de l'hépatite C et les malades psychiatriques. Pour cela il est proposé de mettre en place dans des lieux d'intervention ciblés, en une séance unique de 5 heures, le dépistage, le bilan et l'initiation du traitement de l'hépatite C de personnes issues de populations vulnérables (session « Test and Treat »).

Résultats

L'expérimentation a permis d'atteindre des résultats encourageants en termes de dépistage et de traitement de l'hépatite C. Les populations vulnérables ont été mieux prises en charge, ce qui a contribué à réduire la charge virale au sein de ces populations.

L'avis souligne que la généralisation de cette stratégie pourrait engendrer des économies en termes de coûts de prise en charge à long terme. En effet, le traitement précoce de l'hépatite C permet de prévenir les complications graves et coûteuses de la maladie.

L'avis met également en évidence certains défis et limites de l'expérimentation. Parmi ceux-ci, on trouve la nécessité de mobiliser des ressources supplémentaires pour assurer la disponibilité des traitements et des professionnels de santé formés, ainsi que la complexité de l'inclusion des populations vulnérables dans le parcours de soins.

L'avis formule plusieurs recommandations pour la généralisation de la stratégie « Test and Treat » dans la prise en charge de l'hépatite C chez les populations vulnérables. Ces recommandations portent notamment sur le renforcement des capacités des professionnels de santé, la mise en place de mécanismes de coordination et de suivi, et l'évaluation continue de l'impact de la stratégie.

Comme pour l'expérimentation précédente, l'avis rendu en mai 2022 a également été défavorable à une généralisation de l'expérimentation telle qu'elle a été menée, en raison de lacunes en termes d'efficacité, de qualité, d'organisation et de coûts. Cependant, l'approche de « l'aller vers les publics cibles » est considérée comme prometteuse et pourrait être améliorée à l'avenir pour mieux repérer et traiter les populations à risque. L'expérimentation a été menée par le même porteur et est considérée comme clôturée. Le porteur continue sa mission en tant qu'équipe mobile.

⁹⁴ Ministère de la santé. (2022). Avis du Conseil stratégique et du Comité technique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables (stratégie « Test and Treat ») ». Mai 2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20220624_avis_csis_et_ctis_fin_xp_vhc_t3.pdf

⁹⁵ Ministère de la santé. (2022). Évaluation de l'expérimentation de simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque (projet « TEST TO TREAT »). Rapport final. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2022_05_test_to_treat-_rapport_d_evaluation_vd.pdf

e) Abandons

Le « Projet Cooperinat : parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (Hospi Grand Ouest) » a fait l'objet d'un abandon⁹⁶.

Le projet Coopérinat visait à mettre en place un nouveau modèle de prise en charge des femmes enceintes et des femmes ayant récemment accouché. Ce modèle était basé sur une coordination renforcée entre les établissements de santé, les ESMS, les associations et les collectivités territoriales dans six territoires du Grand Ouest, impliquant plus de 100 acteurs. Le projet a été lancé en 2019 et a été abandonné en 2021.

Le rapport d'évaluation post abandon conclut que l'abandon du projet est dû à une série de facteurs, notamment :

- Des objectifs ambitieux et difficiles à atteindre, notamment en raison de la complexité des parcours de soins des patientes.
- Une coordination difficile entre les nombreux acteurs du projet, ce qui a ralenti sa mise en œuvre.
- Un financement insuffisant pour couvrir l'ensemble des coûts.

Le rapport formule également des recommandations pour la réussite de futures expérimentations de coopération entre établissements de santé et ESMS. Ces recommandations concernent notamment :

- La définition d'objectifs réalistes et mesurables.
- La mise en place d'une gouvernance efficace pour garantir la coordination entre les acteurs du projet.
- Un financement suffisant pour couvrir l'ensemble des coûts.

Les recommandations formulées dans le rapport serviront à de futures expérimentations de coopération entre établissements de santé et ESMS. Notons également que l'abandon du projet a eu un impact négatif sur les patients et les professionnels de santé.

f) Perspectives d'un cadre de généralisation pour épisode de soins et parcours aux forfaits

Dans le bilan fait à 4 ans du dispositif mois⁹⁷, le rapport énonce 3 chantiers pour faire face aux enjeux de la généralisation des expérimentations comportant la notion d'épisode de soins ou parcours aux forfaits :

- Dans un premier temps, il est nécessaire de réfléchir au cadre juridique de la généralisation, y compris la définition et la création d'épisodes de soins ou de parcours au forfait, ainsi que de préparer les conditions de mise en œuvre, notamment en ce qui concerne les systèmes d'information.

⁹⁶ Ministère de la santé. (2021). « RAPPORT POST-ABANDON DU PROJET COOPERINAT PORTE PAR HOSPI GRAND OUEST », 27 octobre 2021. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/21_10_27_hgo-projet_cooperinat_rapport_final.pdf

⁹⁷ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

- Un deuxième chantier doit se concentrer ensuite sur la clarification des enjeux liés aux structures juridiques nécessaires pour permettre aux acteurs de gérer les rémunérations des différents professionnels de santé impliqués dans la séquence de soins. Cela permettra de mettre en place et de gérer une communauté de parcours, y compris en impliquant des acteurs en dehors des soins conventionnés. La solidarité au sein de cette structure dépendra des modalités de forfaitisation, allant de la description détaillée du parcours acte par acte à une tarification moyenne.
- Enfin, un troisième chantier doit consister à identifier et caractériser les besoins des professionnels de santé ainsi que les nouveaux services et prestations observés au cours des expérimentations. Cette étape est essentielle pour définir de nouvelles organisations et proposer des tarifications adaptées. Les expérimentations 51 ont principalement testé la mise en place de coordinations complexes avec divers niveaux d'intervention entre de multiples partenaires. Des interventions similaires pourraient également émerger.

Ces travaux ont été prévu d'être progressivement lancés et menés au cours des 12 prochains mois suivant le rapport, donc courant 2023.

D. Dernières données actualisées (juin 2024)

A ce jour, un nouveau Rapport du Parlement a été publié⁹⁸. D'après ces dernières données, le nombre d'expérimentations déposés est passé en un an de 1073 projets à 1174 projets. Le nombre de projets autorisés est passé de 122 à 144 projets. La proportion entre le nombre de projets déposés et autorisés reste similaire. Cependant, nous remarquons un nombre de nouveaux projets autorisés inférieur aux années précédentes (voir figure 11), ce qui témoigne d'une sélectivité accrue et probablement de l'arrivée à maturité du dispositif. Le nombre de projets terminés est passé de 6 à 14 entre le Rapport 2022 et le Rapport 2023. Le portefeuille des expérimentations se stabilise, avec une diminution du nombre de nouveaux projets et une augmentation des expérimentations qui se terminent.

Les tendances observées dans le précédent rapport restent les mêmes en termes de secteur (à dominance ambulatoire), de population ciblée (à dominance de personnes âgées et en perte d'autonomie, puis d'enfants), de type de porteurs (majoritairement des groupements d'acteurs et des établissements de santé). Les expérimentations couvrent des situations et pathologies très variées.

⁹⁸ Ministère de la santé. (2023). Rapport au Parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_article_51_2023.pdf

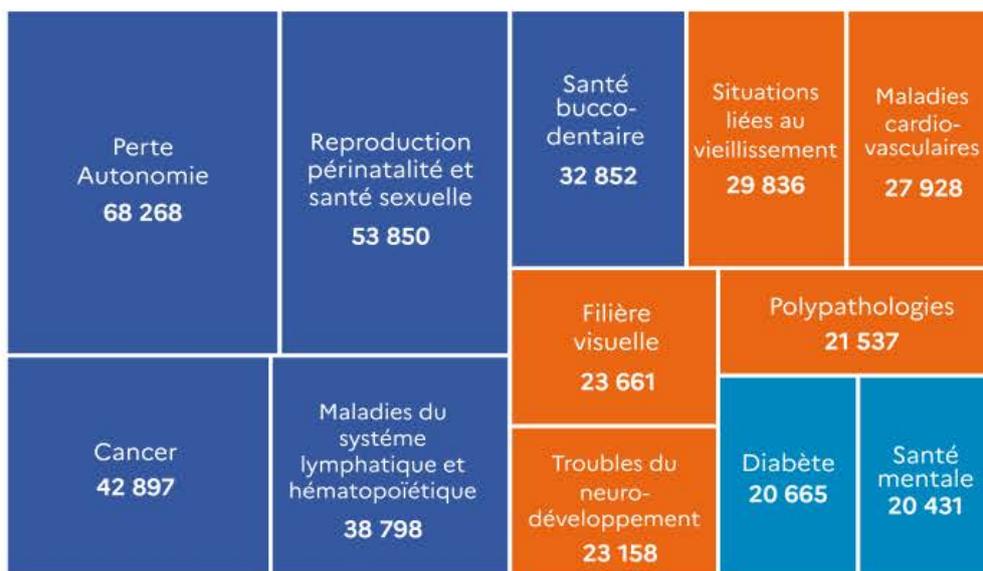


Tableau 6 : 12 principaux types de prise en charge pour l'ensemble des 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorité, en volume de bénéficiaires ⁹⁹

Les principales prises en charge en termes de nombre de bénéficiaires ciblés sont la perte d'autonomie, la reproduction périnatalité et santé sexuelle et le cancer.

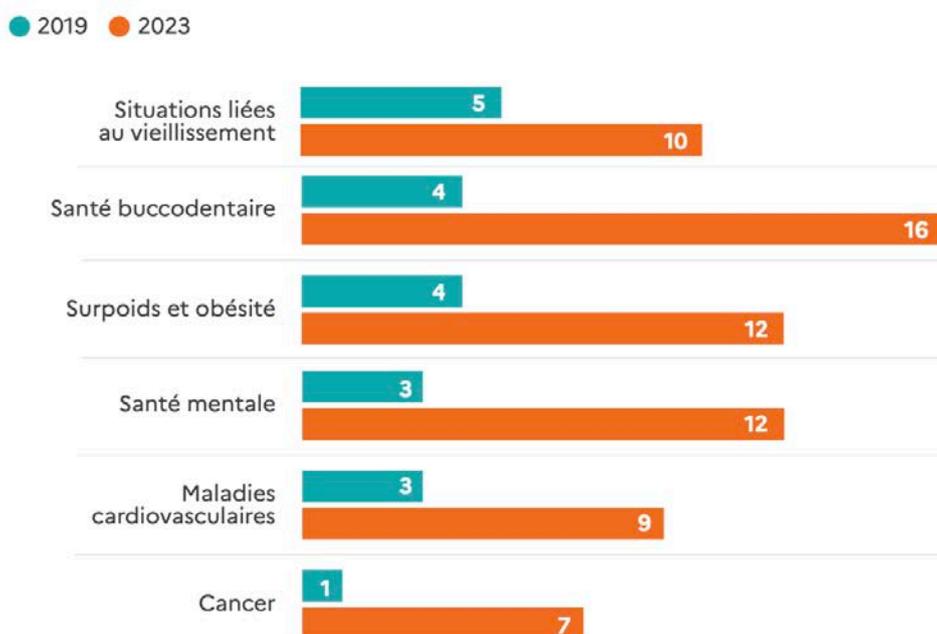


Figure 21 : Évolution du nombre des expérimentations des six premières prises en charge depuis 2019 ¹⁰⁰

Nous observons par ailleurs une forte augmentation du nombre d'expérimentations sur les six principales prises en charge, avec la santé bucco-dentaire qui arrive en tête comme dans le rapport précédent.

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ Ibid.

La prévention reste importante, intégrant 68% des expérimentations autorisées, avec une prévalence pour la prévention tertiaire et secondaire. Les modèles de financement restent en majorité basé sur le forfait.

En fin juin 2024, nous pouvons comptabiliser le bilan suivant ¹⁰¹ :

- Deux expérimentations généralisées :
 - DRAD - Dispositifs Renforcés de soutien au Domicile pour les personnes âgées
 - MRTC – Mission retrouve ton cap
- Douze innovations en période transitoire :
 - ADMR - Repérage des fragilités et prévention aggravation santé des seniors en Occitanie
 - CANDISS - Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance - Bretagne
 - CECICS - Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères en Ile de France
 - CSSAC - Centres de santé sexuelle d'approche communautaire
 - EMNO - Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité à Dijon
 - EqLAAT - Équipes Locales d'Accompagnement sur les Aides Techniques
 - EQUILIBRES - EQUIpes d'Infirmières LIBres RESponsables et Solidaires
 - Équip'Addict - Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions en Bourgogne France Comté, Occitanie, Hauts de France, Île de France, Grand Est
 - Handiconsult'34 - Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie
 - Occitan'Air - Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile
 - Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel - ex MyDIABBY
 - TSLA OCCITANIE - Expérimentation relative aux Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages
- Vingt-deux autres expérimentations terminées qui n'ont pas reçu d'avis favorable pour une généralisation :
 - APA - Parcours après cancer Activité physique adaptée connectée : arrêt anticipé dû à des difficultés
 - BioSimilaires - Expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville : a reçu un avis favorable à la prolongation de l'expérimentation
 - CeSOA - Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire en Île de France : prolongé, attente de retour d'évaluation : a reçu un avis favorable à la prolongation de l'expérimentation jusqu'en juin 2023
 - CHER 18 - Dépistage et diagnostic des problèmes bucco dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médicaux sociaux dans le Cher : a reçu un avis favorable à la généralisation en septembre 2023
 - DEPIST'C PHARMA - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations à risque : avis défavorable
 - Di@pason - Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK : avis défavorable
 - DIVA Pathologies - Suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmiers, médecins et pharmaciens hospitaliers et d'officine dans le GHT 21-52 : pas de donnée sur la fin d'expérimentation

¹⁰¹ Site du ministère de la santé, <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-terminees> (vu le 25 juin 2024)

- Ecout'émoi - Expérimentation relative à la prise en charge de jeunes présentant une souffrance psychique, art 68 LFSS pour 2017 : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- FNMF Prédiabète - mise en place d'un forfait patient pour la prise en charge du prédiabète par une équipe pluridisciplinaire, au sein des structures de soins mutualistes : arrêt anticipé dû à des difficultés
- FRU - Forfait de réorientation des urgences : avis défavorable
- Gecoplaies - Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en Océan Indien : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique - Hospi Grand Ouest : arrêt anticipé dû à des difficultés
- Liste en sus - Expérimentation faisant évoluer les modalités de l'utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- Microstructures post COVID : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- OPTIMED - Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée en Ile-de-France : arrêt anticipé dû à des difficultés
- Expérimentations relatives au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, PAERPA, art 48 LFSS pour 2013 : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- PAP DOP - PAiement d'un Parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré-Opératoire des Patients : avis défavorable
- PSYCOG - Intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGnitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées : arrêt anticipé dû à des difficultés
- RéPAP - Référent Parcours périnatalité : pas de donnée sur la fin d'expérimentation
- Test and Treat - Simplification du parcours de soins hépatite C dans les populations vulnérables : avis défavorable
- TokTokDoc - Polyclinique mobile en Grand Est : avis défavorable
- URPS Biologistes IRC - Dépistage précoce et amélioration du suivi de l'insuffisance rénale par les biologistes médicaux en Centre-Val de Loire : avis défavorable

CHAPITRE II - ANALYSE DES APPELS À MANIFESTATION D'INTÉRÊT

A. Étude IRDES sur le « Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville » et l'« Incitation à une prise en charge partagée »

L'objectif partagé par les deux expérimentations est d'améliorer la qualité des soins et des services rendus aux patients, tout en réduisant les dépenses de santé grâce à une allocation plus efficace des ressources.

L'expérimentation IPEP, en favorisant la coordination entre les secteurs de soins de la ville et de l'hôpital, cherchait à améliorer l'accès aux soins, la coordination des prises en charge, la pertinence des prescriptions médicamenteuses, ainsi que la prévention et la promotion de la santé.

Par ailleurs, l'expérimentation PEPS visait à renforcer la coordination entre les professionnels de soins primaires travaillant en équipe, en mettant particulièrement l'accent sur la collaboration entre médecins généralistes et infirmières. Les objectifs poursuivis étaient d'améliorer l'accès aux soins, la qualité du parcours des patients, de réduire les actes évitables et d'optimiser la prise en charge des patients.

L'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) a publié en février 2023 un article : "Les usages des financements expérimentaux IPEP et PEPS dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles" (Morize & Schlegel, 2023). Dans cet article ils présentent les résultats d'une enquête qualitative qu'ils ont menée auprès de cinq MSP participantes aux expérimentations IPEP et PEPS. Ils ont réalisé 64 entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé exerçant dans ces MSP.

a) Financement

Tout d'abord rappelons que IPEP est un financement additif, qui permet aux équipes de santé de bénéficier d'une rémunération complémentaire pour les activités de prise en charge partagée. PEPS est quant à lui un financement substitutif, qui remplace le mode de financement actuel des médecins par un forfait.

L'étude menée par l'IRDES montre que IPEP sert à rémunérer plus facilement par exemple des créneaux plus longs de médecins pour les patients chroniques ou pédiatriques, de la prévention, etc. PEPS apparaît plus contraignant car il implique que des médecins au sein d'une MSP doivent passer du temps à se répartir entre eux les nouveaux financements.

Par ailleurs, PEPS est davantage axé sur la rémunération des médecins, avec une orientation plus mono-professionnelle, tandis que l'IPEP adopte une approche plus pluriprofessionnelle. La rémunération dans le cadre de PEPS concerne uniquement et directement les professionnels, tandis que dans le cas de l'IPEP, elle s'applique à l'équipe et s'ajoute en plus. La notion de rémunération d'équipe complémentaire s'avère particulièrement intéressante, étant perçue comme une somme supplémentaire destinée à investir dans le travail d'équipe, englobant des aspects tels que des ressources humaines supplémentaires, comme le financement d'une secrétaire, l'amélioration de la qualité, etc. Il est important de noter que cette forme de compensation n'est pas simplement vue comme une rémunération supplémentaire, mais plutôt comme un outil permettant de réinvestir dans l'amélioration du travail collaboratif.

Malgré ces différences, les tendances en termes d'organisation du travail restent très similaires, ce qui est attribuable à la présence de plusieurs financements distincts et à l'absence d'un seul dispositif incitatif.

b) Satisfaction par les professionnels de santé de MSP

L'enquête visait à comprendre comment les professionnels de santé des MSP s'approprièrent ces nouveaux modes de financement, et à identifier les impacts potentiels de ces expérimentations sur l'organisation du travail et la qualité des soins.

Un constat initial met en évidence la disparité des contraintes entre les deux expérimentations. L'expérimentation IPEP repose sur une base de financement fixe, appelée crédits d'amorçage comme on a vu plus haut, et est destinée à initier des projets avant de céder la place à une rémunération basée sur les résultats. Les professionnels jouissent d'une liberté totale dans l'utilisation des crédits d'amorçage, qu'ils exploitent pour mettre en place des projets de santé pertinents à l'échelle locale, conformes à leurs besoins.

Quant à l'expérimentation PEPS, son degré de contrainte varie en fonction de l'engagement de l'équipe, que ce soit pour une partie de sa patientèle (diabétiques ou personnes âgées) ou pour la totalité. Dans ce dernier cas, l'expérimentation devient plus transformative, nécessitant des ajustements de la part des médecins généralistes tels que la réduction du nombre de consultations, l'élaboration de plages horaires plus étendues, etc.

L'étude montre que les deux dispositifs présentent des contraintes, mais que ces contraintes sont nuancées. IPEP offre une certaine liberté aux équipes de santé, qui peuvent utiliser la rémunération complémentaire pour financer des activités qu'elles souhaitent déjà mettre en place. Cependant, les équipes de santé doivent également justifier de leurs résultats pour pouvoir bénéficier de la rémunération complémentaire. PEPS, quant à lui, est plus contraignant car il implique que les médecins doivent se répartir un forfait entre eux.

Un des objectifs sous-jacents de ces expérimentations est également de promouvoir des modèles d'organisation des soins "innovants". Dans cette perspective, les deux expérimentations tendent à converger : les projets de santé totalement novateurs au sein des MSP demeurent rares. Les financements sont majoritairement utilisés pour légitimer et soutenir des modes d'organisation du travail préexistants, s'appuyant sur divers dispositifs tels que les MSP, Asalée-Action de santé libérale en équipe, Assistant médicaux, et d'autres expérimentations.

c) Transformation de l'organisation des soins

Ces expérimentations s'inscrivent dans un mouvement plus large de redéfinition des fonctions et des limites de certaines professions dans le domaine des soins primaires. Dans cet article, l'IRDES a choisi de mettre en avant trois catégories professionnelles qui semblent particulièrement touchées par ces changements.

- Tout d'abord, les infirmières investissent de nouvelles activités liées à la clinique ou à la coordination des parcours de soins. Quel que soit leur statut, elles occupent une position centrale dans les organisations de travail étudiées, assurant des tâches nouvellement attribuées aux médecins ou négligées par ces derniers par manque de temps.
- Ensuite, les secrétaires se voient confier des missions de prévention et d'accompagnement des patients, acquérant ainsi un nouveau rôle de soignantes au sein des MSP. Ces évolutions rappellent également la mise en place de nouveaux financements pour les assistantes médicales, bien que ceux-ci ne concernent pas les secrétaires des MSP.
- Enfin, les médecins des MSP se trouvent confrontés à un paradoxe : bien qu'ils adoptent une vision holistique et globale de la santé et de leur rôle professionnel, les transformations des

soins primaires semblent les restreindre à un rôle davantage curatif, axé sur le diagnostic et la prescription. Néanmoins, ils déploient des stratégies de résistance, déléguant progressivement certaines tâches tout en conservant un certain contrôle sur ces processus.

Par ailleurs, lors de la présentation orale de cet article en conférence IRDES le 14 février, les auteurs formulent deux constats à partir des résultats des expérimentations. Le premier constat est que les expérimentations permettent de financer des changements qui avaient déjà été entamés. En effet, les équipes de santé qui participent aux expérimentations sont souvent déjà engagées dans une démarche de prise en charge partagée. De plus, on remarque que ces expérimentations PEPS et IPEP interviennent dans des équipes déjà matures habituées au travail coordonné. Le second constat est que les expérimentations ont des effets paradoxaux sur le travail médical. Par exemple, dans le cas de PEPS, les médecins ne sont plus payés à l'acte mais doivent se partager un forfait. De plus, on assiste à une spécialisation des tâches entre les médecins et les infirmiers, ce qui peut nuire à la prise en charge globale du patient. En effet, le statut d'IDE salarié est plus propice à la délégation des tâches et à des formes de spécialisations qui les amène à réaliser des tâches différentes : coordination de parcours, secrétariat, ou bien tâches plus médicales. La prise en charge globale du patient qui était la spécialisation du médecin généraliste devient divisé entre plusieurs professionnels avec les IDE (sevrage, éducation thérapeutique, ect).

