

# INTRODUCTION

Dans la continuité de 2020, l'année écoulée reste marquée par la crise sanitaire. Cela a quelque peu freiné les expérimentations de l'Article 51 sans toutefois les stopper. 103 expérimentations sont aujourd'hui autorisées ou en cours d'autorisation, et bénéficieront à plus d'un million de patients. Le dispositif continue sa montée en charge, les besoins ayant été souvent confirmés par la crise sanitaire. Surtout, pour la première fois, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour l'année à venir prévoit la généralisation d'expérimentations.

Majoritairement issus des acteurs de terrain, les projets Article 51 répondent à un certain nombre de problématiques du système de santé, qui se sont trouvées exacerbées par la crise. Il n'est donc pas étonnant de constater que les thématiques traitées dans les expérimentations et celles révélées par la crise concordent. C'est par exemple le cas du recours au télésoin, des évolutions de financement ou de l'accès aux soins psychologiques.

La dérogation aux règles existantes, un des fondements de l'Article 51, aurait pu être bousculée par les nombreuses exceptions et les régimes dérogatoires autorisés pendant la crise. L'originalité du dispositif s'avère toutefois ne pas reposer seulement sur ce caractère dérogatoire mais également sur l'accompagnement et l'ingénierie associés. **L'engagement du collectif dédié au fonctionnement et à l'accompagnement** constitue un des facteurs clés du succès du dispositif et a contribué à permettre aux acteurs de porter des projets malgré la crise.

Les équipes ont su se réinventer en proposant un **accompagnement renforcé** et en faisant preuve d'une vigilance accrue sur les points les plus délicats et susceptibles d'enrayer la bonne marche des projets. La force du collectif reste un élément déterminant pour faire face aux difficultés. Cette année, ce rapport vise particulièrement à mettre en lumière cette **dimension collaborative** et à valoriser le travail de toutes les personnes permettant au dispositif de fonctionner : porteurs de projets, équipes du ministère, de l'Assurance Maladie, des agences régionales de santé...

Par nature expérimentale, la démarche de l'Article 51 emporte aussi quelques tâtonnements. La montée en charge attendue n'est pas toujours au rendez-vous et l'impact de la crise sanitaire n'en est pas la seule cause, le rythme des inclusions et le régime de croisière sont ainsi souvent surestimés.

Le besoin en système d'informations (SI) peut s'avérer un frein majeur de la mise en œuvre des projets. Les défis de construction d'un SI robuste et efficace révèlent en creux deux enjeux majeurs : celui de la **numérisation du système de la santé**, et le changement de pratiques que cela induit, mais également une **culture de l'évaluation** insuffisante en France. Ainsi, si certaines problématiques, comme la complexité du processus de conception des projets et l'hétérogénéité des projets accompagnés, sont inhérentes au dispositif, ces autres problématiques préexistent et sont également rencontrées.

La continuité du soutien financier illustre également **l'intérêt renouvelé du législateur** dans ce dispositif : le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) a bénéficié en 2021 d'un budget de 102 millions d'euros alors qu'il était de 30 millions en 2019.

L'année 2021 est clé dans le devenir de l'Article 51 avec les premières conclusions d'expérimentations qui permettront de disposer d'une vue d'ensemble sur un cycle complet de projets. Sept expérimentations ont une échéance initiale fin 2021. La généralisation et son accompagnement constituent l'enjeu clé de cette fin de cycle et seront constitutives de la capacité du dispositif à tenir ses promesses.

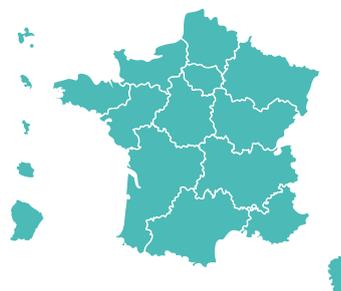
L'Article 51, particulièrement en cette période de crise sanitaire, est un excellent **révéléateur des problématiques inhérentes à notre système de santé**. Le dispositif met également en lumière **l'importance de l'accompagnement au changement dans la conduite des réformes et des politiques publiques**.

# LES CHIFFRES-CLÉS DU 51 2021

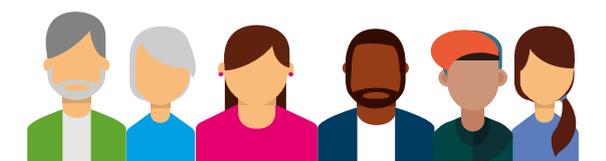
---



**103 projets autorisés ou en cours d'autorisation** fin septembre 2021 couvrant la quasi-totalité du territoire français



**3 projets autorisés sur 5** ont un périmètre régional



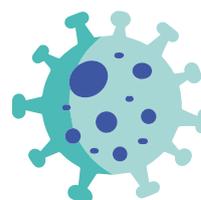
**60 expérimentations** ont démarré au 15 septembre 2021



**460 M€** de dépenses autorisées depuis la création du dispositif



**22 projets autorisés** prenant en compte la télésanté



**Plus de la moitié des projets déposés** ciblent une pathologie chronique



**Plus d'1 million** de patients concernés



**80 % des expérimentations** portent sur des prises en charge réalisées en ville

# SOMMAIRE



## INTRODUCTION

## LES CHIFFRES-CLÉS DU 51 2021

# 1

<b>L'APERÇU GÉNÉRAL PAR... LA RAPPORTEURE GÉNÉRALE ET SON EQUIPE</b>	<b>7</b>
<b>UN FLÉCHISSEMENT DES PROJETS DÉPOSÉS</b>	<b>8</b>
<b>Cartographie des projets déposés</b>	<b>8</b>
<b>Portrait-robot des 570 projets recevables</b>	<b>9</b>
Statut des porteurs de projet	9
Secteur de déploiement	9
Approche populationnelle des projets	10
<b>PROJETS AUTORISÉS : LA DYNAMIQUE SE POURSUIT</b>	<b>11</b>
<b>Évolution 2021</b>	<b>11</b>
<b>Portrait-robot des projets autorisés</b>	<b>11</b>
Prises en charge traitées par les expérimentations	11
Pour aller plus loin... FOCUS prise en charge du Cancer	12
Les approches populationnelles des expérimentations autorisées	14
Pour aller plus loin... FOCUS handicap	14
Statut du porteur des expérimentations autorisées	16
Place de la prévention dans les expérimentations	16
Des engagements financiers croissants	17
De nombreux patients concernés	19
Pour aller plus loin... FOCUS patient acteur	20
Secteurs de déploiement	24
Pour aller plus loin... FOCUS Ville/hôpital	24
Pour aller plus loin... FOCUS Soins de suite et de réadaptation	27
Des durées d'expérimentation stables	29
Des dérogations mobilisées principalement financières	30
Une adaptation au fil de l'eau	30
<b>LE DÉFI DU DÉPLOIEMENT EN PERIODE DE CRISE</b>	<b>31</b>
<b>Mise en œuvre et démarrage des expérimentations</b>	<b>31</b>
<b>Impact de la crise de la Covid-19</b>	<b>32</b>



# 2

## L'ARTICLE 51 ...

37

### ... VU PAR LES PORTEURS DE PROJETS

38

Ce que l'on peut retenir des premiers rapports d'étape des porteurs de projets

38

Des nouvelles de PEPS, IPEP et EDS

42

Une année décisive pour PEPS

42

L'inscription d'IPEP dans les territoires et la mobilisation des acteurs

44

Des travaux fortement impactés par la crise de la Covid-19 pour EDS

46

### ... VU PAR LES ARS/DCGDR

49

Une dynamique touchant la quasi-totalité des territoires

49

Plongée au cœur des ARS

50

Le 51 en région Occitanie

50

Le 51 en région Auvergne-Rhône-Alpes

51

Un duo ARS/DCGDR de choc en Grand Est !