En conclusion, l'enquête a révélé que les professionnels de santé des MSP appréciaient globalement les expérimentations IPEP et PEPS. Elles leur offraient, selon eux, une plus grande souplesse dans l'organisation de leur travail et une meilleure reconnaissance de leurs compétences. Les expérimentations ont également conduit à une redéfinition des rôles et des responsabilités entre les professionnels de santé. Les infirmières, en particulier, ont vu leur rôle se renforcer, notamment dans le domaine de la coordination des soins. En termes d'impact sur la qualité des soins, les professionnels de santé ont fait état d'une amélioration de la continuité des soins et de la prise en charge des patients chroniques. Ils ont également constaté une diminution des hospitalisations et des urgences.

Cependant, l'enquête a également mis en évidence quelques limites des expérimentations IPEP et PEPS. En particulier, les professionnels de santé ont souligné la nécessité d'un accompagnement plus important pour les équipes de MSP, notamment dans le domaine de la gestion administrative.

B. Analyse des interviews CNAM sur EDS, PEPS, et IPEP

Nous allons analyser les retours d'interview réalisés par la CNAM en 2023 :

- Interview 1 : Natacha Lemaire et Ayden Tajahmady, EDS PEPS et IPEP
- Interview 2 : Pierre De Haas, expérimentateur IPEP
- Interview 3 : Julie Boitard, expérimentatrice PEPS
- Interview 4 : Jean-Félix Verrier, expérimentateur EDS
- Interview 5 : Kathleen Waeytens, expérimentateur IPEP
- Interview 6 : Elisa Marais, expérimentatrice PEPS
- Interview 7 : Carole Robin, expérimentatrice EDS
- Interview 8 : Pierre Poullain, expérimentateur IPEP
- Interview 9 : Carole Coquantif, expérimentatrice PEPS

a) Interview 1 : Natacha Lemaire et Ayden Tajahmady, EDS PEPS et IPEP

Points clés de l'interview de Natacha Lemaire et Aydan Tajahmad sur les expérimentations EDS, PEPS et IPEP

- Les expérimentations EDS, PEPS et IPEP ont débuté en juillet 2019 et se poursuivront jusqu'en juillet 2024.
- Les 3 expérimentations ont connu une phase d'apprentissage et de préparation en 2019, une phase de déploiement en 2020, une phase d'adaptation en 2021 et une phase de continuité en 2022.
- L'un des enjeux de ces expérimentations est de mettre en place des paiements de prestations dérogatoires, de façon à ce que, d'une part les professionnels puissent être payés en temps et en heure, et d'autre part que les données qui soient recueillies dans ce cadre-là permettent une évaluation quantitative.
- Les expérimentations ont permis de recueillir des données sur la qualité des soins, l'expérience patient et l'efficacité des soins.
- Les résultats des évaluations des expérimentations seront disponibles en 2024.

Les expérimentations EDS, PEPS et IPEP sont encore en cours, mais elles ont déjà permis de tirer quelques enseignements importants.

- Les paiements de prestations dérogatoires sont une solution pour améliorer la coordination des soins et la qualité des soins. Les expérimentations ont montré que les nouveaux modes de rémunération permettent de favoriser la coordination entre les professionnels de santé, ce qui peut avoir un impact positif sur la qualité des soins.
- Les données recueillies dans le cadre des expérimentations sont précieuses pour l'évaluation des soins. Les expérimentations permettent de recueillir des données sur la qualité des soins, l'expérience patient et l'efficacité des soins. Ces données sont essentielles pour évaluer l'impact des nouveaux modes de rémunération sur les soins.

Les résultats des évaluations des expérimentations devraient être disponibles en 2024. Ces résultats permettront de déterminer si les nouveaux modes de rémunération sont efficaces pour améliorer la coordination des soins, la qualité des soins et l'efficacité des soins.

Si les résultats sont positifs, il est possible que les nouveaux modes de rémunération soient généralisés au-delà des expérimentations.

b) Interview 2 : Pierre De Haas, expérimentateur IPEP

Points clés de l'interview de Pierre De Haas, expérimentateur IPEP :

- Il s'agit d'un médecin généraliste, et son groupement est une structure qui délivre des soins primaires avec environ une vingtaine de professionnels de santé très variés.
- Le groupement a intégré l'expérimentation IPEP pour revoir le parcours de soins du patient pour améliorer son accompagnement dans sa pathologie, pour une meilleure qualité de soins.
- Les difficultés rencontrées sont classiques : faire changer l'attitude des professionnels et trouver du temps pour réfléchir au changement.

- Les succès sont bien présents, notamment une amélioration du suivi des insuffisants rénaux chroniques, avec un doublement du nombre de patients repérés et du nombre d'ALD.
- L'expérimentation IPEP transforme les pratiques en forçant les professionnels de santé à réfléchir non seulement à ce qu'ils peuvent offrir aux patients, mais dans une chaîne de professionnels autour du patient.

L'interview montre que l'expérimentation IPEP a des effets positifs sur les pratiques des professionnels de santé. En effet, elle permet de revoir le parcours de soins du patient pour améliorer son accompagnement dans sa pathologie. Cela se traduit par une meilleure coordination entre les professionnels de santé, une meilleure prise en charge des patients, et une amélioration de la qualité des soins.

L'interview met également en évidence les suivants points :

- L'expérimentation IPEP permet de mieux prendre en compte les besoins des patients, en particulier ceux qui souffrent de pathologies chroniques.
- L'expérimentation IPEP favorise la collaboration entre les professionnels de santé, ce qui permet d'offrir une prise en charge plus complète et plus efficiente.
- L'expérimentation IPEP a un impact positif sur la qualité des soins, ce qui se traduit par une diminution des hospitalisations et une amélioration de l'état de santé des patients.

c) Interview 3 : Julie Boitard, expérimentatrice PEPS

Points clés de l'interview de Julie Boitard, expérimentatrice PEPS :

- Julie Boitard est directrice d'une coopérative de santé pluridisciplinaire qui gère un centre de santé avec 10 médecins généralistes et 2 infirmières.
- La coopérative de santé a intégré l'expérimentation PEPS pour faire évoluer le système de paiement actuel à l'acte et pour reconnaître les activités des équipes de soins primaires.
- L'expérimentation PEPS a permis à la coopérative de santé de mettre en place de nouveaux modes d'organisation, notamment :
 - Une meilleure identification des patients ayant un médecin traitant
 - Des consultations de 20 minutes, ce qui offre plus de temps aux patients
 - Des staffs dossiers entre différentes disciplines médicales, ce qui facilite la coordination entre les professionnels de santé
- L'expérimentation PEPS a également permis à la coopérative de santé de mettre en place de nouvelles activités, notamment :
 - Une uniformisation des pratiques des médecins
 - La mise en place d'une nomenclature pour les nouvelles activités des médecins
- Les prochaines étapes du projet de la coopérative de santé sont la mise en place de consultations de prévention.

L'interview de Julie Boitard montre que l'expérimentation PEPS a des effets positifs sur les pratiques des équipes de soins primaires. En effet, elle permet de :

- Améliorer la coordination entre les professionnels de santé
- Renforcer la qualité des soins
- Reconnaître les activités des équipes de soins primaires

d) Interview 4 : Jean-Félix Verrier, expérimentateur EDS

Points clés de l'interview de Jean-Félix Verrier, expérimentateur EDS :

L'intégration de l'expérimentation EDS a permis au groupe Ramsay de mettre en place de nouvelles organisations de prise en charge des patients, notamment en pré- et post-opératoire. Ces nouvelles organisations sont fondées sur la collaboration entre les professionnels de santé et sur la prise en compte des besoins des patients.

La consultation infirmière préopératoire a été consolidée, notamment par le recueil de données auprès des patients. Ce recueil de données permet d'améliorer la prise en charge des patients et de mieux évaluer les résultats de la prise en charge.

Les bonnes pratiques issues de l'expérimentation sont en cours de généralisation dans d'autres établissements du groupe Ramsay. Cela montre que l'expérimentation est un succès et qu'elle peut être transposée à d'autres contextes.

La crise sanitaire a impacté la mise en œuvre de l'expérimentation, mais les difficultés ont été surmontées grâce à l'investissement des infirmières. Cela montre l'importance de l'implication des professionnels de santé dans la mise en œuvre de nouvelles organisations.

e) Interview 5 : Kathleen Waeytens, expérimentateur IPEP

Points clés de l'interview de Kathleen Waeytens, expérimentateur IPEP :

- Kathleen Waeytens est coordinatrice de la CPTS de la Riviera Française.
- La CPTS de la Riviera Française a intégré l'expérimentation IPEP en janvier 2020.
- L'expérimentation IPEP a permis à la CPTS de dépasser le simple cadre fourni par la CPTS, notamment dans la prévention, le maintien à domicile et l'accès aux soins.
- L'expérimentation IPEP a également permis de créer une MSP sur le littoral de la Riviera Française, une zone sujette à la désertification médicale.
- L'expérimentation IPEP a transformé les pratiques au sein de la CPTS, notamment en termes de gouvernance, de qualité et de pilotage.
- Les principaux succès de l'expérimentation IPEP pour la CPTS de la Riviera Française sont les suivants :
 - Développement d'un parcours de prévention complet, de la sensibilisation au soin de supports.
 - Création d'une MSP sur le littoral de la Riviera Française.
 - Amélioration de l'attractivité médicale et de l'offre d'accès aux soins.
 - Favorisation du maintien à domicile des sujets âgés fragiles grâce à la télésurveillance et la téléconsultation.
- Les principaux enseignements tirés de l'expérimentation IPEP par la CPTS de la Riviera Française sont les suivants :
 - L'expérimentation IPEP est un outil précieux pour les CPTS qui souhaitent développer des projets innovants et améliorer la qualité des soins.
 - L'expérimentation IPEP peut contribuer à réduire la désertification médicale.
 - L'expérimentation IPEP peut transformer les pratiques au sein des CPTS.

f) Interview 6 : Elisa Marais, expérimentatrice PEPS

Points clés de l'interview d'Elisa Marais, expérimentatrice PEPS :

- Elisa Marais est infirmière en pratique avancée au Pôle Santé Simone Veil de La Ferté-Bernard. Elle travaille dans une équipe PEPS composée de médecins, d'infirmières, d'IPA et de secrétaires. L'équipe se concentre sur la patientèle âgée de plus de 65 ans.
- L'équipe PEPS a intégré l'expérimentation pour valoriser les compétences des infirmières et améliorer le parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.
- L'équipe a mis en place des consultations en binôme médecins-infirmiers pour augmenter les créneaux de soins non programmés au centre de santé. De plus, des visites en binôme médecins-infirmiers sont réalisées pour les personnes âgées à domicile.
- Les visites infirmières intercurrentes avec les visites médicales permettent de s'assurer de l'adaptation du traitement, de prévenir la perte d'autonomie, de limiter les passages aux urgences et les hospitalisations évitables. L'infirmière réalise parfois des télésoins pour vérifier le bien-être de la personne.
- L'équipe réfléchit au passage de PEPS en patientèle totale pour financer le binôme médecins-infirmiers. D'autres projets sont en cours, tels que la valorisation de la consultation binôme médecins-infirmiers et le dépistage de la rétinopathie diabétique par télé-expertise.

g) Interview 7 : Carole Robin, expérimentatrice EDS

Points clés de l'interview de Carole Robin, expérimentatrice EDS :

- Carole Robin est infirmière au sein de la consultation de chirurgie digestive de l'hôpital Ambroise Paré. Elle est coordinatrice pour l'expérimentation EDS.
- L'expérimentation EDS a occasionné des évolutions de pratique. Elle doit désormais expliquer aux patients le parcours en chirurgie dans le cadre du paiement à l'épisode de soins. Elle doit également les inscrire sur la plateforme de l'expérimentation.
- La principale difficulté rencontrée est que les patients sont souvent préoccupés par leur cancer et ont du mal à se concentrer sur les détails de leur parcours de soins.
- Carole Robin estime que l'expérimentation EDS a des bénéfices pour les patients. Ils bénéficient d'un suivi en pré et post-opératoire par une infirmière référente. Ils ont également le numéro de téléphone de l'infirmière et peuvent l'appeler pour toute demande.
- L'expérimentation EDS a renforcé la coordination entre les différents professionnels. Des réunions régulières ont eu lieu au sein de l'établissement. La coordination avec les infirmières libérales et une clinique privée est en cours.

h) Interview 8 : Pierre Poullain, expérimentateur IPEP

Points clés de l'interview de Pierre Poullain, expérimentateur IPEP :

- Pierre Poullain est médecin généraliste et président du groupement de coordination sanitaire (GCS) des Marines. Le GCS réunit l'hôpital de proximité de 40 ans, le pôle de santé de La Haye du puits et le pôle de santé de 40 ans.
- Le groupement a intégré l'expérimentation IPEP pour explorer de nouvelles modalités de coordination des soins et de prise en charge des patients âgés fragiles.
- L'hôpital de proximité joue un rôle central dans le GCS. Il est impliqué dans la gouvernance du GCS et dans la prise en charge des patients.

- Quatre ans après le début de l'expérimentation, Pierre Poullain tire les enseignements suivants :
 - La crise sanitaire a été un facteur de transformation des pratiques. Elle a mis en évidence la nécessité de renforcer la coordination des soins et de la communication entre les différents professionnels de santé.
 - La démographie médicale est un défi majeur pour l'organisation des soins. L'expérimentation IPEP montre que la coordination des soins et la délégation de compétences peuvent être des réponses à ce défi.
 - IPEP a permis de trouver des solutions pour répondre à des besoins chronophages, en déléguant des compétences à d'autres professionnels de santé.

i) Interview 9 : Carole Coquantif, expérimentatrice PEPS

Points clés de l'interview de Carole Coquantif, expérimentatrice PEPS :

- Carole Coquantif est infirmière ASaLée au château en santé depuis 2018. Elle accompagne des personnes atteintes de maladies chroniques, notamment du diabète, en faisant de l'éducation thérapeutique, de l'écoute et de l'activité physique adaptée.
- L'expérimentation PEPS n'a pas occasionné de changements majeurs dans ses pratiques professionnelles. Cette absence de changement peut s'expliquer par le fait que Carole Coquantif travaille déjà depuis plusieurs années dans une structure qui privilégie la coordination des soins et le travail d'équipe. De plus, Carole Coquantif explique que PEPS a néanmoins permis de renforcer la coordination des soins et le travail d'équipe au sein du château en santé. Ce renforcement de la coordination des soins est une des principales ambitions de l'expérimentation PEPS. Il permet d'améliorer la prise en charge des patients, notamment des patients atteints de maladies chroniques.
- L'expérimentation PEPS a contribué à une augmentation du nombre de patients déclarant un médecin traitant. Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que l'expérimentation PEPS met l'accent sur la coordination des soins et le travail d'équipe. Ces deux éléments sont essentiels pour favoriser l'accès aux soins des patients, notamment des patients qui n'ont pas de médecin traitant.
- Carole Coquantif estime que l'expérimentation PEPS permet aux patients d'être davantage au centre de leurs choix pour leur santé et de travailler sur les freins qui entravent leur accès aux soins. Cette affirmation est en ligne avec les objectifs de l'expérimentation PEPS, qui vise à améliorer la qualité de la prise en charge des patients en leur donnant plus de pouvoir sur leur santé.

En conclusion, voici les points que nous pouvons ressortir de ces interviews :

- **Motivations communes**

Les groupements et professionnels de santé ont intégré ces expérimentations pour surmonter des défis spécifiques, tels que la complexité réglementaire, le besoin d'améliorer les parcours de soins, et la recherche de nouvelles solutions face à des difficultés rencontrées.

- **Changements dans les pratiques**

Les entretiens mettent en évidence des changements significatifs dans les pratiques des professionnels de santé. Cela inclut une meilleure coordination des soins, une attention accrue à la prévention, des modifications dans la formation des professionnels, et une adaptation des méthodes de suivi des patients.

- **Impact sur les patients**

Les expérimentations ont permis d'observer des bénéfices concrets pour les patients, tels que des parcours de soins plus complets, une prise en charge précoce de certaines pathologies, une amélioration de la qualité de vie, et une meilleure accessibilité aux soins.

- **Adaptation à la crise sanitaire**

Certains groupements ont souligné les défis posés par la crise sanitaire, mais ont également noté que cette période a renforcé la collaboration et la mobilisation autour des problématiques de santé, démontrant la résilience des structures impliquées.

- **Complexités et défis rencontrés**

Des défis communs ont été identifiés, tels que la résistance au changement chez les professionnels, la difficulté à trouver du temps pour les réflexions nécessaires, et la nécessité de surmonter les routines établies.

- **Succès observés**

Les réussites comprennent l'amélioration de l'attractivité médicale, la création de structures de soins innovantes, une meilleure identification et gestion de certaines pathologies, ainsi que le renforcement de la coordination entre les différents acteurs de la santé.

- **Formation et collaboration**

L'expérimentation a favorisé la formation des professionnels de santé sur des thématiques spécifiques, encouragé la collaboration interprofessionnelle, et renforcé la communication entre les différents acteurs du système de santé.

- **Renforcement de la gouvernance**

Certains groupements ont souligné l'impact positif des expérimentations sur la gouvernance interne, avec une meilleure structuration des équipes et une réflexion approfondie sur les pratiques professionnelles.

- **Perspectives d'avenir**

Les participants expriment des perspectives d'avenir prometteuses, avec des projets en cours d'élaboration, tels que la généralisation de nouvelles pratiques, l'expansion des expérimentations à d'autres domaines, et la consolidation des acquis dans la durée.

En résumé, ces entretiens révèlent une diversité d'approches et de contextes, mais convergent vers une vision commune d'amélioration des pratiques de santé, de renforcement de la collaboration interprofessionnelle, et d'adaptation aux besoins évolutifs des patients et du système de santé. Cependant, il est trop tôt pour tirer des conclusions définitives sur les effets de ces expérimentations. Mais d'ores et déjà, les premiers résultats sont encourageants et laissent présager une généralisation de ce type d'organisation à l'avenir.

CHAPITRE III - PLACE DU PHARMACIEN DANS LE DISPOSITIF

A. Exemples d'expérimentations avec un lien direct avec le pharmacien et les produits de santé

Quelques expérimentations en cours, en lien avec le pharmacien et les produits de santé, peuvent être analysées. Nous entendons par « direct » le fait que le pharmacien soit explicitement mentionné comme acteur dans le cahier des charges des expérimentations. La liste de toutes les expérimentations en cours et leurs cahiers des charges présente sur le site du ministère de la santé¹⁰² ont été analysés afin de dresser ces exemples.

a) OCTAVE - Organisation Coordination Traitements Âge Ville Établissements de santé - Expérimentation portée par les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) pharmaciens des régions Bretagne et Pays de Loire

Contexte ayant conduit à la proposition du projet

La iatrogénie médicamenteuse représente un problème fréquent et sérieux chez les personnes âgées, mais elle est largement évitable. Selon l'étude ENEIS de 2009, l'incidence des accidents iatrogéniques chez les personnes âgées vivant à domicile est estimée à 50 pour 1000 personnes-années, dont 27,6 % sont considérés comme évitables.

La majorité des erreurs surviennent au niveau de la prescription (erreur de choix du médicament, parfois de la dose, ou déficit d'éducation du patient) et du suivi du traitement (clinique et/ou biologique). Le 11 mars 2020, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté la « Résolution sur la mise en œuvre du suivi pharmaceutique au bénéfice des patients et des services de santé ».

Le projet OCTAVE, aligné sur les recommandations du Conseil de l'Europe, constitue la première expérimentation concrète du suivi pharmaceutique complet, couvrant le parcours du patient de la ville à l'hôpital et vice versa à grande échelle en France.

Objectifs de l'expérimentation

Le principal objectif du projet OCTAVE est de prévenir la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées en mettant en place une organisation coordonnée reposant sur l'anticipation et l'organisation de la prise en charge médicamenteuse du patient, tant en amont qu'en aval d'une hospitalisation programmée.

L'impact principal attendu du projet est la réduction des erreurs médicamenteuses, en particulier celles survenant aux points de transition dans le parcours ville-hôpital-ville des patients. Cela inclut également la diminution des prescriptions inappropriées de médicaments chez les personnes âgées

¹⁰² Ministère de la santé. (2023). Expérimentations en cours. [Cité le 26 novembre 2023]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

de plus de 65 ans, ainsi que la réduction des réhospitalisations ou des passages aux urgences non programmés.

b) BioSimilaires - Expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville

Contexte

La perte des brevets des médicaments biologiques plus anciens ouvre la voie à d'autres fabricants pour développer des alternatives thérapeutiques aussi efficaces et sûres. Cela contribue à réduire les risques de tensions d'approvisionnement, grâce à la diversification des sources de production, et à stimuler la concurrence entre les laboratoires pharmaceutiques. Bien que l'encouragement à l'utilisation des médicaments biosimilaires soit justifié, l'expérience récente au moment de la proposition du projet d'expérimentation, avec des médicaments tels que l'insuline et l'éтанercept montre que leur adoption naturelle au cours de la première année de commercialisation est bien inférieure à 10%, contrairement aux médicaments génériques qui, remplaçant des médicaments chimiques dont le brevet a expiré, atteignent fréquemment des taux de pénétration dépassant 60% au cours de la première année.

Objectifs

L'expérimentation vise à tester un nouveau mécanisme d'intéressement pour promouvoir la prescription de médicaments biosimilaires par les établissements de santé lorsque la prescription est effectuée en ville. La rémunération concerne deux groupes de médicaments, l'éтанercept et l'insuline glargine, récemment admis au remboursement au moment de la proposition du projet d'expérimentation, et dont la prescription est partiellement hospitalière mais exécutée en ville. Les établissements participants peuvent choisir un ou deux groupes de médicaments, et la rémunération dépend du nombre de groupes retenus, de la proportion de patients sous traitement biosimilaire par rapport aux traitements de référence, et du nombre total de patients suivis par les services prescripteurs pour la classe de médicament concernée.

L'objectif de cette expérimentation est de déterminer la meilleure approche pour encourager la prescription de médicaments biosimilaires. L'objectif principal est d'atteindre une augmentation d'au moins 15 points du taux de prescription de médicaments biosimilaires dans les établissements participant à l'expérimentation, comparativement à des établissements similaires (en termes de taille, de statut juridique et du nombre de patients traités pour les groupes de médicaments concernés par l'expérimentation) qui n'y participent pas.

c) Pharma OSYS – orientation dans le système de soins

Contexte :

Le projet OSyS a été proposé en réponse à plusieurs défis majeurs dans le système de santé en France, notamment la diminution du nombre de médecins généralistes et l'accès limité aux soins dans les zones rurales et urbaines. En France, la diminution du nombre de médecins généralistes en milieu rural et la difficulté croissante à obtenir des rendez-vous en milieu urbain entraînent un engorgement des services d'urgence pour des pathologies bénignes qui pourraient être gérées en amont.

Plusieurs pays européens comme la Suisse, l'Angleterre, l'Écosse, ainsi que le Canada, ont déjà mis en place des systèmes similaires, intégrant les pharmaciens d'officine dans le parcours de soins. Ces systèmes ont prouvé leur efficacité en réduisant considérablement les coûts de santé publique. En particulier, le projet netCare en Suisse, expérimenté en 2012 et généralisé en 2016, a servi de modèle. La revue bibliographique a démontré que cette approche présente de nombreux avantages humains et économiques, facilitant l'accès aux soins et intégrant le pharmacien d'officine comme un professionnel de santé de proximité compétent et accessible dans une vision de coordination interprofessionnelle.

Le projet OSyS vise donc à instaurer une collaboration interdisciplinaire entre les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine, permettant à ces derniers de fournir un premier recours aux soins grâce à une formation au triage optimisé et sécurisé. Cette initiative s'inscrit dans un contexte où l'interprofessionnalité est de plus en plus reconnue comme une solution favorable pour améliorer la qualité des soins et répondre aux besoins de santé de la population.

Objectifs de l'expérimentation

Le projet OSyS vise à expérimenter la modernisation du parcours de soins. Inspiré notamment par l'expérience suisse du netCare, le projet entend impliquer activement le pharmacien d'officine dans la prise en charge des soins de premiers recours, surtout dans les zones où l'accès à la médecine générale est difficile. L'objectif principal est d'améliorer l'accès aux soins et les parcours des patients en renforçant l'interprofessionnalité et en intégrant le pharmacien d'officine dans les évolutions de son environnement, notamment en participant aux Équipes de soins primaires, aux MSP et aux CPTS, ainsi qu'en utilisant la téléconsultation.

L'expérimentation OSyS propose un modèle d'exercice coordonné, interdisciplinaire, répliquable dans toutes les officines à l'échelle nationale. Elle offre un parcours en pharmacie pour la prise en charge, si la situation clinique le permet, ou une orientation vers le médecin ou les urgences lorsque nécessaire. Cette approche repose sur un triage utilisant des arbres décisionnels cliniquement validés par des experts.

L'objectif global est d'intégrer le pharmacien dans un nouvel écosystème de santé, favorisant la coordination avec l'ensemble des professionnels de santé. Ainsi, le projet vise à mettre en place une organisation coordonnée territoriale, renforçant la coopération avec le médecin traitant, facilitant le parcours du patient, améliorant l'accessibilité aux soins de premiers recours, optimisant la prise en charge du patient et libérant du temps médical.

Cette collaboration permettrait aux pharmaciens d'officine formés à un triage optimisé et sécurisé d'assurer un premier recours aux soins. Les deux principaux axes du projet sont les suivants :

- Répondre à la demande de la population en matière de gestion efficace des affections bénignes lorsque l'accès à un médecin est difficile, tout en maintenant un lien sécurisant avec un professionnel de santé de proximité, à savoir le pharmacien.
- Encadrer, sécuriser et uniformiser une pratique au-delà de la mission de base du pharmacien d'officine en utilisant des protocoles de triage cliniquement validés pour six pathologies spécifiques. Ces protocoles permettent de prendre des décisions éclairées, allant de la prise en charge en officine à l'orientation vers un médecin (consultation physique ou téléconsultation), ou encore une orientation directe vers les urgences en cas de nécessité. Pour faciliter l'accès à un avis médical, le pharmacien pourrait recourir à la téléconsultation dans le cadre du champ conventionnel.

d) Antenne Pharmacie Tende - Mise en place d'une annexe d'officine de pharmacie suite à la fermeture de l'officine de pharmacie de Tende

Contexte

Suite à la fermeture définitive de la pharmacie de Tende dans les Alpes-Maritimes en juin 2021, la population de cette commune ainsi que des localités environnantes se retrouve sans accès à une pharmacie de proximité. En raison des spécificités géographiques et des dégâts causés par la tempête "ALEX" sur les infrastructures routières, les déplacements vers la pharmacie la plus proche à Breil Sur Roya sont considérablement impactés. Les habitants, en majorité des personnes âgées et souffrant de pathologies chroniques, dépendent d'une organisation dégradée impliquant des déplacements routiers ou une livraison postale. La fermeture de l'officine de pharmacie de Tende a donc soulevé un problème d'accès aux soins pour les habitants de la commune. L'accès à une pharmacie de proximité est en effet essentiel pour garantir la continuité des soins et la prise en charge des urgences.

La fermeture de la pharmacie de Tende est attribuée à l'absence de repreneur et aux contraintes légales concernant la création de licences d'officine dans des zones de population inférieure à 2500 habitants. Aucun pharmacien ne s'est manifesté pour reprendre la licence de Tende, justifiant ainsi le recours à une annexe de pharmacie.

Objectifs de l'expérimentation

Face à ce déficit d'offre pharmaceutique, le projet d'expérimentation propose la création d'une annexe de pharmacie à Tende, gérée depuis la pharmacie de Breil Sur Roya, située à environ 30 minutes en voiture. Cette initiative vise à rétablir un service pharmaceutique minimal mais efficient et répondre aux besoins de la population, notamment le renouvellement des traitements, la dispensation de médicaments d'urgence, la vaccination, et le dépistage de maladies infectieuses. L'expérimentation est motivée par la nécessité d'optimiser la coordination des parcours de santé, améliorer l'accessibilité aux soins dans les zones déficientes, et déroger aux règles d'implantation des officines pour garantir l'approvisionnement en médicaments dans une commune dépourvue de pharmacie.

La demande d'expérimentation via l'article 51 est justifiée par l'impossibilité actuelle d'appliquer, avant 2023, les dispositions du code de la santé publique relatives à l'ouverture d'annexes de pharmacie dans des territoires qualifiés de fragiles. Ce dispositif permettra d'évaluer en amont le modèle opérationnel et économique de cette organisation du service pharmaceutique, définissant ainsi une offre pharmaceutique géographiquement proche des besoins des populations.

Cette solution, en lien avec la CPTS, vise à pallier les contraintes légales et humaines, assurant ainsi un accès aux soins pharmaceutiques pour la population locale.

Les objectifs du projet consistent à restaurer un service pharmaceutique efficace en expérimentant une annexe de pharmacie, conformément à l'article 51. L'objectif de l'évaluation de l'expérimentation est double. Premièrement, il s'agit d'analyser la viabilité financière de l'annexe. Si cette évaluation montre que l'annexe peut générer suffisamment de ressources pour s'autofinancer sans recourir à des fonds publics, l'expérimentation continuera sans financement public. Deuxièmement, l'évaluation vise à examiner l'efficacité du service rendu à la population.

e) DiVa - Dijon Vascular Project - Suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT 21-52

Contexte

Les AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux) et les IDM (Infarctus du Myocarde) sont devenus des problèmes majeurs de santé publique du fait de l'augmentation de leur taux de prévalence ainsi que de survie dans les pays développés.

Le constat établi par les neurologues et les cardiologues met en évidence une disparité entre la prise en charge efficace des AVC et des IDM en phase aiguë, et le suivi chronique de ces maladies, qui révèle des opportunités d'amélioration. En effet, leur prise en charge en phase aiguë est très performante, tandis que le suivi chronique présente un potentiel d'amélioration car les taux de ré-hospitalisations non programmées restent élevés : 33% post-AVC et 25% post-IDM la première année au moment de la proposition de l'expérimentation.

Ce constat a inspiré ce projet visant à conférer aux infirmières un rôle clé dans la coordination et la prise de décisions lors du suivi de ces affections.

Un tel projet prend tout son sens s'il répond à un enjeu majeur de santé publique pouvant être atténué par une surveillance chronique standardisée, régulière et coordonnée. Les AVC et les IDM correspondent à ces impératifs.

Objectifs de l'expérimentation

Ce dispositif novateur, nommé DiVa (Dijon Vascular Project), a pour objectif d'établir un suivi intensif conjoint des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et des Infarctus du Myocarde (IDM) par des équipes comprenant des infirmières, des médecins, et des pharmaciens, tant hospitaliers que libéraux, au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) 21-52. Une phase pilote a été lancée en novembre 2019, mettant en place deux parcours de suivi intensif distincts, l'un pour chaque pathologie, afin de tenir compte de leurs spécificités respectives.

L'objectif global de cette expérimentation est de réduire le taux de réhospitalisations non programmées chez les patients après un AVC ou un IDM, grâce à un suivi intensif coordonné entre les structures hospitalières et les professionnels de santé en ville, sur une période de deux ans.

Afin d'évaluer l'impact du suivi intensif, des groupes témoins ont été formés pour chaque pathologie. Au moment de l'inclusion, les patients sont répartis de manière aléatoire entre deux groupes : celui bénéficiant du suivi intensif (groupe expérimental) et celui suivant le protocole habituel (groupe témoin).

f) Thérapies orales du cancer – Suivi à domicile des patients sous anti-cancéreux oraux - Onco'Link

Contexte

Le contexte ayant conduit à la proposition du projet est le suivant :

- L'augmentation des thérapies anticancéreuses orales : Les thérapies anticancéreuses orales sont de plus en plus utilisées, car elles sont plus confortables pour les patients et moins coûteuses que les thérapies intraveineuses. En 2022, environ 40 % des traitements anticancéreux sont administrés par voie orale.
- La nécessité d'améliorer le suivi des patients sous thérapies orales : Les thérapies orales présentent des risques d'effets indésirables, qui doivent être surveillés de près. En effet, les effets indésirables des thérapies orales peuvent être graves, voire mortels, s'ils ne sont pas détectés et traités rapidement.
- La nécessité de développer de nouveaux modes de prise en charge des patients tel que le suivi à domicile découle de deux défis majeurs pour le système de santé français : l'augmentation de la population vieillissante, plus susceptible de développer des cancers, et le manque de professionnels de santé.

Objectifs de l'expérimentation

Le projet Onco'Link a été élaboré pour répondre à ces défis en mettant en place un modèle organisationnel et de financement innovant. Il vise à assurer un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer traités par thérapie orale, en favorisant une prise en charge précoce des événements indésirables, en améliorant l'adhésion au traitement, et en contribuant à l'amélioration de la qualité de vie des patients. Le financement du projet combine un forfait par patient avec une composante variable liée à la qualité et à la performance. Des industriels co-financeurs participent également au financement du projet.

Le projet vise à améliorer le suivi des patients sous thérapies orales par le biais d'un nouveau mode de prise en charge, le suivi à domicile. Ce projet repose sur les principes suivants :

- Une collaboration entre les professionnels de santé : Le suivi à domicile est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, de pharmaciens, d'infirmiers et d'assistants médicaux.
- Un suivi personnalisé : Le suivi à domicile est personnalisé en fonction des besoins du patient et de son évolution.
- L'utilisation des technologies numériques : Le suivi à domicile s'appuie sur les technologies numériques, notamment la télémédecine, la télésurveillance et la télé-expertise.

g) AKO@dom/PICTO - Pour un accompagnement humain et numérique des patients atteints d'un cancer à l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie dans la région Grand Est

Contexte

La mise en place de nouveaux traitements anticancéreux à domicile présente plusieurs défis. Les patients en stade métastatique peuvent ressentir de l'anxiété lors de leur retour à domicile, tandis que l'observance de ces traitements peut diminuer, entraînant une baisse d'efficacité et des coûts supplémentaires. La coordination entre la ville et l'hôpital est souvent sous-optimale, et les professionnels de santé de ville sont peu formés aux nouvelles thérapies en cancérologie. L'interopérabilité limitée des systèmes d'information entrave le partage d'informations, et le financement de la prise en charge en oncologie reste principalement hospitalo-centré. Des disparités importantes existent dans les ressources mobilisées par les établissements, entraînant une prise en charge inégale des patients. Les équipes hospitalières sont confrontées à l'épuisement professionnel et à un manque de moyens pour accompagner les changements organisationnels, notamment en termes d'outils numériques, d'organisation hospitalière, de processus, de compétences et de culture.

Objectifs de l'expérimentation

L'expérimentation AKO@dom-PICTO teste pour les patients atteints d'un cancer, un modèle organisationnel entre l'hôpital, la ville et le domicile au moment de l'initiation d'un traitement par thérapie orale et/ou par immunothérapie, en associant la puissance du numérique et en s'appuyant sur la relation de confiance entre le patient et ses professionnels de santé de proximité. Deux types de parcours sont analysés, passant soit par le pharmacien d'officine (PICTO), soit par l'infirmière libérale à domicile (AKO@dom). La solution AKO@dom - PICTO s'adresse à tous les patients de plus de 18 ans, avec des parcours d'accompagnement spécifiques adaptés à leurs divers besoins ou fragilités. Au-delà de la dimension numérique, elle repose sur l'engagement de l'équipe de soins primaires.

L'objectif est d'améliorer l'efficacité des soins en détectant et en prenant en charge précocement les événements indésirables, en favorisant l'adhésion du patient au traitement, et en contribuant à améliorer leur qualité de vie en les orientant vers une plus grande autonomie.

Ce qui doit être démontré à l'issue de l'évaluation de l'expérimentation est le bénéfice médico-économique d'un modèle organisationnel ville-hôpital-domicile associant le numérique et l'humain sur la qualité de vie, l'efficacité et la qualité des soins destinés à des patients traités ou suivis à domicile pour leur cancer.

B. Une place du pharmacien plus large en lien avec la coordination

La plupart des expérimentations touchent de près ou de loin les pharmaciens. La place du pharmacien dans l'article 51 de la LFSS 2018 est à la fois centrale et transversale.

- Centrale, car le pharmacien est un acteur clé du système de santé français. Il est en contact direct avec les patients, et il dispose d'une expertise scientifique et technique qui lui permet de contribuer à l'innovation en santé.

- Transversale, car le pharmacien intervient à tous les niveaux du processus d'innovation. Il peut participer à la conception de nouvelles solutions, à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Plus précisément, le pharmacien peut jouer un rôle de plusieurs manières :

- En tant que porteur de projet : le pharmacien peut être à l'origine d'un projet d'innovation en santé. Il peut identifier un besoin non satisfait, développer une solution innovante et la mettre en œuvre. Il peut proposer des initiatives visant à améliorer les processus pharmaceutiques, la gestion des médicaments, ou à intégrer de nouvelles technologies pour optimiser la prestation des soins.
- En tant que collaborateur : le pharmacien peut participer à un projet d'innovation porté par un autre acteur, comme un professionnel de santé, un patient, un chercheur ou un industriel. Il peut apporter son expertise et ses compétences pour contribuer à la réussite du projet.
- En tant qu'expert : le pharmacien peut être sollicité pour expertiser un projet d'innovation en santé. Il peut évaluer la faisabilité technique, la pertinence scientifique ou l'acceptabilité sociale du projet. Que ce soit dans le cadre d'une officine ou d'un établissement hospitalier, le pharmacien apporte son expertise pharmaceutique. Cette expertise est cruciale pour garantir la sécurité, l'efficacité et la qualité des produits de santé et des dispositifs médicaux impliqués dans les expérimentations découlant de l'article 51.
- En tant que coordinateur de projet : Le pharmacien est appelé à jouer un rôle de coordinateur dans la mise en œuvre des projets innovants permis par l'article 51. En tant que professionnel de santé, sa connaissance approfondie des médicaments, des dispositifs médicaux et des pratiques pharmaceutiques le positionne comme un acteur central pour assurer la cohérence et l'efficacité des projets.
- En tant que partenaire : De nombreuses expérimentations relevant de l'article 51 impliquent le pharmacien dans la communication d'information sur les patients. En tant que partenaire, le pharmacien peut contribuer de manière significative à la réussite de ces expérimentations.
- De manière générale dans la collaboration interprofessionnelle : Des compétences diverses sont nécessaires pour promouvoir l'innovation dans le secteur de la santé. Le pharmacien, en tant que professionnel de santé transversal, est appelé à collaborer étroitement avec d'autres acteurs de la santé pour atteindre les objectifs d'amélioration du système de santé.

En ce qui concerne le rôle de coordinateur de projet, comme nous l'avons mentionné dans le Contexte (I), les missions de coordination nécessitent une expertise et une formation adéquate. Avec une formation supplémentaire appropriée, notamment avec l'obtention d'un double diplôme Docteur en Pharmacie – Mastère spécialisé en management, le pharmacien a toute sa place en tant que professionnel de santé transversal pouvant coordonner les projets de santé.

TROISIÈME PARTIE – BILAN GÉNÉRAL, LEÇONS TIRÉES SUR LE DISPOSITIF

Afin de faire un bilan général sur le dispositif, nous nous appuyerons sur les constats des précédents chapitres, sur de la littérature supplémentaire ainsi que sur des expressions orales et écrites de différents acteurs :

- Équipe nationale et régionale (annexe 3) :
 - o Natacha Lemaire, rapporteuse générale du projet au ministère de la Santé
 - o Ayden Tajahmady, Directeur Adjoint de la Stratégie, des Études et des Statistiques de la CNAM
 - o Yannick Le Guen, inspecteur à l'Inspection Générales des Affaires Sociales (IGAS)
 - o Vincent Van Bockstael, conseiller médical parcours maladies chroniques, référent régional projets Article 51 à l'ARS Hauts-de-France
- Porteurs de projets (annexe 4) :
 - o Anne Leruste, infirmière Centre de soins Croix Rouge, adhérent Expérimentation EQUIpes d'Infirmières LIBres Responsables et Solidaires
 - o Docteur Cyril Gauthier, médecin nutritionniste – EMNO : Espace médical Nutrition et Obésité et Hôpital privé Dijon Bourgogne
 - o Danièle Bader, Présidente de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS)
 - o Frédéric Brzozowski, Directeur du pôle Addictologie et Santé, Association la Sauvegarde du Nord
- Patients (annexe 5) :
 - o Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet « Équilibres »
 - o Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet « EMNO »
 - o Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet « Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel ».

CHAPITRE I - LES MOTIFS DE SATISFACTION DU DISPOSITIF

A. Un bilan général positif qui répond aux besoins

De tous les entretiens analysés, et des nombreux retours obtenus directement ou indirectement (en interrogeant des personnes ayant au préalable reçu de nombreux retours, de la part des patients, des porteurs de projets, des équipes nationales ou régionales travaillant sur le dispositif), la tendance est un bilan général positif avec une satisfaction générale à tous les niveaux.

Le bilan de l'article 51 est positif ¹⁰³.

Les retours d'évaluation montrent deux importants motifs de satisfaction pour les patients :

- La visibilité donnée sur l'intégralité de leur prise en charge.
- L'accès à de nouvelles prestations de santé qui, bien qu'elles soient cliniquement éprouvées, restaient auparavant à la charge des patients.

Ces deux éléments contribuent à une plus grande qualité des parcours de santé.

Concernant les professionnels :

¹⁰³ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

- Les innovations testées visaient à répondre aux aspects « irritants » du quotidien et aux difficultés parfois rencontrées pour assurer des soins de qualité.
- Les professionnels ont mis en place des organisations spécifiques leur ménageant du temps pour se coordonner entre eux et avec le patient, tout en incluant de nouvelles prestations jugées nécessaires, comme le renforcement de la coordination ou l'accès à de nouveaux professionnels, et par exemple en finançant des dispositifs permettant d'aller vers les patients en particulier pour certaines populations spécifiques. Ces deux aspects – sentiment d'apporter les soins nécessaires et financement de nouvelles organisations – contribuent à améliorer la satisfaction au travail et à fidéliser les professionnels.

B. Une optimisation du parcours de soin

Comme le rappelle Natacha Lemaire, l'objectif ultime du dispositif est que certains projets réussissent et démontrent leur pertinence dans la réalité, c'est-à-dire qu'ils apportent une valeur réelle aux patients, aux professionnels de la santé et au système de santé dans son ensemble.

Trois ans après le lancement du dispositif, Yannick Le Guen explique que le dispositif a bien fonctionné, en répondant à un réel besoin et en encourageant des projets innovants.

Les entretiens avec des infirmiers et des patients participant à l'expérimentation ÉQUILIBRE ont mis en évidence les avantages de ce dispositif, tant pour les professionnels de la santé que pour les patients. Cette initiative met l'accent sur la qualité des soins et la valorisation des soignants. Par exemple, l'expérimentation ÉQUILIBRE permet aux infirmiers de prodiguer tous les types de soins relevant de leurs compétences, sans être contraints de les sélectionner en fonction de leur rentabilité. Il en résulte une focalisation accrue sur la qualité des prestations, avec moins de stress et de culpabilité. L'aspect éthique du dispositif est également mis en avant, soulignant son rôle dans l'épanouissement professionnel des acteurs de la santé et la promotion de carrières à long terme. Cette reconnaissance des soignants est considérée comme essentielle pour renforcer la confiance dans la profession et encourager un engagement durable.

Les expérimentations visent également à autonomiser les patients en les impliquant davantage dans leur propre prise en charge.

Ces améliorations substantielles contribuent à l'enrichissement et à la qualité des parcours de santé, améliorant ainsi l'expérience des patients.

a) Une meilleure accessibilité des soins

Les expérimentations ont permis d'améliorer l'accès des patients à des prestations de santé innovantes ¹⁰⁴.