52

### ... VU D'AILLEURS

55

En 2021, la presse parle toujours de l'Article 51

55

Retours d'expérience internationaux

56

Le regard du printemps social de l'évaluation 2021

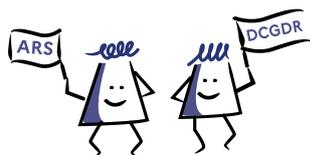
58

Temps forts du conseil stratégique

59

Des échanges privilégiés avec les porteurs

61



# 3

## IMMERSION DANS LES COULISSES...

65

### ... DE L'ÉVALUATION

66

Un fonctionnement réfléchi qui s'adapte aux enjeux de l'Article 51

67

Une optimisation nécessaire pour faire face à l'augmentation de la charge de travail

68

L'évaluation, véritable atout pour la transformation du système de santé

69

### ... DE L'ACCÉLÉRATEUR

70

### ... DE LA SEMAINE NATIONALE DES PORTEURS ET DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUES

72

Le grand rendez-vous annuel des expérimentations

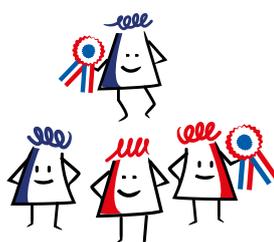
72

L'émergence d'une communauté de pratique

73

Vécu des participants

74



<b>... DES SYSTÈMES D'INFORMATION</b>	<b>75</b>
Un cadre national et régional dans lequel doivent s'insérer les projets de l'Article 51	75
Des expérimentations Article 51 inspirantes	76
Les SI vus par les porteurs de projet	77
Quelle perspective pour la suite ?	77
<b>... D'UN GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL</b>	<b>78</b>
Relatif à la valorisation financière et à l'évolution des modalités de rémunération des coordinations	78
Tentative de typologie des coordinations existantes	78
<b>... DES ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE DE MODÈLE DE FINANCEMENT</b>	<b>81</b>
Le développement des parts variables : panorama	81
Les parts variables, un concept polysémique ?	81
Les parts variables en pratique dans l'Article 51	82
Capitalisation autour des modèles de financement : le travail initié sur les crédits d'amorçage et d'ingénierie	85
Une définition plus claire des crédits d'amorçage et d'ingénierie	86
Un travail conjoint ARS/national pour identifier les postes de dépenses principaux	86
<b>... DE LA FACTURATION</b>	<b>87</b>
Retour d'expérience sur l'ensemble des projets autorisés	87
Comment l'ATIH participe aux travaux et fait évoluer sa pratique au contact des expérimentations Article 51 ?	89
Un appui entre accompagnement collaboratif et apport d'expertise	89
Des collaborations institutionnelles renforcées et un rapprochement des acteurs de terrain	91
Les perspectives du partenariat A51/ATIH	91



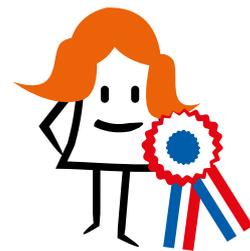
# 4

<b>ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES</b>	<b>93</b>
<b>ÉCHÉANCE DES EXPÉRIMENTATIONS</b>	<b>94</b>
Le prévisionnel des échéances des expérimentations 2021, 2022, 2023	94
Les 7 expérimentations ayant une échéance initiale en 2021	94
Les expérimentations prolongées	95
Les expérimentations dont le cadre de généralisation est proposé dans le PLFSS 2022	96
Les expérimentations dont l'issue reste à déterminer	98
Les expérimentations se terminant en 2022	98
Le besoin d'une période transitoire dans l'attente de la mise en œuvre des mesures de généralisation	99

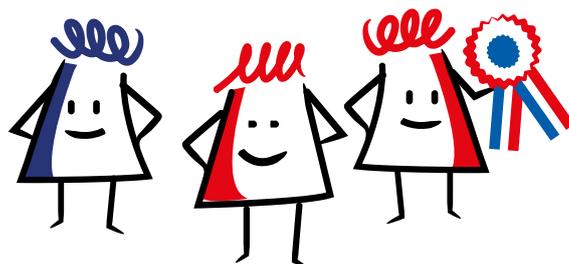
<b>EXPÉRIMENTATIONS ET RÉFORMES : UN ENRICHISSEMENT MUTUEL</b>	<b>100</b>
<b>Perspectives pour les expérimentations 51 traitant de la santé mentale et de la psychiatrie</b>	<b>100</b>
Mesures Ségur et mesures d'urgence	100
Initiatives institutionnelles avant la crise	101
<b>Perspectives pour les expérimentations 51 mobilisant la télésurveillance</b>	<b>105</b>
<b>FOCUS Outils numériques, produits de santé et télésanté</b>	<b>105</b>
Les différents usages des outils numériques dans l'Article 51	107
Panorama des projets autorisés télésurveillance	110
<b>Réforme des protocoles de coopération et Article 51 : regards croisés pour promouvoir les coopérations interprofessionnelles</b>	<b>112</b>
Inspiration	112
Harmonisation, complémentarité et articulation des démarches	113
Facilitation et simplification	114
<b>DISPOSITIF CIBLE ET DIMENSIONNEMENT</b>	<b>115</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>116</b>
<b>GLOSSAIRE</b>	<b>117</b>
<b>ANNEXE 1 – Personnes interviewées – Galaxie 51</b>	<b>120</b>
<b>ANNEXE 2 – Lien des projets avec les priorités ministérielles</b>	<b>122</b>
<b>ANNEXE 3 – Ce qui ressort des rencontres entre les membres du Conseil stratégique et les porteurs de projets</b>	<b>129</b>
<b>ANNEXE 4 – Détails des projets concernés par le Focus cancer</b>	<b>133</b>
<b>ANNEXE 5 – Descriptif des outils numériques par les porteurs dans le cadre de l'enquête numérique</b>	<b>135</b>
<b>ANNEXE 6 – Liste des figures</b>	<b>136</b>