Frédéric Brzozowski, porteur de projet en addictologie, insiste sur l'importance de l'approche « aller vers » dans le travail quotidien. Cette approche implique d'aller directement vers les personnes concernées, de mener des maraudes, de fournir du matériel stérile, de donner des conseils et de diffuser des informations. Elle vise à rendre les soins et l'accompagnement plus accessibles pour les personnes souffrant d'addictions. Le fait d'être présents au sein des cabinets médicaux est considéré comme un avantage pour faciliter l'accès des patients aux services appropriés. Les médecins jouent un rôle clé en orientant directement les patients vers les services de l'association.

En plus de cette meilleure accessibilité, la Sécurité Sociale ¹⁰⁵ souligne que les retours d'évaluation des expérimentations mettent en lumière une meilleure visibilité de la prise en charge. Les patients

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ Ibid.

se réjouissent de la visibilité accrue concernant l'ensemble de leur prise en charge et ont une vision plus claire et complète de leur parcours de soins.

b) Un élargissement du panier de soins à de nouvelles prestations de prévention secondaire et tertiaire

Les projets expérimentaux ont également permis d'élargir le panier de soins, en incluant de nouvelles prestations axées sur la prévention secondaire et tertiaire, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques. Dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, un tiers des expérimentations visent à incorporer des prestations non couvertes par l'Assurance Maladie, telles que les services de diététiciens, d'ergothérapeutes, d'assistance sociale, ainsi que des bilans et des programmes d'accompagnement en activité physique adaptée. Cela vise à améliorer la qualité de vie des patients et à réduire les dépenses de santé ¹⁰⁶.

La Sécurité Sociale ¹⁰⁷ souligne que les retours d'évaluation mettent également en lumière un autre motif de satisfaction pour les patients qui réside dans l'accès à de nouvelles prestations de santé. Ces services, bien qu'ayant fait leurs preuves sur le plan clinique, étaient auparavant à la charge des patients.

c) Une meilleure coordination des parcours de soins

Comme nous l'avons vu plus haut, les nouveaux modes d'organisation requièrent une innovation organisationnelle pour surmonter les frontières traditionnelles entre l'hôpital et la ville, ainsi qu'entre le médical et le médico-social. Les enjeux de financement sont étroitement liés à ces nouveaux modes d'organisation. L'article 51 de la LFSS 2018 offre aux acteurs de la santé la possibilité de tester des approches de prise en charge basées sur une coordination volontaire, visant à limiter les conflits et à réguler les activités. Il permet par ailleurs de tenir compte des spécificités territoriales, y compris la proximité géographique, avec le soutien des ARS. Le dispositif article 51 mobilise ainsi l'ensemble des acteurs de santé dans une perspective de coordination. C'est un levier de coordination.

Le dispositif article 51 a encouragé les acteurs du système de santé à développer de nouvelles approches pour améliorer la coordination des parcours de soins. Cela se traduit par un décloisonnement des silos et un renforcement de la collaboration entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, ainsi que par une plus grande prise en compte des besoins des patients ¹⁰⁸.

Il est important de souligner que les innovations mises en œuvre visaient à répondre aux enjeux quotidiens auxquels les professionnels de santé font face. Les objectifs étaient de surmonter les obstacles rencontrés pour fournir des soins de qualité. Les résultats sont significatifs. D'une part, les professionnels ont pu mettre en place des organisations spécifiques, leur permettant de coordonner leurs actions, tant entre eux qu'avec le patient. Cela a conduit à des pratiques plus efficaces et à une meilleure communication. D'autre part, de nouvelles prestations considérées comme essentielles ont été intégrées. Cela inclut un renforcement de la coordination des soins et l'accès à de nouveaux professionnels de santé. De plus, des dispositifs ont été financés pour atteindre certains groupes de patients spécifiques. L'effet cumulatif de ces améliorations, à savoir le sentiment d'apporter des soins

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

nécessaires et le financement de nouvelles organisations, se traduit par une meilleure satisfaction au travail et par la fidélisation des professionnels de santé¹⁰⁹.

d) Une meilleure flexibilité du parcours de soin

Le retour des expérimentations montre une meilleure capacité de l'équipe de soins et de la structure coordonnatrice à adapter les parcours de santé¹¹⁰. La flexibilité offerte par la fongibilité du forfait permet de financer une communauté de professionnels de la santé et leurs interventions, adaptées aux besoins de chaque patient.

Les volumes horaires alloués à chaque profession peuvent être ajustés en fonction des besoins du patient. Par exemple, cela peut signifier davantage de séances d'activité physique adaptée et moins de consultations diététiques, ou une augmentation ou réduction de l'accompagnement psychologique, en fonction des besoins spécifiques de chaque parcours.

En favorisant cette souplesse, les forfaits dans les expérimentations donnent une marge de manœuvre et d'autonomie aux acteurs impliqués dans le suivi des patients, tout en garantissant aux patients une prise en charge de qualité, adaptée à leurs besoins personnels.

e) La mise en place de nouvelles modalités de financement rémunérant principalement un collectif d'acteurs autour du patient

Le dispositif article 51 a permis de tester de nouvelles modalités de financement, qui récompensent principalement la collaboration et la performance des acteurs du système de santé, et les efforts collectifs des professionnels de santé autour du bien-être du patient. Environ 70% des projets autorisés visent à mettre en œuvre une tarification basée sur des séquences de soins (au forfait), permettant de donner des marges de liberté aux acteurs et à s'adapter aux besoins de chaque patient. De plus, 13% des projets prévoient un paiement en fonction de la qualité ou de la performance des soins¹¹¹. Ces nouveaux modes de financement permettent de rendre solidaires les acteurs de santé autour de la prise en charge des patients, grâce à une enveloppe commune.

C. Une amélioration des pratiques professionnelles et des méthodes de travail

a) Entre les ARS/ équipe nationale et les porteurs de projet

Yannick Le Guen mentionne que l'administration a beaucoup appris des porteurs de projets, en expérimentant de nouvelles méthodes d'accompagnement, telles que les ateliers d'idéation et la co-construction. Il insiste sur l'importance de la création de valeur et de la culture partagée, et souligne que l'objectif est de mieux comprendre les enjeux au-delà des aspects financiers.

¹⁰⁹ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

¹¹⁰ Ibid.

¹¹¹ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

L'approche collaborative et partenariale du processus, faisant que les professionnels sont étroitement associés à l'élaboration et à la mise en œuvre de leurs propres projets, renforce l'engagement et la responsabilité des parties prenantes.

b) Entre les professionnels de santé au sein d'un projet

Les expérimentations ont permis de dégager du temps pour les professionnels de santé, ce qui a contribué à leur satisfaction au travail ¹¹².

Yannick Le Guen met en évidence l'effort de co-construction et d'acculturation, en particulier pour les professionnels de santé qui ont mieux compris la complexité du processus. Il souligne également que l'objectif principal n'est pas la recherche de profit, mais l'amélioration des pratiques professionnelles et l'efficacité du travail.

Par ailleurs, l'ouverture du dispositif à la participation de divers acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, établissements de santé, ou autres intervenants, favorise la diversité des idées et des perspectives.

Le dispositif permet également de décroisonner le système de santé. Le docteur Cyril Gauthier, médecin nutritionniste porteur d'une expérimentation dans le contexte de la nutrition et de l'obésité, témoigne de ce décroisonnement permis par son expérimentation tandis que les approches actuelles sont cloisonnées et fragmentées.

Danièle Bader indique que l'approche multidisciplinaire est bien appréciée par les intervenants. Les réunions de travail et les formations sont considérées comme positives.

c) Un accompagnement efficace

Le niveau national a introduit un nouvel élément appelé l'accélérateur, basé sur l'intelligence collective. D'après Vincent Van Bockstael, cet accélérateur est efficace pour soutenir les projets en phase finale. Les porteurs de projet expriment une grande satisfaction à propos de ce dispositif.

¹¹² Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. [Cité le 26 novembre 2023]. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

CHAPITRE II - LES DIFFICULTÉS ET POINTS À AMÉLIORER

A. Les difficultés et points à améliorer liés au dispositif

a) La complexité administrative

L'entretien avec Yannick Le Guen, inspecteur à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), met en lumière plusieurs aspects importants du dispositif de l'article 51 et de ses implications.

Il souligne que l'administration reconnaît la complexité administrative du processus. Il explique que dans un premier temps, les porteurs de projets ne sont pas confrontés à une demande excessive de formalisation, et que l'administration s'engage à les aider à gérer cette complexité. Cependant, il met en évidence le fait qu'une fois engagés dans le processus, il est nécessaire de travailler sur de nombreux aspects, notamment les verrous de sécurité propres au domaine de la santé qui est un domaine très réglementé, les modèles économiques et les business plan, sachant que les acteurs entre eux n'ont pas la connaissance précise des modes d'organisation et de financement de ses pairs. Yannick Le Guen suggère ainsi un besoin en formalisation des étapes qui font suite à la première sélection du projet. Bien que Natacha Lemaire (annexe 2, entretien 1) explique que les équipes nationales et régionales accompagnent bien les porteurs de projet, d'après Yannick Le Guen il serait intéressant de plus formaliser les étapes qui suivent la sélection, c'est-à-dire de clarifier et de documenter de manière précise les détails et les étapes du processus de mise en œuvre des projets liés à l'article 51. De manière générale, la formalisation vise à éviter les ambiguïtés, à faciliter la gestion des projets et à assurer la cohérence dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Il suppose ainsi également un besoin de travailler sur la compréhension mutuelle entre les acteurs impliqués. Au vu de la littérature, cela implique un poste de coordinateur de projet formé non pas qu'à la gestion de projet mais avec une réelle expertise de coordination des acteurs.

b) La lisibilité du dispositif

Un autre aspect essentiel à améliorer concerne la lisibilité du dispositif, c'est-à-dire la clarté et la facilité de compréhension du dispositif, notamment en ce qui concerne les critères de sélection, d'éligibilité, le cheminement du porteur de projet, les échéances et le calendrier. La mission d'évaluation de la Commission de la santé, menée à l'été 2021, a par ailleurs conclu que le dispositif devrait être rendu plus accessible. Il a été suggéré que des efforts supplémentaires soient déployés pour communiquer davantage sur la richesse et le potentiel de ce dispositif (Espace social Européen, 2022).

B. Les difficultés liées aux porteurs

a) Une difficulté accrue pour les petits porteurs

Bien que l'accès soit ouvert à divers acteurs, Vincent Van Bockstael, référent régional projets Article 51 à l'ARS Hauts-de-France, souligne que les petits porteurs peuvent rencontrer des difficultés en raison du besoin d'une organisation adéquate. L'accompagnement est disponible, mais ne remplace pas le travail du porteur. Il met en avant la nécessité d'une ingénierie de projet solide, raison pour laquelle certains petits porteurs abandonnent leurs projets.

La construction de la lettre d'intention et la rédaction du cahier des charges sont des étapes essentielles du processus. Bien que les porteurs puissent bénéficier d'une aide, des défis subsistent,

ce qui a conduit à la mise en place par certaines ARS d'un marché multi-attributaire pour l'accompagnement par des prestataires.

b) Le manque de compréhension du dispositif

Par ailleurs, Vincent Van Bockstael témoigne de difficultés de certains acteurs à comprendre le dispositif, expliquant que certains comprennent le dispositif comme un moyen d'accéder à un financement ou une subvention automatique.

C. Des projets en marge du dispositif

Malgré l'engouement en termes de quantité sur le nombre d'expérimentation, nous observons des disparités en termes de spécialités et certains domaines restent en marge du dispositif. Yannick Le Guen exprime par exemple son opinion personnelle selon laquelle le domaine du handicap pourrait bénéficier davantage du dispositif.

D. Un impact nuancé de la pandémie Covid-19

Les répercussions de la crise sanitaire sur les expérimentations de l'article 51 sont variées. En effet, certaines d'entre elles ont connu un démarrage accéléré, tandis que d'autres ont été confrontées à un ralentissement significatif, voire à un arrêt complet. Ce ralentissement dans certaines expérimentations a libéré du temps pour les référents article 51, qui ont pu utiliser ce temps pour développer des outils de suivi des projets.

La pandémie de Covid-19 a eu un impact significatif sur la mise en œuvre de certains projets, notamment par exemple par le fait que certaines structures et professionnels soient très sollicités pendant et après la pandémie (vaccination), ce qui a retardé les projets.

Selon le rapport du Parlement, en juin 2022, la durée médiane entre le dépôt de la lettre d'intention sur les plateformes nationales ou régionales et la publication des cahiers des charges était de 15 mois, avec une grande variabilité mais peu de différence entre les projets régionaux et nationaux. Ce délai est expliqué par le rapport par la démarche de co-construction des cahiers des charges, ainsi que par les impacts de la crise sanitaire sur la capacité d'action des acteurs ¹¹³.

Rappelons néanmoins que la pandémie de Covid-19 n'a pas eu que des effets négatifs sur le dispositif puisqu'elle a introduit de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles organisations, notamment entre les soins hospitaliers et les soins de ville. Elle a également stimulé la télémédecine, qui a été plus facilement intégrée dans les projets Article 51.

La pandémie a également donné naissance à de nouveaux projets, notamment ceux liés aux patients vulnérables. Par exemple, un projet axé sur la télésurveillance du diabète gestationnel a vu le jour ¹¹⁴.

¹¹³ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

¹¹⁴ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur :

En avril 2020, au pic de la crise sanitaire et durant la période de confinement, la Présidente de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures Médicales (CNRMS) a également proposé un projet d'expérimentation en réponse à la pandémie. L'objectif de ce projet était de mobiliser les réseaux de microstructures médicales spécialisées dans les addictions pour élargir leur champ d'intervention au-delà de leur population cible habituelle (les patients souffrant d'addictions). La motivation était de prendre en charge des patients fragilisés par la Covid-19 et le confinement. Ce projet repose sur le modèle déjà en place des "microstructures addictions," qui font actuellement l'objet d'une expérimentation autorisée en vertu de l'article 51. L'idée est d'adapter ce modèle pour répondre aux besoins émergents induits par la crise sanitaire, ses conséquences, ainsi que la crise économique. Les microstructures, qui actuellement offrent une prise en charge pluriprofessionnelle dirigée par un médecin généraliste, un psychologue, et une assistante sociale, vont élargir leur équipe pour inclure un psychiatre. De plus, elles devront établir des partenariats étroits avec les acteurs du domaine de la santé mentale dans leurs régions respectives.

Confronté à l'état d'urgence sanitaire, le ministère de la Santé a accordé davantage de dérogations aux règles habituelles en matière d'organisation des soins et de financement. Ces dérogations récentes ont touché des domaines tels que le tiers payant généralisé, appliqué de manière exceptionnelle dans certains cas (en soins de suite et de réadaptation, laboratoires, télémédecine, etc.), des adaptations des modalités de prise en charge en EHPAD, ainsi que des dérogations pour certains professionnels de santé, comme les infirmières et les pharmaciens, afin d'assurer la continuité des soins et des traitements.

Néanmoins, le nombre de projet a été qu'en augmentation depuis la création du dispositif, ce qui signifie que, malgré la crise sanitaire, les acteurs de santé sont restés et restent mobilisés dans la transformation du système de santé.

CHAPITRE III - AVENIR DU DISPOSITIF, ET DÉFIS À VENIR

A. Gestion du nombre croissant des projets

Il existe un défi en termes de gestion du nombre croissant de projets, en particulier lorsqu'ils abordent des thèmes similaires. La nécessité de filtrer les projets pour se concentrer sur des domaines spécifiques est soulignée par Vincent Van Bockstael. Il suggère de réfléchir à la manière de traiter la multitude de projets et éviter la duplication.

B. Préparer la fin et la généralisation des expérimentations

Suite à une première phase où le dispositif a pu établir son « rythme de croisière »¹¹⁵, le défi actuel réside dans sa capacité à effectivement contribuer à la transformation du droit commun en s'appuyant sur les enseignements acquis.

Au départ, la priorité était de mettre en place un cadre générique pour les innovations organisationnelles plutôt que d'ajouter des expérimentations au projet de loi de financement de la Sécurité Sociale chaque année. Cette même approche devrait prévaloir pour les généralisations.

Il est donc opportun de réfléchir à un cadre commun de généralisation, qui pourrait intégrer les nombreuses expérimentations arrivant à terme dans les années à venir et ayant fait l'objet d'une évaluation positive. Cela concerne en particulier les expérimentations impliquant un financement à l'épisode de soins.

Le défi consiste à intégrer diverses expérimentations, issues des initiatives des acteurs de terrain, qui se caractérisent par leur diversité. Par exemple, il existe 11 organisations distinctes pour la prise en charge de l'obésité par le biais de 11 projets. Certaines de ces organisations impliquent davantage la médecine de ville, le centre spécialisé de l'obésité (CSO) ou des prestations non incluses dans le panier de soins remboursés. Cette diversité se retrouve dans toutes les thématiques expérimentées¹¹⁶.

Afin de généraliser les épisodes de soins parmi les quelque 90 expérimentations (même si toutes ne seront pas généralisées), il est nécessaire de les intégrer dans un cadre de référence commun. Ce cadre doit être suffisamment uniforme pour assurer la lisibilité tout en étant acceptable par les professionnels de santé et les patients. Il doit également démontrer une flexibilité suffisante pour s'adapter aux différentes situations rencontrées¹¹⁷.

Ces points seront repris dans la Loi de la Sécurité Sociale pour 2024 et la fiche d'évaluation préalable de la Sécurité Sociale ^{118,119} : « L'entrée [des expérimentations] dans le droit commun doit être préparée pour capitaliser sur les expérimentations probantes afin de libérer du temps soignant et d'améliorer les prises en charge des patients, y compris par l'élargissement des prestations remboursées par l'Assurance Maladie, par exemple pour des séances d'activité physique adaptée. Il s'agit aussi de donner de la visibilité aux actuels porteurs de projets et aux acteurs de la santé pour

¹¹⁵ Ministère de la santé. (2022). Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_parlement_article_51_2022.pdf

¹¹⁶ Ministère de la santé. (2022). Financement des établissements de santé. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

¹¹⁹ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement. Exercice 2024. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/annee-en-cours>

susciter leur adhésion, sur la base du volontariat, à ces nouvelles organisations. Ceci suppose aussi de mettre fin aux expérimentations non probantes. »

Le docteur Ayden Tajahmady, directeur adjoint à la stratégie, aux études et aux statistiques à l'Assurance Maladie, ainsi que référent article 51 du CNAMTS, met l'accent sur deux points importants dans le processus d'expérimentation et de généralisation des expérimentations de l'article 51 (MESS,2021) :

- Le réalisme opérationnel : Pour garantir la faisabilité de ces expérimentations à grande échelle, le Dr. Tajahmady mentionne qu'il est essentiel de s'inspirer des dispositifs expérimentaux antérieurs. Ces derniers ont souvent laissé certaines questions en suspens, telles que le modèle économique, les règles de facturation, la logistique, la gestion des données, etc. Ces questions opérationnelles sont cruciales, car elles pourraient entraver la généralisation des expérimentations. Les expérimentations de l'article 51 s'efforcent donc de se rapprocher au maximum de la réalité, en particulier en ce qui concerne ces aspects opérationnels. L'objectif est de recueillir un maximum d'informations pour assurer une intégration efficace des expérimentations dans le droit commun, et pour que les acteurs du système puissent les mettre en œuvre. Les expérimentations doivent donc anticiper les contraintes opérationnelles qui émergent lorsqu'elles sont généralisées, telles que la mise en place d'une coordination ville-hôpital impliquant plusieurs officines d'un même URPS, et qui pourrait nécessiter des ajustements pour une mise en œuvre nationale avec l'ensemble des officines du territoire et des URPS.
- Les critères d'évaluation : Il met en avant deux critères majeurs pour la généralisation qui sont :
 - La faisabilité : concevoir une excellente idée est une chose, mais la mettre en pratique en est une autre. Les éléments qui se dressent sur le chemin de la mise en œuvre sont nombreux, comme le défi d'obtenir un nombre suffisant de patients participants. Par conséquent, l'évaluation se concentre sur la collecte d'informations pour comprendre ces obstacles potentiels et les intégrer dans l'expérimentation.
 - La reproductibilité : il insiste sur l'importance de diversifier les terrains d'expérimentation pour étudier différentes conditions de mise en œuvre. Cela ne vise pas seulement la reproductibilité statistique, mais permet également d'analyser comment une organisation est influencée par des facteurs tels que le charisme du porteur de projet. L'objectif est de déterminer si ce sont les personnes qui donnent vie à l'organisation ou si des contraintes opérationnelles et organisationnelles spécifiques jouent un rôle prépondérant.

C. Une fin du dispositif ?

Vincent Van Bockstael, référent régional projets Article 51 chez ARS Hauts-de-France, suggère qu'il faudrait envisager une fin pour le dispositif. En d'autres termes, déterminer à quel moment mettre fin à la proposition de nouveaux projets Article 51 tout en permettant aux projets existants de continuer jusqu'à leur évaluation. Cela nécessite une réflexion politique et stratégique approfondie. Cependant, comme nous l'avons vu plus haut, l'innovation n'a pas de fin en soi, et les besoins évoluent. Mettre fin à ce dispositif pourrait stopper cette innovation et adaptation des besoins permises par cette loi. Pour le moment, comme l'a indiqué Natacha Lemaire, nous n'avons pas encore atteint la stagnation des projets. Il est donc probable que ce dispositif perdure dans le temps et que le nombre d'expérimentations commence à se stabiliser pour ainsi maintenir un effort constant d'innovation et une résilience du système de santé.

CHAPITRE IV - LA LFSS 2024

A. Différents sons de cloches concernant les financements

Les expérimentations ont eu un impact sur la refonte du système de financement. En conséquence de ces expérimentations, des réformes ont été envisagées pour leur intégration dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2024.

Le 6 janvier 2023, le Président Emmanuel Macron a ainsi présenté un nouveau plan de santé, annonçant la transition de la tarification à l'acte à l'hôpital vers un financement basé sur des « objectifs de santé publique » pour le prochain budget de la Sécurité Sociale. La nouvelle loi de financement de la Sécurité Sociale s'inspire en toute logique des enseignements majeurs tirés de ces années d'expérimentation.

Le problème cependant est que certains professionnels manifestaient pour une augmentation des grilles de rémunération à l'acte, notamment les médecins qui en janvier 2023 réclamaient un doublement de prix de la consultation de 25 à 50 euros (Le Monde, 2023).