1

# L'APERÇU GÉNÉRAL PAR ...



**LA RAPPORTEURE GÉNÉRALE  
ET SON ÉQUIPE**





# UN FLÉCHISSEMENT DU NOMBRE DE PROJETS DÉPOSÉS

## Cartographie des projets déposés

Après trois ans d'existence du dispositif, le nombre de projets déposés sur les plateformes régionales et nationale de l'Article 51 approche le millier.

Parmi ces 967 projets<sup>1</sup>, attentivement examinés par les équipes, plus de la moitié ont été jugés recevables.

### 967 PROJETS DÉPOSÉS DEPUIS 2018



Figure 1 • État d'instruction des 967 projets Article 51 déposés depuis 2018

Les projets en cours d'instruction représentent 22 % de l'ensemble des projets déposés depuis 2018 alors qu'ils constituaient 32 % des projets du rapport au Parlement 2020. Cette évolution est en partie le résultat des efforts pour améliorer les délais de réponse et le processus d'instruction.

157 nouveaux projets ont été déposés depuis le dernier rapport au Parlement. Cela correspond à une diminution de moitié par rapport à la période 2019-2020 (293 projets déposés).

Un ralentissement, probablement en lien avec la période de crise, toutefois l'engouement persiste pour le dispositif.

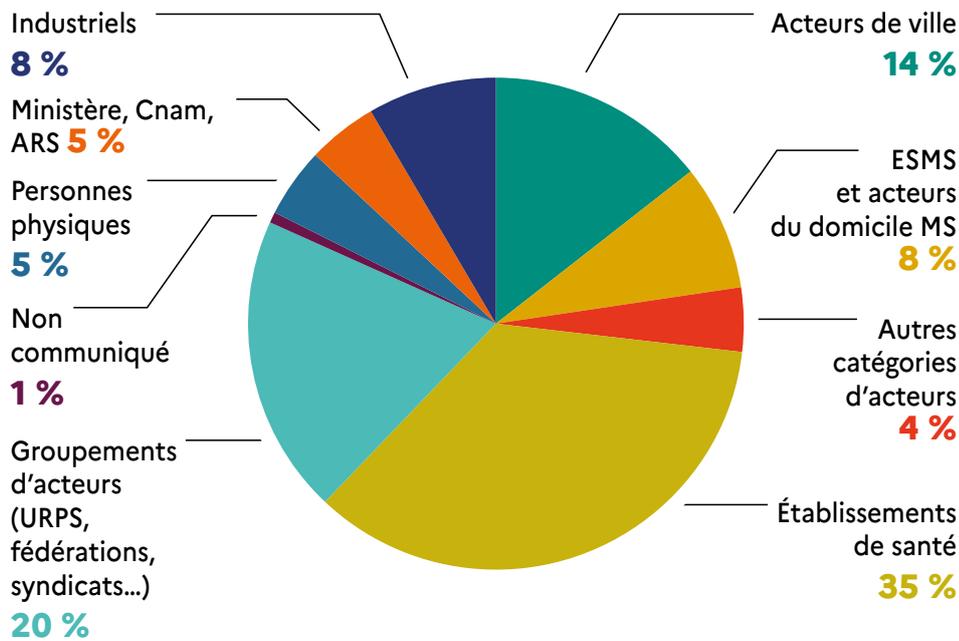
<sup>1</sup> Sans les trois expérimentations réintégrées au dispositif en 2018 (Paerpa, Écoute'Moi, MRTC).

<sup>2</sup> Projets régionaux/nationaux réintégrés à un projet Article 51 national/régional.



## Portrait-robot des 570 projets recevables

### STATUT DES PORTEURS DE PROJET

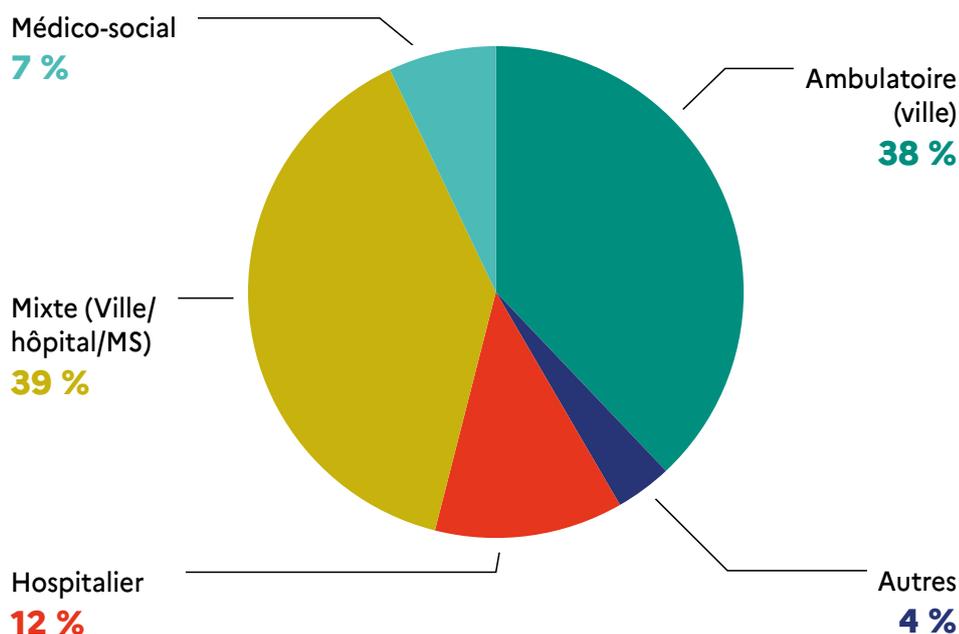


Le profil des porteurs de projets reste stable avec quelques évolutions notables :

- un portage des projets par les acteurs de ville accru (+2 points) ; parmi les nouveaux projets recevables en 2021, plus d'1/3 sont en effet portés par des acteurs de ville ;
- les établissements de santé et les établissements médico-sociaux quant à eux connaissent une baisse de 1 point par rapport au rapport 2020.

Figure 2 - Statut des porteurs des 570 projets recevables

### SECTEUR DE DÉPLOIEMENT



L'engagement plus marqué de la médecine de ville se reflète sur les secteurs de déploiement des projets.

À noter cette année, par rapport à l'édition 2020, + 4 points des projets déposés concernent la prise en charge en ville ; la moitié des nouveaux projets recevables se déploie uniquement en ville.