Le sujet de la rémunération est un sujet très complexe. D'un côté, des expérimentations visent à promouvoir des financements collectifs et non à l'acte, et d'un autre côté des professionnels de santé réclament l'augmentation des tarifs à l'acte. A mon sens, les évaluations des expérimentations et leur potentielles généralisations au territoire national pourront permettre de répondre aux besoins de revalorisation exprimés par les professionnels de santé d'une autre manière qu'en continuant qu'avec un renforcement des tarifications à l'acte.

B. Le projet de loi LFSS pour 2024 : une suite logique aux retours de l'article 51

a) Présentation du projet de loi

Le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2024 a été présenté à l'Assemblée nationale le 27 septembre 2023¹²⁰. Ce projet a fait l'objet d'examens par l'Assemblée nationale puis par le Sénat pour une promulgation avant le 31 décembre 2023^{121,122}.

Ce projet de loi comprend à l'article 22 la proposition d'ajout d'un chapitre II intitulé "Parcours Coordonnés Renforcés" à la suite d'un précédent unique chapitre au titre Ier du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique. Ce nouveau chapitre vise à mettre en place des parcours de soins mieux coordonnés et organisés pour les patients nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels de la santé. Nous y trouvons également les propositions suivantes :

- Article L. 4012-1. - I : Cet article définit et énonce les dispositions relatives aux parcours coordonnés renforcés. Ces parcours sont organisés lorsque la prise en charge d'un patient nécessite l'intervention de plusieurs professionnels de la santé. Un arrêté des ministres responsables de la Sécurité Sociale et de la santé établira la liste des parcours coordonnés renforcés, en prenant en compte les résultats d'expérimentations soumises à l'avis du conseil stratégique. Des arrêtés ministériels détermineront les modalités de ces parcours, les prestations couvertes par un forfait, ainsi que le montant de ce forfait.

¹²⁰ Assemblée nationale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale n°1682, 27 septembre 2023. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b1682_projet-loi

¹²¹ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

¹²² Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement. Exercice 2024. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/annee-en-cours>

- II : Ce paragraphe précise que les professionnels participant à ces parcours coordonnés renforcés peuvent exercer en libéral ou au sein d'établissements de santé, médico-sociaux, centres de santé, maisons de santé ou maisons sport-santé. Chaque professionnel exerce selon ses conditions habituelles et est responsable des actes qu'il réalise. Ces professionnels sont considérés comme une équipe de soins, conformément à l'article L. 1110-12.
- III : Le parcours est organisé par une structure de coordination désignée parmi différentes catégories de structures, telles que définies par un décret. Cette structure assure la coordination des professionnels intervenant dans le parcours et garantit le respect des dispositions établies par l'arrêté du II. Elle est également responsable des actions entreprises. En cas de fin d'expérimentation et d'un avis favorable du conseil stratégique, certaines structures peuvent continuer à coordonner les parcours pendant six mois, même si elles ne correspondent pas à une catégorie prévue initialement.
- IV : Les professionnels intervenant dans un parcours coordonné renforcé, ainsi que leurs employeurs et la structure de coordination, doivent formaliser leur organisation dans un projet de parcours coordonné renforcé. Ce projet, conforme à un modèle déterminé par arrêté ministériel, doit inclure des dispositions pour assurer la continuité des soins, des engagements de bonnes pratiques professionnelles, et les modalités de répartition du forfait.

Ce chapitre vise à établir un cadre légal pour la création et la coordination des parcours de soins coordonnés renforcés, en permettant le financement via des forfaits et en précisant les rôles et responsabilités des professionnels de la santé et des structures de coordination. Il fait suite aux expérimentations de l'article 51 menées depuis 2018 dans le but d'améliorer la coordination des soins et de faciliter la prise en charge des patients.

Les modifications apportées au code de santé publique ont leur pendant dans le code de la Sécurité Sociale. L'article 22 modifie le code de la Sécurité Sociale ainsi : le chapitre 2 du titre VI du livre Ier est complété par une section 13. Cette section serait dédiée à la « Prise en charge des parcours coordonnés renforcés » et propose les éléments suivants :

- **Un financement par forfait** : Le cœur de cette proposition réside dans l'introduction d'un mécanisme de financement par forfait pour les professionnels de la santé participant à la prise en charge d'une même personne dans le cadre d'un "parcours coordonné renforcé." Cette approche diffère des règles de facturation et de tarification habituelles du système de santé. Le montant du forfait couvrirait l'ensemble des prestations de soins ainsi que les actions de coordination nécessaires pour ce parcours. Ce montant serait déterminé en fonction de divers facteurs, notamment la complexité de la prise en charge et les ressources humaines et cliniques mobilisées.
- **Pas de frais supplémentaires pour le patient** : Les patients ne seraient pas tenus de payer d'autres frais que le montant forfaitaire prévu pour leur parcours. Cela signifie que le coût des soins ne serait pas facturé individuellement aux patients.
- **La désignation d'une structure de coordination** : Une structure responsable de la coordination serait désignée pour organiser le parcours coordonné renforcé. Cette structure serait chargée de transmettre les informations nécessaires à l'organisme local d'Assurance Maladie pour la couverture des frais du parcours. Elle pratiquerait également le mécanisme du tiers payant pour faciliter les paiements.
- **Une répartition des fonds entre les professionnels** : La structure responsable de la coordination serait chargée de répartir les fonds entre les professionnels participant au parcours en fonction de leurs activités spécifiques dans ce parcours. Les rémunérations reçues dans ce cadre seraient soumises aux mêmes règles fiscales et sociales que celles applicables à leurs rémunérations habituelles, qu'ils exercent en tant que professionnels libéraux, salariés ou agents publics.
- **La validation du projet de parcours coordonné renforcé** : Avant de bénéficier de ce mode de financement par forfait, la structure de coordination doit soumettre un projet de parcours coordonné renforcé au directeur général de l'ARS. Ce projet est considéré comme validé sauf

opposition du directeur de l'ARS dans un délai de deux mois. Le directeur peut s'opposer au projet s'il estime que les dispositions légales ne sont pas respectées.

- **Les sanctions en cas de non-conformité** : En cas de non-conformité avec les règles et les dispositions légales, le directeur général de l'ARS peut mettre en demeure la structure responsable de la coordination de se conformer dans un délai de six mois. Si ces mesures ne sont pas suivies d'effet, la caisse primaire d'Assurance Maladie peut mettre fin au financement par forfait et suspendre les remboursements.
- **Modalités d'application** : Les détails pratiques de cette nouvelle mesure, y compris les critères de financement et les modalités de mise en œuvre, seront précisés par décret en Conseil d'État.

Cette section introduit la mise en place d'un système de financement par forfait pour les parcours de soins coordonnés renforcés, dans le but d'améliorer la coordination des soins et de simplifier les coûts pour les patients. Elle introduit également des mécanismes de validation et de sanctions pour garantir la conformité des parcours aux règles établies.

A la suite de cet article 22, l'« exposé des motifs » justifie les modifications législatives proposées dans le cadre des parcours coordonnés renforcés :

- L'exposé explique que les premières expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 devaient arriver à leur terme à la fin de l'année 2023, et que cela signifie que le moment est venu de décider de la manière dont ces innovations seront intégrées dans le système de santé de manière permanente.
- L'exposé rappelle l'objectif de généralisation prévu par l'article 51 de la LFSS 2018 : L'objectif principal est de passer de l'étape expérimentale à l'intégration permanente des innovations qui se sont avérées bénéfiques. Ces innovations devraient bénéficier au plus grand nombre, tant aux patients qu'aux professionnels de la santé. Le but est de résoudre des problèmes concrets dans la prise en charge des patients et de diffuser les innovations organisationnelles qui ont montré leur efficacité.
- L'exposé explique ensuite que, pour la majorité des expérimentations qui impliquent la coordination de la prise en charge par plusieurs acteurs de différents secteurs, une modification du cadre législatif est nécessaire. Cela signifie qu'il faut adapter les lois pour permettre la mise en place de parcours coordonnés renforcés, notamment en établissant un cadre financier collectif pour les équipes, afin de répondre aux besoins des patients et de faciliter la coordination entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.
- L'extrait donne enfin quelques exemples de parcours coordonnés renforcés qui pourraient être mis en place, notamment la rééducation cardiaque en milieu urbain comme alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation à l'hôpital, la réhabilitation respiratoire à domicile, la prise en charge de l'obésité en soutien à la médecine de ville, et le traitement des troubles du langage et de l'apprentissage chez les enfants. Tous ces exemples visent à montrer comment les parcours coordonnés renforcés peuvent apporter des améliorations significatives dans la manière dont les soins de santé sont fournis.

Cet exposé des motifs montre que l'article 22 est une réelle réponse et suite aux expérimentations de l'article 51.

b) Premiers retours de la Sécurité Sociale

A la suite de la présentation de ce projet de loi, la Sécurité Sociale a publié une Annexe 9 nommée « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi »^{123,124}. Dans cette annexe, dans la partie

¹²³ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

¹²⁴ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement. Exercice 2024. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/annee-en-cours>

dédiée à l'article 22 du projet de loi PLFSS pour 2024, la Sécurité Sociale rappelle que les premières évaluations montrent que les expérimentations de l'article 51 ont eu un impact positif. Elle rappelle également que les expérimentations ayant une évaluation positive pourront être intégrées dans le droit commun, et que ça concernera potentiellement une quinzaine d'expérimentations se terminant en 2023, et environ 40 en 2024. Dans ce contexte, la Sécurité Sociale souligne que l'entrée de ces expérimentations dans le droit commun doit être soigneusement planifiée pour capitaliser sur les enseignements probants. Cela vise à libérer du temps soignant et à améliorer la prise en charge des patients, notamment par l'extension des prestations remboursées par l'Assurance Maladie, telles que les séances d'activité physique adaptée.

Par ailleurs, la Sécurité Sociale rappelle l'importance de donner de la visibilité aux actuels porteurs de projets et aux acteurs de la santé pour susciter leur adhésion volontaire à ces nouvelles organisations. Il est souligné que cela implique également de mettre fin aux expérimentations non probantes.

La Sécurité Sociale souligne qu'au-delà des expérimentations pouvant être intégrées dans le droit commun sans modification législative, environ 70% des expérimentations déploient des parcours impliquant plusieurs acteurs et reposent sur une rémunération au forfait. Cependant, il est noté qu'à droit constant, la prise en charge de ces parcours coordonnés renforcés par l'Assurance Maladie n'est pas envisageable dans le droit commun, faute de vecteur financier solidaire.

La mesure proposée vise donc à créer un cadre générique pour mettre en place des parcours coordonnés renforcés, adaptables aux besoins du patient, s'appuyant sur des structures porteuses et reposant sur un paiement collectif forfaitaire. Ce dispositif pourrait être déployé entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Concernant les expérimentations probantes de parcours coordonnés renforcés, la Sécurité Sociale souligne la nécessité de définir un processus de validation préalable à leur entrée dans le droit commun. Il est prévu que cette mécanique soit lisible, accessible et basée sur les résultats des expérimentations en cours. Les expérimentations répondant à des besoins de santé similaires seront examinées ensemble pour identifier les bonnes pratiques et définir les modalités de leur intégration dans le droit commun.

La Sécurité Sociale rappelle que la mesure propose de définir la notion de parcours coordonné renforcé et prévoit les modalités de prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, avec la participation des organismes complémentaires et le recours obligatoire au tiers payant. Les fonctions, missions et obligations des structures pilotes ou porteuses des parcours sont également définies, avec l'ouverture d'un cadre juridique dérogatoire pour sécuriser les porteurs d'expérimentation pendant leur transition vers les structures autorisées à déployer ces parcours dans le droit commun. La Sécurité Sociale souligne que la mesure reconnaît à l'équipe et à la structure coordinatrice la capacité d'adapter le parcours grâce à la fongibilité du forfait. Cela permet de financer une communauté de professionnels tout en s'adaptant aux besoins de chaque patient. Une enveloppe financière par patient sera déterminée par arrêté, avec une répartition modulable en fonction des besoins individuels.

Ensuite, la Sécurité Sociale rappelle que des structures se déclareront auprès des ARS pour mettre en œuvre ces parcours. Chaque structure organisera le parcours, répertoriant les professionnels impliqués et assumant la fonction de coordination. Elle garantira l'effectivité du parcours, transmettra les informations nécessaires à la facturation et aux contrôles à son organisme local d'Assurance Maladie (CPAM), avec le paiement direct des acteurs intervenant dans le parcours.

Enfin, la Sécurité Sociale souligne la création du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) pour accompagner et suivre le déploiement de cette réforme. Des moyens spécifiques pourront être mobilisés pour le déploiement sur tout le territoire de cette nouvelle modalité de prise en charge, en développant les outils nécessaires et en les mettant à disposition des acteurs de santé, avec la possibilité d'initier des accompagnements de proximité selon les thématiques.

c) *Évaluation des impacts*

- Impacts financiers

Les dépenses des expérimentations se terminant en 2023 qui pourraient être inscrites dans le droit commun représentent aujourd'hui 16 M€ par an financées sur le FISS et 5 M€ pour celles se terminant en 2024. Les forfaits pourraient s'établir entre 500 à 2000€ par patient en fonction des parcours.

Leur entrée dans le droit commun et donc la possibilité de déployer ces parcours dans toute la France pourrait conduire à un doublement des dépenses associées chaque année, en prenant l'hypothèse d'un doublement de la patientèle prise en charge.

Ces projections n'intègrent pas les expérimentations de parcours coordonnés renforcés se terminant en 2025 et après, car les résultats de leur évaluation sont trop incertains aujourd'hui. Leur impact budgétaire pourrait potentiellement être plus important puisque ces expérimentations représentent aujourd'hui déjà 35 M€ de dépenses annuelles.

Une partie de ces dépenses se substitue à des dépenses déjà engagées par l'Assurance Maladie pour la prise en charge de ces patients :

- Les parcours pourront dans certains cas se substituer à une prise en charge aujourd'hui plus coûteuse. A titre d'illustration, dans l'expérimentation « structures libérales légères » (SLL), il a été considéré qu'environ 30% des patients inclus auraient bénéficié d'une prise en charge en soins médicaux et de réadaptation (SMR). En hospitalisation complète, un séjour en SMR de réadaptation cardiaque peut être estimé à 4 400€ tandis qu'en hospitalisation de jour il s'enlèverait à 1 650€. En comparaison, le forfait total de prise en charge dans l'expérimentation SLL est de 630€, permettant de générer d'importantes économies, en plus de contribuer à améliorer la qualité de la prise en charge et la qualité de vie du patient;
- Dans d'autres cas, les parcours pourraient se substituer à une prise en charge comparable en termes de coût mais améliorer la qualité des soins et ainsi contribuer à la diminution du risque d'hospitalisation (ou de ré-hospitalisation) ou de complications ;
- Enfin, des économies potentielles pourraient concerner la prise en charge des patients qui n'auraient pas pu bénéficier d'une prise en charge adaptée en l'absence de ces parcours (estimée à 70% dans l'expérimentation SLL par exemple). Ces patients auraient été particulièrement exposés aux risques d'hospitalisation (ou de ré-hospitalisation) et/ou de complications menant à des dépenses potentiellement plus importantes que celles liés aux parcours.

- Impacts sur les différents acteurs

« Cette mesure permettra aux assurés de bénéficier de nouvelles prises en charge via le déploiement de ces parcours de soins. La mesure ne crée pas de charges administratives supplémentaires, voire même les diminue en organisant une prise en charge unique et coordonnée plutôt que de nombreux actes dépendants d'acteurs différents »¹²⁵.

« La mesure sera gérée par les caisses de sécurité sociale. Dans un premier temps, la plateforme développée dans le cadre du dispositif pourra être adaptée progressivement avant un possible passage dans le système d'information de droit commun de l'Assurance Maladie.

¹²⁵ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

Le réseau des ARS et de l'Assurance Maladie seront mobilisés pour inciter les acteurs à se manifester dans les territoires afin de susciter la déclaration de structures en charge de déployer ce mode de prise en charge innovant »¹²⁶.

d) Mise en œuvre, suivi et évaluation

L'annexe 9 FLSS 2024 prévoit comment l'article 22 sera mis en œuvre, suivi et évalué.

« La mesure fera l'objet de plusieurs textes d'application :

- Un décret déterminant les modalités pratiques encadrant le déploiement des différents parcours ;
- Des arrêtés propres à l'inscription dans le droit commun de chaque parcours.

Le décret sera publié début 2024. Les arrêtés suivront le rythme des différentes échéances des expérimentations.

Des concertations avec les organisations syndicales représentant les professionnels et établissements concernés, ainsi que les différents ordres ont été réalisées à l'été 2023 »^{127,128}. Ces concertations avec les parties prenantes sont importantes pour assurer la mise en œuvre et une transition adaptée, et nous espérons qu'elles seront poursuivies.

« Le cadre générique mis en place pour l'inscription dans le droit commun pourra être mis en œuvre dès la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et du décret d'application. L'inscription dans le droit commun de chaque expérimentation aux résultats probants sera opérationnelle une fois l'arrêté de tarification publiée »¹²⁹.

« Une évaluation de la mise en place et du déploiement des parcours est prévue. Le nombre de parcours effectivement déployés ainsi que le coût associé pour l'Assurance Maladie feront l'objet d'un suivi via les données de l'Assurance Maladie : le conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) sera réuni une à deux fois par an afin d'accompagner et suivre le déploiement de cette réforme. Une enveloppe spécifique sera créée dans le 5ème sous-objectif de l'ONDAM pour faciliter le suivi du déploiement et des montants alloués »¹³⁰. Le suivi prévu, notamment via le CSIS et l'enveloppe spécifique de l'ONDAM, permettra de surveiller l'impact financier et opérationnel de cette réforme. Cependant, le texte ne mentionne pas explicitement la communication et l'information des assurés ou des cotisants (un onglet spécifique est normalement prévu dans l'annexe mais il est noté « sans motif » pour cet article), ce qui pourrait être important pour garantir leur compréhension et leur adhésion à ces nouveaux parcours de soins.

De plus cet article 22 a été critiqué par certains professionnels de santé, qui craignent que cette mesure ne conduise à une augmentation des contraintes administratives et à une perte de liberté de prescription. Il est important que la mise en œuvre de la mesure soit accompagnée d'un dialogue avec les professionnels de santé afin de garantir son succès.

¹²⁶ Ibid.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement. Exercice 2024. Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/loi-de-financement/annee-en-cours>

¹²⁹ Sécurité Sociale. (2023). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 9. Disponible sur : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2024/PLFSS_2024_Annexe_09.pdf

¹³⁰ Ibid.

e) Points de vigilance

Des concertations avec les organisations syndicales représentant les professionnels et établissements concernés, ainsi que les différents ordres ont été réalisées à l'été 2023⁴⁰. Les professionnels de santé ont donc été consultés sur la mise en œuvre de l'article 22, mais ils n'étaient pas tous en accord avec celle-ci (Le Monde, 2023 ; Lemaire, 2023b). Ils craignent que la mise en place des parcours coordonnés renforcés ne conduise à une augmentation des contraintes administratives, ainsi qu'à une perte de liberté de prescription. Il est important de prendre en compte ces critiques afin de garantir le succès de la mesure. La mise en œuvre des parcours coordonnés renforcés doit être accompagnée d'un dialogue avec les professionnels de santé afin de trouver des solutions qui répondent à leurs préoccupations.

C. Publication de la LFSS 2024

La LFSS 2024 a finalement été publiée le 26 décembre 2023. Aucune modification n'a été faite entre la proposition de la loi et la loi. Seuls détails : L'article traitant des parcours coordonnés était l'article 22 et devient l'article 46. La section 13 ajoutée par l'article devient la section 14 du chapitre II du titre VI du livre Ier.

CONCLUSION

L'article 51 de la LFSS pour 2018 est un dispositif législatif permettant des innovations organisationnelles. Depuis sa mise en place, plus de mille projets ont été soumis aux plateformes régionales et nationales, et plus de cent ont été autorisés pour entrer en phase d'expérimentation. En fin juin 2024, deux de ces expérimentations terminées ont intégré le droit commun, et une dizaine sont en période transitoire en vue d'une généralisation. Ces expérimentations ont un impact significatif puisqu'elles ciblent plus d'un million de bénéficiaires.

L'article 51 de la LFSS 2018 marque une avancée notable par rapport aux tentatives précédentes d'amélioration des soins de santé, grâce à sa plus grande flexibilité et à une législation plus ouverte aux acteurs de la santé. Les premières évaluations et bilans positifs, ainsi que les efforts législatifs pour intégrer les expérimentations réussies dans le droit commun, suggèrent un impact prometteur sur la qualité des soins et les économies du système de santé.

Le pharmacien a un rôle potentiel à jouer, notamment en termes de :

- Coordination de projets
- Expertise pharmaceutique, tant en officine qu'en milieu hospitalier, à inclure dans les équipes
- Porteur de projets

Le pharmacien peut occuper une place polyvalente dans le cadre de l'article 51, ce qui pourrait lui permettre de jouer un rôle essentiel dans l'innovation et l'amélioration continue des soins de santé. Avec une formation supplémentaire appropriée, notamment grâce à l'obtention d'un double diplôme Docteur en Pharmacie – Mastère spécialisé en management, le pharmacien pourrait trouver sa place en tant que professionnel de santé transversal, capable de coordonner les projets de santé.

Enfin, de manière générale ce dispositif pousse le système de santé vers une plus forte coordination et interprofessionnalité, bénéfique aux patients. Plus généralement, l'interprofessionnalité est un mode de fonctionnement qui est de plus en plus développé et qui montre ses preuves en termes de pertinence des soins et d'efficacité. J'espère que ma thèse sensibilisera sur ce dispositif innovant et son potentiel pour construire ensemble un système de santé plus efficace et permettant de meilleures prises en charge.