Figure 3 - Secteurs de déploiement des 570 projets recevables



## APPROCHE POPULATIONNELLE DES PROJETS

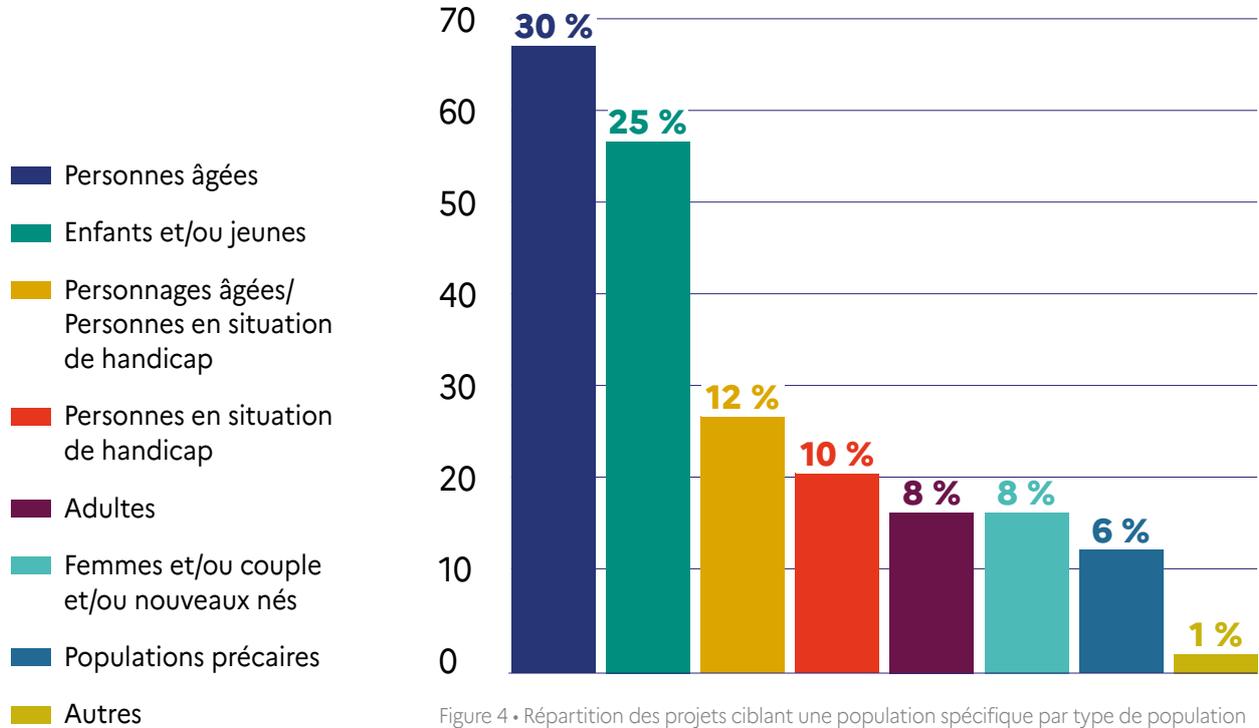


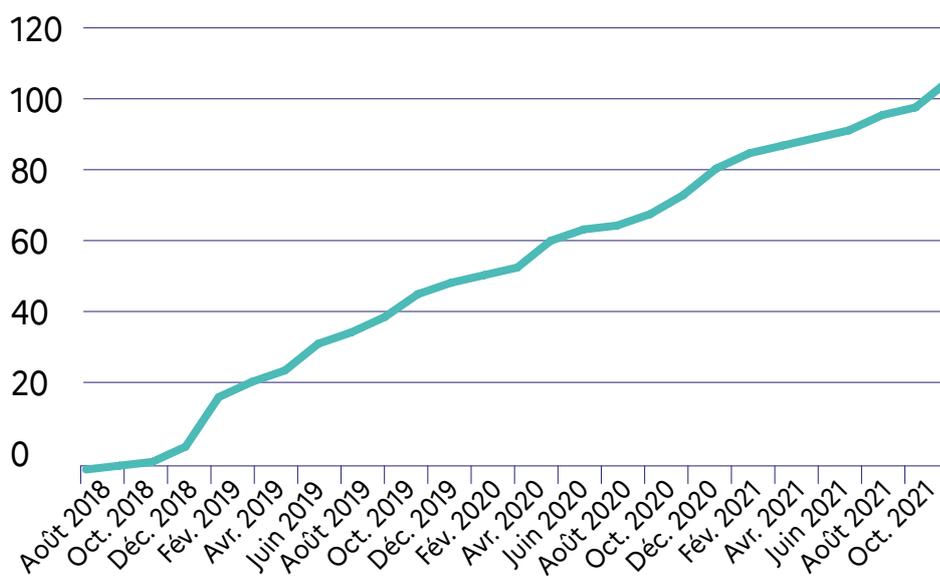
Figure 4 • Répartition des projets ciblant une population spécifique par type de population

Sur les 570 projets recevables, **2 projets sur 5** ciblent une population spécifique. Une part notable de ces projets (2/3) concerne la prise en charge des vulnérabilités liées aux âges extrêmes de la vie.