ANNEXES

ANNEXE 1 : DEPIST PHARMA

Annexe 1a : Liste des pharmacies partenaires

PHARMACIE ALBERT	PORT LA NOUVELLE
PHARMACIE BOBO DURAND	CANET EN ROUSSILLON
PHARMACIE CAPDET / AMIEUX	PERPIGNAN
PHARMACIE DE LA COTE VERMEILLE	PORT-VENPRES
PHARMACIE DE LA POUDRIERE	PERPIGNAN
PHARMACIE DU CHAMP DE MARS	PERPIGNAN
PHARMACIE DU POLYGONE	PERPIGNAN
PHARMACIE FARINES	TROUILLAS
PHARMACIE KERVEVAN	SAILLAGOUSE
PHARMACIE LA MARINADE	ST LAURENT DE LA SALANQUE
PHARMACIE LAFAYETTE	PERPIGNAN
PHARMACIE MEJDALI LAFOND	PRADES
PHARMACIE ROMAN	PERPIGNAN
PHARMACIE SAINT GAUDERIQUE	PERPIGNAN

Quatre pharmacies sur les dix¹³¹ ont pu être contactées.

¹³¹ Centre Hospitalier Perpignan. (2019). « DEPIST C PHARMA c'est lancé !! ». Disponible sur : <https://www.ch-perpignan.fr/actualites-109/depist-c-pharma-c-est-lance-572.html?cHash=6a4b5e0eb403a06a72088ac5c0ee0975>

Annexe 1b : Référence du porteur de projet

Le porteur de projet est l'Équipe mobile Hépatites (EMH) du centre hospitalier de Perpignan. Notre entretien a été réalisé le 26 octobre 2023 avec une infirmière de l'EMH.

ANNEXE 2 : ENTRETIENS ISSUS DU PODCAST CPAM SUR LES AMI

ARTICLE 51¹³²

Interview 1 : Natacha Lemaire et Ayden Tajahmady, EDS PEPS et IPEP

« Bonjour nous nous intéressons aux expérimentations EDS, PEPS et IPEP et allons pour cela interroger Natacha Lemaire rapporteur général article 51 au ministère de la santé et le docteur Ayden Tajahmady, directeur adjoint à la stratégie aux études et aux statistiques à l'Assurance Maladie. Bonjour, les expérimentations EDS, PEPS, et IPEP ont débuté en juillet 2019. Trois ans et demi après le lancement de ces expérimentations, est-ce que vous pourriez s'il vous plaît établir un premier bilan à gros traits ?

Alors les 3 expérimentations ont démarré en fait bien avant juillet 2019, puisqu'elles ont toutes les 3 fait l'objet d'un appel à manifestation d'intérêt au printemps 2018 à l'issue duquel une cinquantaine d'organisations ont été retenues pour coconstruire les cahiers des charges. Donc il y a eu un an de coconstruction avec potentiellement les futurs expérimentateurs pour ces 3 expérimentations. Donc effectivement le cahier des charges a été publié une première fois en juillet 2019 avec un appel à projets pour sélectionner une 2e vague d'expérimentateurs qui ont rejoint la première vague entre la fin de l'année 2019 et le début de l'année 2020.

Pour les 3 la phase 2019 a constitué une phase d'apprentissage et de préparation. Tant d'ailleurs pour les expérimentateurs qui ont établi leur plan d'action et préparer en quelque sorte leur transformation pour mettre en œuvre et pour déployer les expérimentations et tant, côté Assurance Maladie, pour la préparation de la plateforme de facturation qui allait supporter ces 3 expérimentations et je vais laisser Ayden en dire quelques mots ».

Ayden Tajahmady : « L'un des enjeux de ces expérimentations est de mettre en place des paiements de prestations dérogatoires, de façon à ce que, d'une part les professionnels puissent être payés en temps et en heure, et d'autre part que les données qui soient recueillies dans ce cadre-là permettent une évaluation quantitative. Il a ainsi émergé la nécessité de la mise en place d'une plateforme informatique qui vise à opérationnaliser ces 2 objectifs, et qui est par ailleurs partagée avec les autres expérimentations de l'article 51 ».

Natacha Lemaire : « Si on poursuit le calendrier, 2020 est la première année de déploiement pour les 3 AMI (EDS, PEPS et IPEP), avec, pour EDS et PEPS, les premiers paiements rétroactifs (c'est-à-dire, en calculant la différence entre les paiements traditionnels (en ne changeant pas les modes de rémunération des acteurs) et la simulation des paiements avec les nouveaux modèles PEPS et EDS). Pour IPEP, c'est un intéressement donc c'est le calcul du premier intéressement. 2020 c'est aussi la première année de campagne de recueil de l'expérience patient. Ce sont essentiellement des PREMs pour les 3 expérimentations, donc c'est un peu de l'expérimentation dans

¹³² Assurance Maladie. (2023a). Podcasts Article 51, l'innovation en santé. Disponible sur : <https://cnam.video/canal/1-theme/51-/podcast/11>

de l'expérimentation, en lien étroit avec la haute autorité de santé. L'objectif est de valider ces questionnaires et les modalités de recueil à l'issue des expérimentations.

2021 a été une année importante notamment pour l'expérimentation PEPS puisqu'au 1^{er} janvier de cette année, les 12 premières structures participantes ont basculé dans le mode de paiement prospectif c'est-à-dire qu'elles ont quitté le paiement à l'acte pour les patientes concernées et sont passés au paiement forfaitaire populationnel. Ça a donc été une étape importante avec évidemment une préparation assez longue en 2020 pour faciliter et sécuriser ce passage.

Par ailleurs, en 2020, le Covid ayant fortement affecté la consommation de soin et les données statistiques, il a fallu adapter notamment le calcul des intéressements IPEP à cette à cette situation. Puis on a dans le cadre de l'expérimentation IPEP également réalisé la seconde campagne de mesure de l'expérience patient.

L'année 2021 a été aussi marquée dans son dernier trimestre par la publication des premiers éléments de l'évaluation, notamment pour les expérimentations PEPS et IPEP avec des questions d'économie de la santé publiée par l'IRDES qui porte sur la phase de construction de l'expérimentation.

2022 a été une année de continuité pour la plupart des expérimentations avec pour PEPS deux nouvelles équipes qui se sont basculé dans le modèle de paiement prospectif. Ça a été aussi un enjeu important pour adapter les modèles statistiques qui sous-tendent les 3 expérimentations et leur mode de rémunération pour prendre en compte les effets du Covid et les perturbations que cela a entraîné sur la consommation de soins et donc sur les données. Le questionnaire d'expérience patients utilisés pour PEPS et IPEP a fait l'objet d'une simplification et des nouvelles modalités de recueil ont été développées en tout cas ont été imaginées qui seront mises en place dès le début de l'année 2023.

2023 c'est la dernière année complète des 3 expérimentations l'objectif est d'arriver à stabiliser et à ajuster les modèles économiques en vue de la fin d'expérimentation qui interviendra en juillet 2024 donc ça fera exactement 5 ans après la publication, ce qui laisse le premier semestre de l'année 2024 pour travailler à la suite à la lumière des résultats d'évaluation qui, pour mémoire est réalisé par IRDES pour PEPS et IPEP et par le HESP pour EDS. »

Interview 2 : Pierre De Haas, expérimentateur IPEP

« Bonjour, pourriez-vous s'il vous plaît vous présenter et présenter votre groupement ?

Bonjour, je suis un professionnel de santé dans une maison de santé pluriprofessionnelle. En l'occurrence, je suis médecin généraliste, et mon groupement est une structure qui délivre des soins primaires avec environ une vingtaine de professionnels de santé très variés : médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, orthophonistes, podologues, ergothérapeutes, infirmières de parcours, etc.

Pourquoi avoir intégré l'expérimentation IPEP ?

Nous avons intégré l'expérimentation IPEP pour une raison simple : nous exerçons dans un pays où les réglementations délivrent des arrêtés, des décrets, des textes de loi en mille-feuille, rendant très complexe l'organisation d'un parcours de soins autour d'un patient par une équipe. Dans notre structure, nous suivons près de 10 000 patients, et avec les réglementations en vigueur, formaliser un parcours de soins optimal devenait compliqué. L'entrée dans l'expérimentation IPEP nous a permis de revoir le parcours de soins du patient pour améliorer son accompagnement dans sa pathologie, pour une meilleure qualité de soins.

Quatre ans après le début de l'expérimentation, quels enseignements tirez-vous ? Pouvez-vous notamment décrire les difficultés rencontrées, les succès obtenus, et nous dire en quoi l'expérimentation IPEP transforme les pratiques ?

Oui, bien sûr. Les difficultés rencontrées sont très classiques. Cela implique de faire changer l'attitude des professionnels par rapport à des exercices habituels, ce qui demande motivation et force de conviction. L'autre élément difficile à vaincre est la routine, car nous sommes tous dans des professions très chargées en termes de travail. Trouver du temps pour réfléchir à l'adaptation, au changement, à l'évolution est compliqué avec ces professionnels de santé, ce qui rend le changement plus difficile. En revanche, les succès sont bien présents. Par exemple, dans notre cohorte, nous avons un suivi des insuffisants rénaux chroniques. Depuis notre entrée dans le système, les médecins se sont bien mieux formés sur cette pathologie, de même que les infirmières et les pharmaciens. Aujourd'hui, nous avons doublé le nombre de patients repérés avec une insuffisance rénale chronique et doublé le nombre d'ALD en quelques mois simplement parce que nous avons porté une attention particulière à cet aspect. Nous espérons avoir à terme une diminution des hospitalisations de ces patients grâce aux séquences d'éducation thérapeutique et de suivi personnalisé que nous avons pu mettre en place. Ainsi, cela change les pratiques en forçant les professionnels de santé à réfléchir non seulement à ce qu'ils peuvent offrir aux patients, mais dans une chaîne de professionnels autour du patient. Cela amène à réfléchir à la place de chacun et à comment s'inscrire en complémentarité avec d'autres professionnels pour atteindre un résultat bien meilleur que lorsque je travaillais tout seul face aux patients. »

Interview 3 : Julie Boitard, expérimentatrice PEPS

« Bonjour. Dans un premier temps, est-ce que vous pouvez présenter votre équipe ainsi que votre structure ?

Bonjour, je suis Julie Boitard, directrice de la coopérative de santé Richerand, la première en France sous forme SIC qui gère un centre de santé pluridisciplinaire. Nous avons une équipe PEPS composée de 10 médecins généralistes et 2 infirmières.

Pourquoi avoir intégré l'expérimentation PEPS ?

Nous avons intégré l'expérimentation PEPS parce que nous sommes convaincus qu'il faut faire évoluer le système de paiement actuel à l'acte. De plus, la reconnaissance des activités et du temps que les équipes de soins primaires peuvent consacrer à autre chose qu'à la consultation pure est fondamentale.

Quels nouveaux modes d'organisation PEPS vous a permis de mettre en place ?

Aujourd'hui, c'est encore en expérimentation, mais nous mettons progressivement en place plusieurs changements. Nous avons d'abord modifié notre modèle administratif en actualisant la manière dont nous identifions les patients ayant un médecin traitant, avec une meilleure compréhension par l'équipe médicale et administrative. Ensuite, nous avons consolidé les consultations en passant à des créneaux de 20 minutes, offrant ainsi plus de temps de consultation aux patients. Nous avons également mis en place des staffs dossiers entre différentes disciplines médicales, facilitant la coordination entre médecins et infirmières, entre autres.

Quelles activités PEPS vous a également permis de mettre en place ?

Je viens un petit peu d'y répondre, mais la durée des consultations, ainsi que la cotation aussi de nos nouvelles activités. En effet, avec le modèle PEPS, nous devons uniformiser nos pratiques, ce qui représente un travail important. Les médecins réfléchissent aujourd'hui à une nomenclature pour ces activités nouvelles, qui étaient auparavant un peu noyées dans leur pratique.

Quelles sont les prochaines étapes de votre projet ?

Nous réfléchissons régulièrement avec l'équipe de soins primaires, et je pense que la prochaine étape sera la mise en place de consultations de prévention. Actuellement, ce type de consultation n'est pas financé selon le modèle classique à l'acte, et PEPS permettra de mettre en place ce type de consultation. »

Interview 4 : Jean-Félix Verrier, expérimentateur EDS

« Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que les établissements que vous représentez ?

Bonjour, je suis Jean-Félix Verrier, chirurgien vasculaire de formation, et je m'occupe au sein du groupe Ramsay de la direction des bonnes pratiques et des relations praticiens. Nous avons entamé cette expérimentation avec 9 équipes du groupe Ramsay, dont 2 à Lille, 3 à Lyon, et 2 dans le sud Aquitaine.

Pourquoi avoir décidé d'intégrer l'expérimentation EDS ?

Effectivement, c'est un engagement important pour l'entreprise. Cela fait suite à des travaux remontant à quelques années en 2011 sur la réhabilitation améliorée après chirurgie. A la suite de ces travaux, nous avons ensuite évolué sur notre prise en charge en travaillant sur l'amont, la préparation chirurgicale des patients, et le suivi post-opératoire immédiat dans un premier temps. Et nous avons l'intention de travailler sur du suivi post-opératoire à plus long terme car notamment, sur la chirurgie prothétique, on a une responsabilité à vie sur ces éléments-là. Très clairement, le modèle de financement qui existe actuellement qui finance des infirmières autour des patients, sur une hospitalisation, ne répond absolument pas à ces demandes. Ce mode de financement inadéquate est la raison pour laquelle nous nous sommes engagés sur l'EDS de façon à aller financer ces nouvelles organisations et nous aider également dans le recueil des données, notamment des données récoltées par les patients.

Qu'est-ce que la participation à EDS peut apporter à vos établissements en termes d'évolution des pratiques ?

Comme je le précisais, nous avons consolidé l'organisation préopératoire des patients, notamment par la consultation infirmière. Cette consultation s'est enrichie de la gestion des données récoltées par les patients : à savoir qu'on a facilité l'inscription des patients sur les outils nécessaires à récolter ces éléments-là. Une deuxième évolution intéressante a été le partage du résultat des données que nous avons récolté tout au long de cette expérimentation. On en est encore à un début de ces partages, mais très clairement on se revoit régulièrement tous les mois pour partager ces éléments-là, non seulement à l'intérieur de l'établissement mais également avec les autres établissements participant à l'expérimentation.

Concernant le groupe Ramsay, avez-vous constaté que les bonnes pratiques issues de l'expérimentation ont essaimé dans d'autres établissements du groupe qui ne participent pas à l'expérimentation ?

Nous sommes au milieu du gué. Nous allons généraliser le recueil des questionnaires patients en péri-opératoire en amont et en aval de l'intervention jusqu'à un an après la chirurgie. Nous avons l'intention de prolonger ces éléments à 2 ans, puis tous les 5 ans. C'est effectivement une transformation importante nécessitant des investissements importants du groupe Ramsay et sur lequel nous avons des objectifs clairement affichés. La préparation du patient est aussi en phase de généralisation dans tous nos établissements, étant nécessaire à la bonne réalisation du parcours patient.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées durant la mise en œuvre de l'expérimentation et comment les avez-vous surmontées ?

Nous avons été impactés par la crise sanitaire, mettant nos organisations sous tension. Nous avons dû redéployer les infirmières qui s'occupaient de l'EDS, mais cette phase a été rapidement récupérée dès les premiers mois de la reprise de l'activité. Nos collègues infirmières se sont fortement investis sur ce sujet, montrant un réel intérêt pour la coordination infirmière et la gestion de projet sur l'EDS. Une autre difficulté a été la mise en place du recueil des questionnaires patients, surmontée par une stabilisation de l'organisation. Nous travaillons actuellement sur la simplification de l'inscription des patients sur l'outil permettant d'envoyer les PROMS de manière automatisée, limitant ainsi le temps consacré à cette tâche. »

Interview 5 : Kathleen Waeytens, expérimentateur IPEP

« Pourriez-vous s'il vous plaît vous présenter et présenter votre groupement ?

Bonjour à toutes et à tous. Je suis Kathleen Waeytens, coordinatrice de la CPTS de la Riviera Française. Nous sommes sur le 06 dans les Alpes-Maritimes, une CPTS de taille 2 pour 80,000 habitants et 15 communes majoritairement zonées à des fins médicales. Nous avons des missions en faveur de l'accès aux soins, de la création de parcours, de la prévention, de notre activité médicale, du maintien à domicile. L'IPEP nous a permis de potentialiser ces actions grâce à des financements et à un gain de qualité et de coordination décisif dans la conduite des projets sur le terrain.

En lien avec la deuxième partie de votre réponse, pourquoi avez-vous fait le choix d'intégrer l'expérimentation IPEP ?

En termes de chronologie, la création de la CPTS de la Riviera Française et le choix de s'inscrire dans les fondations IPEP ont été concomitants. Cela a soutenu une dynamique vertueuse au niveau du noyau dur de santé à l'origine du projet de CPTS. Cela nous a donné les moyens d'imaginer un projet de santé plus ambitieux pour le territoire en phase avec les attentes des professionnels et des patients. C'est une logique de coconstruction.

Votre groupement a débuté l'expérimentation IPEP en janvier 2020, soit 3 ans après le début de cette expérimentation. Quels enseignements en tirez-vous ? Pouvez-vous décrire les difficultés rencontrées, les succès obtenus ?

Nous avons démarré les fondations IPEP en janvier 2020, en pleine phase de construction de la CPTS. Nous avons rencontré des difficultés exceptionnelles liées à la gestion de la crise Covid, avec la nécessité de donner une réponse à la population en termes de copilotage des stratégies de dépistage et de gestion des centres de vaccination. Une autre crise s'est cristallisée avec la tempête Alex, mobilisant pleinement la CPTS localement. Ces deux situations exceptionnelles ont bouleversé le calendrier de déploiement initial mais ont également créé un élan catalyseur et fédérateur autour de

ces problématiques fortes et a consolidé une dynamique pluriprofessionnelle plus large et plus solide de la CPTS aujourd'hui.

Après ces principales difficultés, il y a aussi les difficultés partagées par les CPTS : de réussir à fédérer, de réussir à construire une vraie dynamique professionnelle, et de réussir à faire intégrer les professionnels et les patients dans les parcours locaux.

En termes de succès, l'implantation IPEP nous a permis de dépasser le simple cadre fourni par la CPTS, notamment dans la prévention, ça nous a permis de ne plus se concentrer uniquement sur la sensibilisation mais de déployer un parcours complet de A à Z jusqu'au soin de supports. On a pu mettre une ressource dédiée à la construction de ce parcours, à la mobilisation des partenaires.

L'implémentation IPEP a également été un succès en termes d'attractivité médicale et d'offres d'accès aux soins, avec la création d'une MSP qui s'est faite.

L'implémentation IPEP a permis de favoriser le maintien à domicile des sujets âgés fragiles avec la mise en place d'une expérimentation de télésurveillance et de téléconsultation en lien avec les infirmières du CPTS qui sont au préalable formées, et qui permettent d'optimiser lors des tournées la télésurveillance de ces patients en lien avec les médecins traitants.

Autre succès concret en termes de d'accès aux soins et de d'inscription dans les parcours, notamment sur le littoral de notre territoire qui est vraiment sujet à une forte menace de désertification médicale, c'est la création d'une MSP là qui est en cours de labellisation nous a permis en fait de fixer de nouveaux médecins traitants et une équipe paramédicale. Ce projet de MSP a pu voir le jour grâce au financement, à l'expertise et surtout au gage de l'inscription dans une démarche qualité qu'offre l'IPEP. Pour nous c'était vraiment une énorme plus-value à la fois en tant que groupement mais aussi par rapport aux professionnels de santé qui s'inscrivaient dans cette démarche.

Et pour finir, en quoi cette expérimentation IPEP transforme les pratiques ?

Déjà au niveau de la gouvernance même, en interne de notre groupement, ça nous a permis d'ajouter une strate. Évidemment il y a un bénéfice concret par rapport au financement que ça peut dégager qui nous permet évidemment de financer de l'ETP. Ça nous a également permis de s'inscrire dans une véritable démarche qualité. Ça nous a également permis d'accéder à des données de pilotage complémentaire aux éléments dont dispose déjà une CPTS. Et pour finir, ça nous a aussi permis d'aller plus loin pour concrétiser finalement des besoins, des idées, des propositions, extrêmement pertinentes, qui étaient faites par les professionnels de santé du territoire, en cohérence bien sûr avec les besoins des patients, et de pouvoir mettre l'énergie dessus parce qu'elles étaient devenues finançables, pour que ces projets innovants voient le jour. »

Interview 6 : Elisa Marais, expérimentatrice PEPS

« Bonjour Elisa. Tout d'abord, pourriez-vous présenter votre équipe ainsi que votre structure ?

Bonjour, je suis Elisa Marais, infirmière en pratique avancée au Centre de Santé à La Ferté-Bernard, nommé le Pôle Santé Simone Veil. L'équipe PEPS avec laquelle je travaille est constituée de 8 médecins, 4 infirmières, 2 IPA (Infirmière en Pratique Avancée) dont moi-même, 3 secrétaires, ainsi qu'une coordinatrice administrative. Notre équipe a choisi de se centrer sur la patientèle âgée de plus de 65 ans.

Pourquoi avoir intégré l'expérimentation PEPS ?

La particularité de notre centre de santé est que les médecins travaillent en binôme médecins-infirmiers sur les consultations de médecine générale. Nous souhaitons valoriser les compétences de l'infirmière et améliorer le parcours de soins des personnes âgées en perte d'autonomie, une particularité de nos territoires avec plus d'un habitant sur 5 de plus de 65 ans.

Quel nouveau mode d'organisation PEPS vous a permis de mettre en place ?

Nous avons mis en place les consultations en binôme médecins-infirmiers pour augmenter les créneaux de soins non programmés au centre de santé. De plus, des visites en binôme médecins-infirmiers sont réalisées pour les personnes âgées à domicile.

Quelles activités PEPS vous a permis de mettre en place sur la visite à domicile ?

Les visites infirmières intercurrentes avec les visites médicales sont effectuées. Le médecin renouvelle les traitements tous les 3 mois, tandis qu'une infirmière visite le domicile mensuellement pour s'assurer de l'adaptation du traitement, prévenir la perte d'autonomie, limiter les passages aux urgences et les hospitalisations évitables. L'infirmière réalise parfois des télésoins pour vérifier le bien-être de la personne, optimisant ainsi le temps médical.

Enfin, quelles sont les prochaines étapes de votre projet ?