# PROJETS AUTORISÉS : LA DYNAMIQUE SE POURSUIT

## Évolution 2021



**103**

projets ont été autorisés  
depuis 2018,

dont **32**

depuis le dernier rapport  
au Parlement.

**60 %**

de ces projets sont  
d'initiative régionale.

Figure 5 • Nombre de projets autorisés depuis 2018

## Portrait-robot des projets autorisés

### PRISES EN CHARGE TRAITÉES PAR LES EXPÉRIMENTATIONS

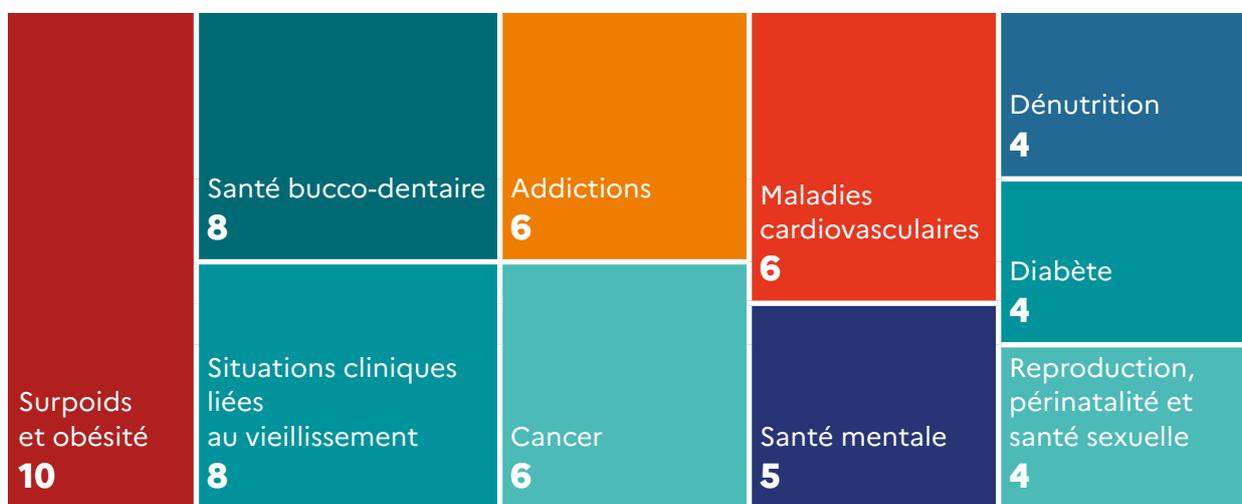


Figure 6 • Principales prises en charge ciblées dans les 103 expérimentations autorisées



### En ce qui concerne les nouvelles prises en charge

Parmi les 32 projets autorisés cette année, les thématiques les plus nombreuses sont la lutte contre la dénutrition, la prise en charge des addictions, la santé bucco-dentaire et la lutte contre l'obésité.

La santé mentale et les situations liées au vieillissement, grandes thématiques du 51, font aussi l'objet cette année de projets nouvellement autorisés.

Parmi les pathologies prises en charge, la lutte contre le cancer reste une thématique majeure pour l'année 2021.

## Pour aller plus loin...

### FOCUS PRISE EN CHARGE DU CANCER

Plus de 1 000 nouveaux cas de cancer sont détectés chaque jour en France. Depuis 2003, la lutte contre les cancers représente une priorité nationale se traduisant par des plans d'actions quinquennaux.

En 2021, une stratégie décennale de lutte contre le cancer a été lancée par le Président de la République autour de quatre axes stratégiques :

1. améliorer la prévention, primaire comme secondaire ;
2. limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients ;
3. lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant ;
4. s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous.

L'Article 51, en ligne avec cette priorité a autorisé sept projets<sup>3</sup> autour de la prise en charge des patients atteints de cancer, dont quatre depuis le dernier rapport au parlement. ([Liste des projets détaillés en annexe 4](#)). Parmi ces sept projets, six sont classés dans la thématique « lutte contre le cancer » et un projet est classé en première intention dans la thématique « dénutrition » mais s'inscrit dans un parcours en cancérologie (cf. [figure 6, page 11](#)).