La limite actuelle est la difficulté à valoriser les infirmières avec les forfaits et actes actuels. Nous réfléchissons au passage de PEPS en patientèle totale pour financer ce binôme. D'autres projets, dont certains en lien avec l'article 51, sont en cours, tels que la valorisation de la consultation binôme médecins-infirmiers. Dans trois semaines, un rétinographe arrivera, permettant des télé-expertises avec un ophtalmologiste pour dépister la rétinopathie diabétique chez les patients diabétiques. »

Interview 7 : Carole Robin, expérimentatrice EDS

« Bonjour Madame Robin. Tout d'abord, pouvez-vous vous présenter brièvement et décrire votre rôle dans l'expérimentation ?

Bonjour, je m'appelle Carole Robin. Je suis infirmière au sein de la consultation de chirurgie digestive de l'hôpital Ambroise Paré. Je suis coordinatrice pour l'expérimentation EDS. J'interviens après la consultation du chirurgien lorsque la date opératoire est planifiée. J'explique au patient le parcours en chirurgie dans le cadre de l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins. Je m'assure de son accord, lui remets la note d'information de l'Assurance Maladie, et l'inscris sur la plateforme de l'expérimentation EDS.

Cette expérimentation a-t-elle occasionné des évolutions de pratique ou d'organisation pour vous en tant qu'IDEC ? Si oui, quels sont les facteurs de succès que vous identifiez ?

Ce qui est bénéfique pour le patient, c'est qu'on lui demande son avis sur les soins et l'accompagnement. On s'intéresse davantage à son état de santé avec les questionnaires d'expérience patient (les PREMS) et les PROMs (évaluant la qualité de vie). Comparé au questionnaire de satisfaction globale à la sortie, qui évalue uniquement la qualité du séjour, il permet de suivre le dossier patient après la chirurgie, notamment les résultats de l'anapathologie et l'indication d'une chimiothérapie.

Avez-vous rencontré des difficultés dans la mise en œuvre de votre rôle au sein de l'expérimentation ?

La principale difficulté est que le patient vient d'avoir des informations importantes sur la prise en charge de son cancer, et pour lui, la discussion sur l'épisode de soins passe après. C'est un défi d'expliquer comment se déroulera son hospitalisation. Les questionnaires envoyés permettront d'évaluer sa qualité de vie, mais cela demande un équilibre délicat.

Avez-vous pu observer des bénéfices liés à votre intervention pour les patients ?

Oui, ces patients ont un parcours privilégié avec un suivi en pré et post-opératoire par une infirmière référente. Ils ont mon numéro de téléphone et n'hésitent pas à appeler pour toute demande. Les appels que je fais quelques jours après leur sortie sont des moments d'échange appréciés autant par les patients que par moi-même.

Pourriez-vous donner un ou deux exemples concrets démontrant que l'expérimentation a renforcé la coordination entre les différents professionnels ?

Au sein de l'établissement, le travail en équipe a été renforcé. Des réunions régulières ont eu lieu avec plusieurs membres de la direction, des chirurgiens, des anesthésistes, et des infirmières. Pour l'instant, la coordination avec les infirmières libérales provenant de différents départements est en cours. Il y a également un projet en cours pour un partenariat avec une clinique privée pour réaliser des examens endoscopiques avant la chirurgie. »

Interview 8 : Pierre Poullain, expérimentateur IPEP

« Bonjour, est-ce que vous pourriez s'il vous plaît vous présenter et présenter votre groupement ?

Bonjour je m'appelle Pierre Poullain, je suis médecin généraliste à 40 ans je suis aussi président du GCS (groupement de coordination sanitaire) des Marines, qu'on a monté exprès pour l'expérimentation IPEP. C'est un groupement qui réunit l'hôpital de proximité de 40 ans, le pôle de santé de La Haye du puits, et le pôle de santé de 40 ans.

Pourquoi avoir intégré l'expérimentation IPEP ?

L'idée d'avoir accepté de rentrer dans cette expérimentation c'était d'explorer des choses qu'on avait envie de faire à plusieurs, face à des difficultés qu'on rencontrait chacun de notre côté, et essayer de mettre en place des choses qui permettent de faire face à ces difficultés. On avait déjà des idées mais on ne trouvait pas la manière de le mettre en place, on discutait d'autres moyens, et l'IPEP est arrivé à un moment opportun qui nous a permis de mettre en place la coordination de parcours pour les patients et puis la médiation en santé qui a bien fait avancer les choses pour le repérage et la prise en charge des patients âgés fragiles.

Quelle place prend l'hôpital de proximité dans votre groupement ?

L'hôpital de proximité fait partie intégrante du GSC dans sa gouvernance et puis dans la prise en charge des patients. Il y a des échanges réguliers et constants pour essayer d'améliorer la prise en charge. L'hôpital de proximité a un rôle dans la promotion de la santé dans le territoire et on échange et essaie de mettre à disposition nos compétences pour permettre qu'on améliore la prise en charge des patients âgés fragiles. Il y a des métiers et donc des compétences que l'on retrouve uniquement à l'hôpital et donc l'IPEP nous permet de d'avoir accès à ces compétences.

Quatre ans après le début de l'expérimentation, quels enseignements en tirez-vous ? Est-ce que vous pouvez notamment décrire les difficultés à rencontrer, les succès obtenus, et nous dire en quoi l'expérimentation IPEP transforme les pratiques ?

Pour commencer avec les difficultés c'est la crise sanitaire au milieu mais qui a été qui a été plus un moteur plus qu'une grande difficulté pour lancer les liens entre les différents partenaires. Les autres difficultés c'est par rapport à la démographie médicale avec départs de collègues médecins, infirmiers. D'où l'importance de s'organiser pour prendre en charge et prendre en soin les tous les patients qui eux ont été de plus en plus nombreux et avec des pathologies de plus en plus complexes. IPEP a ainsi permis de s'organiser et d'essayer de trouver des moyens de répondre à des choses qui étaient très chronophages et avec délégation de ces compétences, du temps qu'on doit passer à essayer de d'organiser le soin, qui est confié à d'autres personnes, ce qui permet de libérer du temps médical et d'avoir une bonne prise en soin des patients. »

Interview 9 : Carole Coquantif, expérimentatrice PEPS

« Bonjour Carole, tout d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter brièvement et décrire votre rôle dans l'expérimentation ?

Je suis infirmière ASaLée. Je travaille au château en santé depuis 2018. Je suis arrivée en tant qu'infirmière azalée bien avant l'expérimentation. Ma fonction azalée fait que j'accompagne des personnes autour de de leur maladie chronique en faisant de l'éducation thérapeutique, notamment autour du diabète. Il y a plusieurs espaces d'écoute et j'anime un groupe de d'activités physiques adaptées : on fait de la marche et des ateliers de relaxation.

L'expérimentation PEPS a elle occasionné des évolutions de pratiques ou d'organisation pour vous en tant qu'Azalée ? Si oui, quels sont les facteurs de succès que vous identifiez ?

Je ne vois pas de fort changement avec l'expérimentation PEPS par rapport à ma pratique. En tout cas, l'organisation des différents salariés du château en santé, depuis sa mise en place. Dans tous les cas, on a un vrai travail d'équipe, on peut être amenés par exemple à faire des co-consultations infirmière-médecin, surtout sur des suivis de patients qui ont des situations complexes. Il y a tout aussi le volet de coordination de parcours des soins aussi qui est mis en avant.

Est-ce que PEPS vous a permis de suivre davantage de patients médecins traitants ?

On a eu effectivement une augmentation de la déclaration des médecins traitants suite à la mise en place du PEPS. Mais cette augmentation vient aussi dans la suite logique de la vie du château en santé, qui a ouvert début 2018 et du suivi de ces personnes qui nous font confiance et qui ont déclaré un médecin traitant. Je pense donc que cette augmentation peut être dû à PEPS mais surtout à l'évolution logique du château en santé depuis sa création.

Est-ce que vous avez pu observer des bénéfices liés à votre intervention pour les patients, par exemple accentué sur la prévention, autonomie du patient, ect ?

Notre manière de travailler s'articule autour du fait de permettre aux personnes concernées d'être vraiment au centre de leurs choix pour leur santé car ce sont les personnes concernées qui sont les plus à même de décider pour elles-mêmes. Effectivement, j'ai l'impression qu'on arrive à permettre aux gens de pouvoir vraiment faire des choix en ayant les différentes informations utiles pour faire

ces choix-là. L'instauration de PEPS nous permet aussi de travailler sur les différents freins qui entravent l'accès à la santé des patients, et ça nous permet aussi d'être un vrai espace d'écoute. »

ANNEXE 3 : ENTRETIENS DE PERSONNES AU SEIN DES ÉQUIPES NATIONALE OU RÉGIONALES DE PILOTAGE DU DISPOSITIF

Entretien 1 : Yannick Le Guen, inspecteur à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), (MESS, 2021)

Quels seraient les axes d'amélioration à envisager pour le déploiement des projets ?

L'administration intègre la complexité administrative. Au départ, nous ne vous demandons pas grand-chose en termes de formalisation, mais nous sommes là pour vous aider à gérer cette complexité administrative, et nous en prenons une bonne partie en charge. Cependant, une fois que cela est dit, il est important de noter que, étant donné que nous traitons de questions liées à la santé, il existe des verrous de sécurité essentiels qui nécessitent du travail. Il est également nécessaire d'établir un modèle économique et un business plan. De plus, il s'agit souvent de groupes d'acteurs pluridisciplinaires et pluriprofessionnels, et chacun d'entre eux peut se retrouver face à des questions de financement et de fonctionnement auxquelles il n'a pas nécessairement de réponses claires. Il est essentiel que tous les acteurs partagent une culture commune sur le fonctionnement des autres, leurs modes d'organisation et de rémunération, et les raisons pour lesquelles ils ne peuvent pas accomplir certaines tâches, etc. Ce processus est long, mais bien sûr, nous cherchons à réduire les délais.

Réflexion autour de la rémunération des porteurs de projets ?

Je ne vais pas entrer dans les détails des modalités de facturation, car le système de facturation habituel ne s'applique pas ici. Cela signifie que nous devons recueillir des informations qui permettront de déterminer une rémunération appropriée pour les porteurs de projets, qui ne soit pas basée sur des éléments tels que la Classification Administrative des Actes Médicaux (CAO), la Dotation Globale de Fonctionnement (DGAP) ou les Groupes Homogènes de Séjours (GHS), etc.

Quel avenir pour les projets ?

Actuellement, aucun projet n'a encore atteint son terme. Après 2022, si les objectifs fixés sont atteints et validés par les différentes institutions régionales et nationales, je ne pense pas qu'on leur dira d'arrêter. Si les projets améliorent réellement la santé de la population et réduisent les coûts, tout en satisfaisant les porteurs de projets, il serait peu probable de mettre fin à ces initiatives.

Quels sont les premiers retours ?

Les retours généraux indiquent que le dispositif a bien fonctionné. Il a répondu à un véritable besoin, en particulier pour les acteurs qui ne souhaitaient pas nécessairement être intermédiés par leur structure de représentation syndicale ou de société savante. De nombreux projets innovants ont été initiés, apportant des solutions à des problématiques auxquelles personne n'avait pensé ou n'osait aborder dans un cadre traditionnel. L'effort de co-construction a été significatif, favorisant l'acculturation, y compris pour les professionnels de santé, quant à la complexité du processus. Ce partage de culture est essentiel pour éviter de simplement blâmer autrui en cas de difficultés. De nombreuses valeurs ont été créées, et des enseignements importants ont été tirés en termes de

posture, de transversalité et d'objectifs de santé publique. Au-delà des aspects financiers, ce qui est essentiel, c'est l'amélioration des pratiques professionnelles et l'efficacité du travail, plutôt que la recherche du profit.

Entretien 2 : Vincent Van Bockstael, conseiller médical parcours maladies chroniques, référent régional projets Article 51 à l'ARS Hauts-de-France (MESS, 2021)

Qui peut être porteurs de projets ?

L'article 51 prévoit que tout professionnel de santé, toute structure, tout prestataire ou toute institution peut être porteur d'un projet article 51 donc c'est très large. Pour autant il n'est pas toujours facile pour un petit porteur d'avoir toute l'organisation nécessaire. En effet, bien qu'il puisse être accompagné, accompagner ne signifie pas « faire à la place de », il faut qu'il y ait une ingénierie de la part du porteur. Cette ingénierie nécessaire de la part du porteur a parfois amené certains petits porteurs à abandonner leur projet assez rapidement devant les difficultés.

De ce fait, les porteurs sont divers mais ce sont majoritairement les centres hospitaliers, les structures du type réseau de santé.

Il y a également les MSP et les CPTS qui cherchent à s'impliquer dans ce dispositif.

Ce qui est intéressant également de remarquer est que, à travers l'article 51, des structures qui n'ont habituellement pas l'habitude de travailler ensemble, là se fédèrent pour mettre en place des projets.

Sur quelles thématiques ?

(...) De manière générale, au niveau régional ce sont quand même des projets qui sont autour d'une pathologie, alors que si on élargit à des projets interrégionaux ou nationaux, on est plus dans des approches plus populationnelles.

Les difficultés rencontrées ?

Parfois il y a un effet d'aubaine. Certains pensent qu'ils vont avoir un financement une subvention via l'article 51. Donc là déjà c'est complètement hors sujet. Le porteur doit s'intéresser à ce que c'est que l'article 51, les différents critères en termes d'efficacité de reproductibilité, d'organisations innovantes, de dérogations financières, ect. Si toutes ces connaissances ne sont pas là, ça ne va pas plus loin. Ça demande une appropriation du sujet qui est quand même assez importante.

Ensuite, le porteur de projet va devoir construire sa lettre d'intention. A ce moment-là, il a un cadrage pour le faire donc généralement ça ne se passe pas trop mal et on peut appuyer un peu.

Mais après, il faut passer à la rédaction du cahier des charges, c'est-à-dire entrer dans le détail des schémas de financement, des forfaitisations éventuelles, des grandes étapes de l'évaluation, ect. Même s'ils seront aidés, il y a quand même des difficultés pour certains porteurs.

Donc nous, à l'ARS, on a imaginé qu'ils puissent être accompagnés par des prestataires. On a fait un marché multi attributaire qui nous permet d'associer si besoin, notamment par rapport au schéma de financement, la désignation d'un prestataire pour accompagner les porteurs. Cet

accompagnement par des prestataires est proposé si besoin. Pour des grosses structures comme les CHU, on n'y fait pas appel. Ainsi, on avance avec eux jusqu'à que le cahier des charges soit validé au niveau national par l'équipe nationale Article 51, avec tout un travail de va-et-vient.

De plus, le niveau national a mis un nouveau dispositif : l'accélérateur. Cet accélérateur est basé sur l'intelligence collective et permet de booster le projet par rapport aux différentes balises identifiées. C'est assez efficace et les porteurs sont très satisfaits de l'aide apportée par cet accélérateur national qui intervient en phases finales.

Quels est l'impact de la crise sanitaire ?

La crise sanitaire a généré de nouvelles façons de travailler, de nouvelle organisation de travail, notamment entre les soins hospitaliers et de ville. Elle a également boosté la télémédecine, ce qui peut s'intégrer dans de nouveaux projets Article 51. Si l'article 51 doit avoir un virage avant de se terminer, c'est certainement celui de ce qu'a apporté la crise sanitaire pour aller beaucoup plus vite vers ces nouvelles organisations. Ce n'était pas forcément possible avant la crise sanitaire, ça l'est peut-être aujourd'hui, donc il y a une vraie réflexion politique et stratégique à avoir autour de cette dimension.

L'avenir du dispositif ?

Quel virage mais aussi quelle fin. Il y a en effet un effet d'entonnoir, c'est-à-dire qu'il y a énormément de projets, et de ce fait des difficultés, au niveau national, à les traiter tous.

De plus, il y en a beaucoup qui arrivent sur des thématiques un peu équivalentes et, même étant fort intéressants, ils sont souvent rejetés parce qu'une autre région a déjà pris la thématique. Donc un enjeu est de savoir comment filtrer tout ça pour en sortir des volets spécifiques qui ont été traités par l'article 51, et qui n'ont pas besoin d'être repris. En effet, si on a déjà 2 ou 3 expérimentations sur un sujet, il n'y en a pas besoin de 5 autres. Donc c'est recanaliser re-sectoriser, un petit peu l'article 51, en faire un point.

Puis il faut aussi imaginer une fin, c'est à dire « dire stop » aux nouveaux projets, pendant que les projets déjà en cours vont continuer à vivre encore pendant 3 à 5 ans jusqu'à leur évaluation.

Entretien 3 : Natacha Lemaire, rapporteuse générale du projet au ministère de la Santé (MESS, 2021)

« Que doit-on retenir du dispositif ?

Ce qu'on doit retenir du dispositif c'est le fait d'être ouvert à tout acteur. Nous sommes dans une démarche partenariale, nous sommes vraiment aux côtés des professionnels pour élaborer et les aider à la mise en œuvre de leurs projets dans une approche collaborative, ce qui est extrêmement important. C'est ce qu'on a appelé le droit à l'erreur. Quand on teste, a priori, tout ne se déroule pas comme prévu, et on va connaître des échecs. Les échecs nous enseignent autant que les réussites. L'innovation, c'est également cela : expérimenter et donc accepter que tout ne puisse pas marcher. En revanche, l'objectif est bien qu'un certain nombre de projets aboutissent, puissent faire la preuve en vie réelle de leur pertinence pour les patients, les professionnels et le système, et que cela puisse alimenter la transformation de notre système de santé. »

ANNEXE 4 : ENTRETIENS DE PORTEURS DE PROJETS

Entretien 1 : Anne Leruste, infirmière Centre de soins Croix Rouge, adhérent Expérimentation EQUIpes d'Infirmières LIBres Responsables et Solidaires (MESS, 2021)

« L'expérimentation ÉQUILIBRE, portée par l'association "Soignants Humains", offre aux infirmiers la possibilité de facturer leurs soins à l'heure, plutôt qu'à l'acte. En effet, la nomenclature actuelle ne prend pas en compte tous les soins relevant du rôle propre du soignant, ce qui entraîne une sélection des soins en fonction de leur rentabilité, voire un refus de soins non facturables.

Je suis coordinatrice du Centre de Soins Marlière Farouche à Tourcoing, et nous avons intégré ce dispositif en novembre 2020. Désormais, l'infirmière ou l'infirmier peut prodiguer tous les types de soins relevant de ses compétences, sans devoir préalablement les sélectionner en fonction de leur facturabilité. Cela permet de recentrer notre attention sur la qualité des prestations, sans ressentir de culpabilité ni de stress. Le dispositif repose sur des principes éthiques solides, ce qui favorise l'épanouissement nécessaire à notre activité. Il est essentiel que les soignants puissent envisager une carrière à long terme, et cela passe par l'amélioration de leur qualité de vie.

ÉQUILIBRE contribue largement à valoriser nos professionnels de la santé. Nos patients, quant à eux, témoignent de l'implication des soignants, car ces derniers sont engagés coûte que coûte. Les infirmiers ont toujours été investis et consciencieux, mais désormais, ils sont reconnus comme un élément essentiel du système de santé.

Les prises en charge par ÉQUILIBRE visent également une autonomisation des patients, et donc une réduction du coût global des soins. »

Entretien 2 : Cyril Gauthier, médecin nutritionniste – EMNO : Espace médical Nutrition et Obésité et Hôpital privé Dijon Bourgogne

« L'expérimentation de l'article 51 répond à un appel à projets du ministère visant à trouver des solutions innovantes dans le domaine de la santé. L'Espace Médical Nutrition Obésité (EMNO) a répondu à cet appel à projet et est devenue la première expérimentation Article 51 sur la nutrition et l'obésité du territoire national parmi plus de 400 projets actuellement en cours.

L'obésité nécessite une prise en charge impliquant des changements d'habitudes et de comportement, mais elle n'est actuellement pas prise en charge de manière adéquate. Les approches actuelles sont principalement axées sur l'éducation thérapeutique, mais elles demeurent trop cloisonnées. Que ce soit dans des établissements de santé gérés par des associations ou dans des cabinets médicaux, elles restent trop segmentées. Cette fragmentation se manifeste par le besoin d'une présence physique du patient et du soignant, ainsi que par l'absence d'un véritable parcours de soins à long terme. De plus, la prise en charge pluridisciplinaire requise pour cette démarche thérapeutique de changement n'est pas encore prise en charge par le système de santé courant, notamment en ce qui concerne les professions telles que les diététiciens et les psychologues, qui ne sont pas encore remboursés par l'Assurance Maladie.

L'EMNO a donc porté cette première expérimentation, introduisant trois innovations majeures. La première innovation concerne le profilage du patient, permettant d'adapter la prise en charge à la

singularité de chaque individu. La deuxième innovation consiste en une forfaitisation du parcours, s'éloignant du système de paiement à l'acte pour offrir une prise en charge globale. La troisième innovation réside dans une approche pédagogique moderne, combinant des séances en personne avec la dématérialisation. Cette approche inclut une plateforme pédagogique en ligne permettant l'accès à des modules éducatifs, ainsi qu'une communauté modérée par un patient expert et une infirmière d'éducation thérapeutique pour favoriser la compréhension et l'apprentissage.

Ces trois innovations visent à répondre aux trois premiers engagements du projet. Le premier objectif est de garantir l'égalité d'accès aux soins, quel que soit le niveau de revenu, car la prise en charge sera financée par le système de santé courant. Le deuxième objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients. Enfin, le troisième objectif est de réaliser des économies dans le système de santé en proposant une prise en charge complète des patients, incluant médecins, diététiciens, psychologues, infirmières, plateforme pédagogique, coordination et évaluation, le tout à un tarif forfaitaire réparti sur cinquante. »

Entretien 3 : Danièle Bader, Présidente de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS) (MESS,2021)

« Bonjour, pouvez-vous vous présenter ?

Je suis Danièle Bader, et je préside la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures médicales.

La CNRMS a deux objectifs principaux. Tout d'abord, elle vise à étendre la pratique des microstructures médicales en créant de nouvelles microstructures et en établissant de nouveaux réseaux. Deuxièmement, elle met un fort accent sur la recherche dans le domaine de la médecine ambulatoire, une sphère que nous nous engageons à soutenir et à développer. Actuellement, il existe très peu de publications concernant le suivi des patients en traitement des addictions, et c'est dans ce contexte que nous nous sommes fortement impliqués dans un projet appelé "l'équipe addict." La CNRMS joue un rôle de soutien et de ressource dans cette initiative, menée par 5 agences régionales de santé en France, qui se concentre sur les problèmes liés aux addictions.

La CNRMS joue un rôle essentiel dans la collecte de données, veillant à ce que toutes les microstructures participantes à cette expérience utilisent le même logiciel de collecte de données. Ces données sont ensuite transmises à un évaluateur externe basé au CHU de Lyon. Nous apportons un soutien et une assistance aussi bien aux acteurs de terrain impliqués dans la création de nouvelles microstructures qu'aux acteurs institutionnels. Nous participons activement aux comités de pilotage régionaux et au comité de pilotage national, agissant comme un lien entre les niveaux national, régional et les acteurs sur le terrain.

Pourquoi avoir choisi d'utiliser l'article 51 ?

Nous cherchions depuis longtemps des moyens d'étendre le système des microstructures tout en assurant son financement durable. Initialement, le financement des microstructures était assuré par le biais d'initiatives régionales et de subventions des ARS. Cependant, les ARS exprimaient à plusieurs reprises leurs préoccupations concernant la diminution de ces fonds. Ils n'étaient pas sûrs de pouvoir continuer à soutenir le système des microstructures. Les expérimentations sous l'article 51 sont donc arrivées à point nommé, nous permettant d'évaluer la possibilité de continuer à financer les microstructures dans le cadre du système de santé standard. Actuellement, les expérimentations impliquent un modèle de financement forfaitaire annuel par patient, que nous testons dans le cadre de l'article 51. Nous évaluons également si les microstructures constituent véritablement une forme de soins locaux répondant aux besoins des patients qui les sollicitent, ainsi que l'efficacité des différents niveaux de coordination établis au cours de ces expérimentations. Si ces évaluations sont positives, nous espérons établir un financement continu pour les microstructures à travers le système de santé standard.

Quel est votre bilan des expérimentations jusqu'à présent ?

Le premier bilan qui a été réalisé, notamment dans la région Occitane, est très positif. Les intervenants à qui nous avons présenté cette nouvelle approche de travail sont très satisfaits. Il s'agit d'un travail multidisciplinaire régulier, avec des réunions éthiques et des réunions de synthèse. Nous collaborons pour élaborer ensemble la stratégie thérapeutique à proposer à chaque patient. De plus, les formations mises en place pour aider les acteurs à comprendre et à mettre en œuvre ce concept ont également reçu un retour positif. »

Entretien 4 : Frédéric Brzozowski, Directeur du pôle Addictologie et Santé, Association la Sauvegarde du Nord (MESS, 2021)

« Je suis Frédéric Brzozowski, et je dirige le pôle Addictologie du pôle Santé au sein de l'Association la Sauvegarde du Nord.

Notre activité dans le domaine de la santé mentale et des addictions comprend l'hébergement, puis l'ambulatoire qui comprend deux principales thématiques : la réduction des risques et le suivi ambulatoire, en particulier à travers les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Dans nos pratiques, nous constatons que même dans le contexte de la réduction des risques, il est important d'aller vers les personnes concernées, de mener des maraudes, de fournir du matériel stérile et de prodiguer des conseils et des informations. Nous avons également établi des partenariats avec d'autres structures telles que les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) pour organiser des consultations et des formations. Cette démarche, que nous appelons "aller vers," vise à faciliter l'accès aux soins et à l'accompagnement.

Lorsque l'opportunité de participer à ces expérimentations dans la région a été présentée, nous avons immédiatement accepté, car il nous semblait évident que l'approche "aller vers" pouvait contribuer à lever certains obstacles, notamment lorsque des professionnels de la santé ou de l'éducation nationale recommandent des services à des personnes qui peuvent faire face à des freins tels que la mobilité, des fragilités psychologiques ou un manque de motivation. Être présent au sein d'un cabinet médical peut faciliter cet accès, car le médecin peut directement orienter la personne vers les services appropriés.

Nous avons également constaté, dans notre pratique habituelle, que lorsque le médecin invite la personne à rencontrer un professionnel de l'équipe au sein du cabinet médical, cela facilite le premier contact et le travail initial. Nous sommes impatients de voir comment cette approche "aller vers" sera intégrée et espérons que cela deviendra une ressource à part entière, jouant un rôle essentiel dans l'accompagnement des personnes.

Cependant, la mise en œuvre pratique de cette approche comporte des défis. La pandémie de Covid-19 a eu un impact significatif sur notre organisation et notre capacité à fonctionner normalement. Bien que nous ayons pu nous adapter à cette situation, il en va différemment pour les cabinets médicaux qui sont encore très sollicités, en particulier pour la vaccination. Il faudra trouver le bon moment pour rétablir pleinement le contact avec les médecins et leur présenter cette nouvelle approche. Les médecins sont actuellement très occupés et il faudra également trouver une solution pour gérer les horaires et la flexibilité, car tout le monde ne peut pas travailler à temps plein. Enfin, il est essentiel de s'interroger sur la question du financement, car notre organisation est financée de manière différente de celle des cabinets médicaux.

Dans l'ensemble, la mise en œuvre de cette approche "aller vers" présente des avantages indéniables pour les personnes que nous accompagnons et pour les médecins. Cependant, elle soulève des questions budgétaires, de ressources humaines et de coordination. L'objectif ultime est d'offrir une solution efficace pour répondre aux besoins des patients et des professionnels de la santé, tout en surmontant les obstacles pratiques liés à cette démarche novatrice. »

ANNEXE 5 : ENTRETIENS DE PATIENTS AYANT BÉNÉFICIÉ DES PROJETS

Témoignages 1 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "Équilibres" (MESS, 2021)

« Depuis que nous avons fait appel à vos services, les infirmières sont très ponctuelles et professionnelles. Elles n'hésitent pas à consacrer le temps nécessaire, voire à dépasser ce temps, pour prodiguer des soins à mon mari. Elles répondent pleinement à nos attentes. (...) Elles prennent le temps nécessaire et restent en cas de problème. »

Témoignages 2 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "EMNO"¹³³

Cécile et Sébastien* ont participé au parcours du projet EMNO, un parcours médico-éducatif de prise en charge de l'obésité, pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé. Ils témoignent ...

« C'est une prise en charge globale, on voit non seulement le médecin, mais plusieurs corps de métiers : la diététicienne, l'infirmière, la psychologue. On est pris en charge sur plusieurs angles et tout se passe au même lieu. On a un accès facilité à tous ces professionnels et on se sent écouté et soutenu.

On se sent au cœur du sujet, impliqué et on « fait ensemble ». De plus, à travers la plateforme pédagogique EMNo_line j'apprends plein de choses, et quand j'ai besoin d'une information j'y ai accès tout de suite. Ça m'aide aussi à me libérer des préjugés. Ça impacte positivement ma vie quotidienne, les loisirs, la vie professionnelle. J'ai une seconde vie. C'est totalement différent de ce que j'ai déjà vécu auparavant ». Propos recueillis le 15/10/2020

« Je suis prise en charge par des professionnels qui travaillent vraiment en équipe, qui connaissent mon dossier. Je ne suis pas obligée de tout répéter et raconter tout à nouveau. C'est une approche unique, dans une relation de confiance avec le patient, il n'y a pas de jugement. (...) En plus de la perte de poids, je sens que c'est une progression régulière, avec un impact positif notamment psychologique, je me sens plus confiante, moins culpabilisée.

Les modules pédagogiques sont très utiles et en complément des explications de l'équipe médicale, c'est une aide à mieux comprendre le fonctionnement de notre corps. Le forum des patients est un espace de partage d'expériences qui est encore une autre source de dialogue, différente des échanges avec les professionnels de l'équipe qui sont très disponibles (on peut les avoir au téléphone, leur laisser un message, et ils nous répondent souvent en 24h).

J'habite à 80 km du centre EMNO et mes Rdv sont calés pour que je puisse voir les différents professionnels en un seul déplacement. Je trouve cela important et agréable ». Propos recueillis le 15/10/2020

* Les prénoms ont été modifiés

¹³³ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

Témoignages 3 : Patients bénéficiaires du dispositif Article 51 Projet "Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel"¹³⁴

Camille, 40 ans « C'est ma première grossesse et en cette période de Covid-19, ce suivi à distance correspondait à ce que je souhaitais. C'était une bonne expérience. L'application est simple et facile d'utilisation. J'ai apprécié ne pas avoir à me déplacer, la possibilité d'envoyer des messages et d'avoir des réponses rapides avec des consignes sur les ajustements à faire quand ma glycémie était haute. Je me suis sentie rassurée, car l'équipe était aussi présente que si le suivi était fait en présentiel. ».
Propos recueillis le 23/10/2020

Marie, 34 ans,

« C'est ma deuxième grossesse et la première avec un diabète gestationnel qui est une situation contraignante à gérer.

J'ai trouvé cette façon de faire le suivi à distance confortable et rassurante, d'autant plus en cette période de Covid-19 où je voulais éviter trop de déplacements et des contacts à l'hôpital. L'équipe qui me suit est très réactive, je leur passe un message et j'ai une réponse très rapidement.

L'application est facile à utiliser, je rentre mes données et l'équipe peut les voir et si besoin, l'infirmière me contacte rapidement pour ajuster mon alimentation par exemple. Le rythme de suivi est variable en fonction de mes besoins. Si je suis bien équilibrée, les contacts sont plus espacés.

La plateforme propose aussi des informations où j'apprends sur le diabète gestationnel et sur l'alimentation.

Si je peux résumer, c'est un accès facilité à l'équipe soignante et une réactivité très appréciables. ». Propos recueillis le 23/10/2020

*Les prénoms et les âges ont été modifiés

¹³⁴ Ministère de la santé. (2020). Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé.

Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/article_51_rapport_au_parlement_2020.pdf?fbclid=IwAR3alkCQ5Z_AVZepMgin-

BIBLIOGRAPHIE

Arhne G., Brunson N. (2008). *Meta-Organizations*. Edward Elgar Publishing, London.

Aubouin N., Capdevilla I. (2019). « La gestion des communautés de connaissances au sein des espaces de créativité et innovation : une variété de logiques de collaboration ». *Innovations*, n°58, p.105-134.

Bérard C. (2014). Les démarches décisionnelles incrémentales dans les systèmes complexes : Le cas des politiques publiques dans le système de la propriété intellectuelle. *Revue Management international*, Volume 18, numéro 2, hiver 2014, p. 140–154. <https://doi.org/10.7202/1024199ar>

Bloch C., Bugge M.M. (2013). “Public Sector Innovation: From Theory to Measurement”. *Structural Change and Economic Dynamics*, vol.27, p.133-145.

Boukamel O., Emery Y. (2018). « Les freins culturels à l’innovation dans l’administration publique : Spécificités helvétiques ». *Gestion et Management Public*, vol.6, n°4.

Boukamel O., Emery Y. (2019). « Les treize postulats de l’innovation publique : identification et discussion dans le champ de la santé », *Innovations*, vol.3, n°3, p.15-41.

Bourgueil Y. (2017). L’innovation organisationnelle, un processus d’apprentissage au service de la transformation du système de santé ? *Santé publique* volume 29 / N°6 nov. Dec. 2017, p. 777 - 779. DOI 10.3917/spub.176.0777.

Brown J.S, Duguid P. (1991). “Organizational Learning and Communities-of-Practice: Toward a Unified View of Working, Learning and Innovation”. *Organization Science*, vol.2, n°1, p.40-57.

Bras P.L. (2020). « La rémunération des médecins à la performance : efficacité clinique ou efficacité symbolique ? ». *Les tribunes de la santé*, p.61-77.

Bricard D., Or Z., Penneau A. (2020). *Évaluation d’impact de l’expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)*. Rapport final.

Buzin A. (2018). Expérimentations innovantes en santé. Mise en œuvre du dispositif en 2018. Rapport au conseil stratégique. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_conseil_strategique_article51_081018.pdf

Cassou M., Mousquès J. et Franc C. (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». *Questions d’économie de la santé*, 258, p.1-7.

Capdevila I. (2016). « Une typologie d’espaces ouverts d’innovation basée sur les différents modes d’innovation et motivations à la participation ». *Gestion 2000*, vol.33, n°4, p.93-116.

Chesbrough H.W. (2003). *Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology*. Harvard Business Press.

Chesbrough H.W, West J., Vanhaverbeke W. (2006). *Open Innovation: Researching a New Paradigm*. Oxford University Press.

Christensen C.M. (1997). "The Innovator's Dilemma: When New Technologies Cause Great Firms to Fail". Harvard Business School Press.

Cohendet P., Simon L., Sarazin B. (2017). Chapitre 1. *Synthèse des théories sur les communautés d'innovation*. Benoît Sarazin édition. Les communautés d'innovation : De la liberté créatrice à l'innovation organisée, p. 13-34.

Conseil d'État. (2019). « Les expérimentations : comment innover dans la conduite des politiques publiques ? ». La Documentation française, p.13. <https://www.vie-publique.fr/catalogue/270979-les-experimentations-comment-innover-dans-la-conduite-des-politiques-publiques>

Cour des comptes. (2015), L'hospitalisation à domicile : évolutions récentes, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale de l'Assemblée nationale.

Debrosse D., Perrin A., Vallencien G. (2003). Projet HOPITAL 2007 Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale ». https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/034000153.pdf

Delbeau L. (2020). L'open-innovation pour transformer le système de santé : L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 Exemples de projets innovants et premiers enseignements. <http://thesesante.ups-tlse.fr/3340/1/2020TOU32027.pdf>

Dezest C. (2023). Quel management de projet pour la mise en œuvre de projets innovants dans le cadre du dispositif article 51 de la LFSS 2018?. *Gestion et management*. Université de Pau et des Pays de l'Adour.

Dourgnon P., Naiditch M. (2010). "The Preferred Doctor Scheme: a Political Reading of a French Experiment of Gate-keeping". *Health Policy* (Amsterdam, Pays-Bas), p.129–134.

Espace social Européen. (2022). Podcast espace social. « PARLONS-EN ! SPÉCIAL ARTICLE 51 – AVEC NATACHA Lemaire ET LE DR. AYDEN Tajahmady ». Disponible sur : <https://www.espace-social.com/parlons-en-special-article-51/#>

Frimousse S., Peretti J. (2022). L'innovation managériale dans les organisations publiques. *Question(s) de management*, 39, p.147-206.

Godin B. (2015). *Innovation: A Conceptual History of an Anonymous Concept*, Working Paper. Project on the Intellectual History of Innovation.

Gomel B., Méda D., Serverin E. (2017). « 7. RMI, RSA : projets politiques et performances sociales », dans *Protection sociale : le savant et la politique*. La Découverte, p. 179–193.

Greenhalgh et al. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x>

Grosjean S., Bonneville L., Marrast P. (2019). « Innovation en santé conduite par les médecins et infirmières : l'approche du design participatif à l'hôpital ». *Innovations*, n°60, p.69-92.

Head B.W., Alford J. (2015). "Wicked Problems Implications for Public Policy and Management". *Administration & Society*, vol.47, n°6, p.711-739.

Inserm. (2021). Covid-19 : Le lourd impact de l'épidémie sur la santé mentale des étudiants, notamment pendant les périodes de confinements. <https://presse.inserm.fr/Covid-19-le-lourd-impact-de-lepidemie-sur-la-sante-mentale-des-etudiants-notamment-pendant-les-periodes-de-confinements/44052/>

IRDES. (2022). Soutenabilité et résilience du système de santé français
Zeynep Or (Irdes) Coralie Gandré (Irdes) George Wharton (LSE)
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/088-soutenabilite-et-resilience-du-systeme-de-sante-francais.pdf>

IRDES, SciencesPo. (2023). Déroger pour transformer ? Les expérimentations et leurs usages : une montée en puissance dans les politiques publiques en France.
<https://www.irdes.fr/presse/communiques/Appel-a-com-deroger-pour-transformer-23-mai-2023.pdf>

Jany-Catrice F. (2020). « A Political Economy of Performance Measurements », *Social work & society*.

Jorgensen T.B. (2007). "Public Values, Their Nature, Stability and Change: The Case of Denmark", *Public Administration Quarterly*, vol.3, n°4, p.365-398

Kletz F., Marcellin O. (2019). « L'innovation avec le patient : un renouvellement par le design organisationnel ». *Innovations*, n°60, p.93-120.

Le Menn, J., Milon A. (2012). « Refonder la tarification hospitalière au service du patient ». Rapport d'information n° 703 (2011-2012), déposé le 25 juillet 2012. Sénat. http://www.senat.fr/rap/r11-703/r11-703_mono.html#toc2

Le Monde. (2023). Emmanuel Macron annonce un plan pour sortir le système de santé d'une « crise sans fin ». https://www.lemonde.fr/sante/article/2023/01/06/emmanuel-macron-annonce-un-plan-pour-sortir-le-systeme-de-sante-d-une-crise-sans-fin_6156883_1651302.html

Lemaire N. (2023). Avis du Comité technique et du Conseil stratégique de l'innovation en santé sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « dépistage et diagnostic des problèmes de santé bucco dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du département du Cher en utilisant les outils de télémédecine ». Septembre 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20230908_avis_csis_et_ctis_fin_xp_gh_t_cher.pdf

Lemaire N. (2023a). Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur l'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) ». Mars 2023.
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cssac_avis_ctis_030323.pdf

Lemaire N. (2023b). Avis actualisé du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques. Juillet 2023. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/230728_avis_ctis_sll.pdf

Loilier, M., Tellier, A. (1999). *La gestion de l'innovation*. Paris: Dunod.

Maillard C. (2019). Sciences Po. Tribunes de la santé. https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/2019_CM4-Tribune%20Santé%20article%2051.pdf

Master MESS. (2021). "Article 51". <https://www.youtube.com/watch?v=c-Rq68TeZqE>

Morize N., Schlegel V. (2023). "Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? ». IRDES. <https://www.irdes.fr/recherche/2023/qes-275-les-usages-des-financements-experimentaux-ipep-et-peps-dans-5-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp.html>

Nonaka I., Takeuchi P. (1997). *La connaissance créatrice*. De Boeck Université.

Nolte E. (2018). How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread? WHO, European Observatory.

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-do-we-ensure-that-innovation-in-health-service-delivery-and-organization-is-implemented-sustained-and-spread>

Ologeanu-Taddei R., Gauche K., Morquin D., Bourret R. (2015). « La capacité d'appropriation, une capacité organisationnelle immatérielle négligée dans l'adoption des systèmes d'information et de gestion ». *Innovations*, vol.47, n°2, p.79- 100.

OMS. (2018). *Continuity and Coordination of Care: a Practice Brief to Support Implementation of the WHO Framework on Integrated People-centred Health Services*. Organisation mondiale de la santé.

Rachet-Jacquet L., Rochaix L., Sanchez M-A. (2017). Revue de littérature en vue de l'expérimentation d'un nouveau mode de tarification à l'hôpital : le paiement à l'épisode de soins. *Hospital innovation economics*.

Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th edition). New York: The Free Press.

Santé publique France. (2022). Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>

Schoen C., Osborn R., Doty M., Squires D., Peugh J. (2009). *A Survey of Primary Care Physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, and Experiences*. Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/journal-article/2009/nov/survey-primary-care-physicians-11-countries-2009-perspectives>

Schumpeter J. A. (1934). *The theory of economic development: An inquiry into the forces which shape capitalist society*. Harvard University Press.

Serverin E., Gomel B. (2012). « L'expérimentation des politiques publiques dans tous ses états : Innovations et expérimentations sociales », *Informations sociales*, 174, p. 128–137.

Véran O. (2017). *Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé*. Rapport à la ministre des Affaires sociales et de la santé.

Wenger E. (1998). *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, Cambridge.

Westley F., Andatze N., Riddel I., Robinson K., Geobey S. (2014). "Five configurations for Scaling Up Social Innovation: Case Examples of Nonprofit organization From Canada". *The Journal of Applied Behavioral Science*, vol.50, n°3, p.324-260.

L'article 51 de la LFSS 2018, un dispositif innovant de transformation du système de santé Quel bilan ?

RESUME :

Le système de santé français fait face à des défis importants tels que le vieillissement de la population, le manque de professionnels de santé et le coût croissant des soins, nécessitant une refonte pour plus d'efficacité et d'accessibilité. L'article 51 de la LFSS 2018 introduit un dispositif innovant permettant à tous les acteurs de santé, dont les pharmaciens, de proposer des expérimentations de nouveaux modes d'organisation et de financement. En cinq ans, plus de 1 000 projets ont été déposés, avec plus de 100 autorisés pour expérimentation, impliquant plus d'un million de patients et plus de 500 millions d'euros engagés. Les résultats sont globalement positifs, améliorant l'accessibilité et la coordination des soins ainsi que les pratiques professionnelles, malgré les difficultés administratives et de compréhension du dispositif. La pandémie de Covid-19 a eu un impact mitigé, ralentissant certaines expérimentations mais accélérant l'utilisation de la télésurveillance. Les impacts positifs justifient l'inclusion de ce cadre dans le projet de loi de la LFSS 2024 pour accompagner la généralisation des expérimentations.

MOTS-CLES : innovation, santé, système de santé, santé publique, financement, organisation des soins, pluriprofessionnalité, expérimentations

Article 51 of the LFSS 2018, an innovative mechanism for transforming the healthcare system What are the outcomes?

SUMMARY:

The French healthcare system is facing major challenges such as an aging population, a shortage of healthcare professionals and the rising cost of care, necessitating an overhaul for greater efficiency and accessibility. Article 51 of the LFSS 2018 introduces an innovative mechanism enabling all healthcare stakeholders, including pharmacists, to propose experiments in new modes of organization and financing. In five years, more than 1,000 projects have been submitted, with over 100 authorized for experimentation, involving over a million patients and more than 500 million euros committed. The results have been positive overall, improving access to and coordination of care, as well as professional practices, despite administrative difficulties and difficulties in understanding the system. The Covid-19 pandemic had a mixed impact, slowing down certain experiments but accelerating the use of remote monitoring. The positive impacts justify the inclusion of this framework in the LFSS 2024 bill to accompany the generalization of the experiments.

KEYWORDS: innovation, health, health system, public health, financing, care organization, pluriprofessionalism, experimentation

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE : Faculté des Sciences pharmaceutiques. 35, chemin des maraichers, 31062 Toulouse Cedex 09

DIRECTEUR DE THESE : Pr TABOULET Florence

DATE DE LA SOUTENANCE : Mardi 9 juillet 2024

AUTEUR : HAMIDALLAH Dina