Trois de ces projets portent une innovation organisationnelle en lien avec les révolutions médicamenteuses que sont les thérapies orales et les immunothérapies.

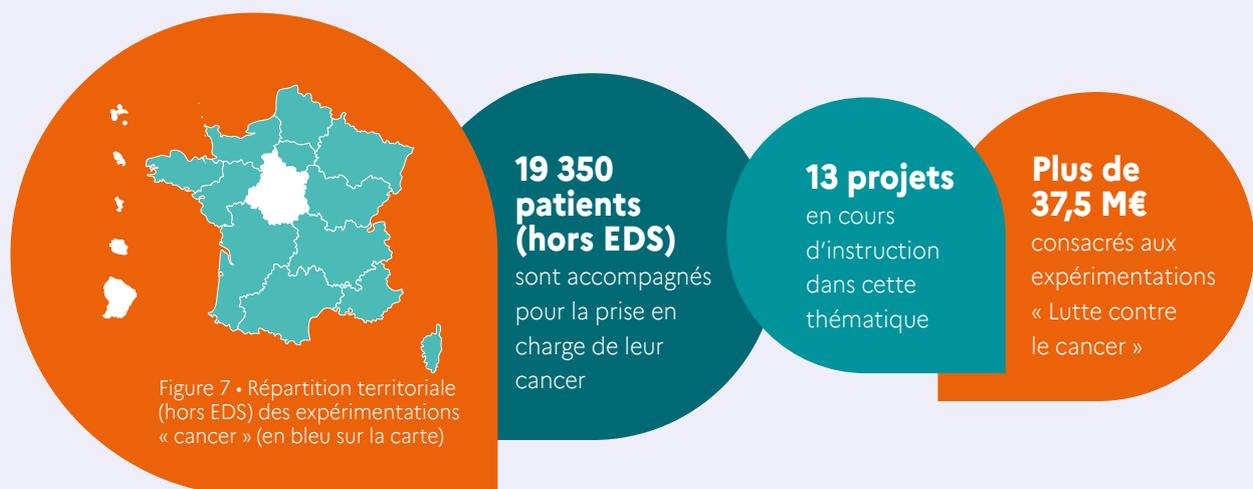
<sup>3</sup> Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie, APA Connect, Thérapies orales/Oncolink, Épisode de soins « colectomie », PAP DOP, « Paiement d'un parcours coordonné pour une correction de la dénutrition préopératoire des patients », METIS CONNECT « Suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif en inter-cures de chimiothérapie » et AKO@dom/PICTO.



## ZOOM sur le projet Thérapies Orales/Oncolink

### FRUIT D'UN TRAVAIL DE CONVERGENCE ENTRE DIFFÉRENTS PORTEURS DE PROJETS

Le projet *Thérapies Orales/Oncolink* est l'expérimentation du dispositif, à l'initiative d'acteurs de terrain, **ayant la plus grande envergure avec 28,6 M€ de budget accordé et 14 855 patients cibles**. À l'origine de cette expérimentation, plusieurs projets d'initiatives analogues ont été proposés dès 2018 à l'instruction « Article 51 ». Face à cette pluralité d'initiatives apparentées, un important travail de co-construction d'un cahier des charges commun a été engagé avec les différents porteurs, les ARS concernées, les services du ministère et de l'Assurance Maladie et l'INCa (Institut national du cancer). Autorisé en décembre 2020, le projet rassemble 34 établissements de santé (45 sites géographiques) avec plus de 10 000 pharmaciens d'officine et de 10 000 médecins traitants à impliquer pour relever un grand défi : **une mise en œuvre homogène du programme avec un accompagnement aux changements de pratiques professionnelles**. La fédération Unicancer a été positionnée par les porteurs en chef de file de l'équipe de pilotage national appuyée par le cabinet de conseil GovHe (Government Healthcare). La gouvernance a été structurée pour assurer un pilotage de projet décliné au niveau national, régional et au niveau de chaque établissement. Une phase pilote de neuf mois a été prévue en début du projet concernant 24 des 45 sites. Des outils mutualisés de suivi, de tableaux de bord, des modalités de recueil des données et de reporting, des supports de communication ont été conçus. Les premières inclusions sont prévues pour octobre 2021.





## LES APPROCHES POPULATIONNELLES DES EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES

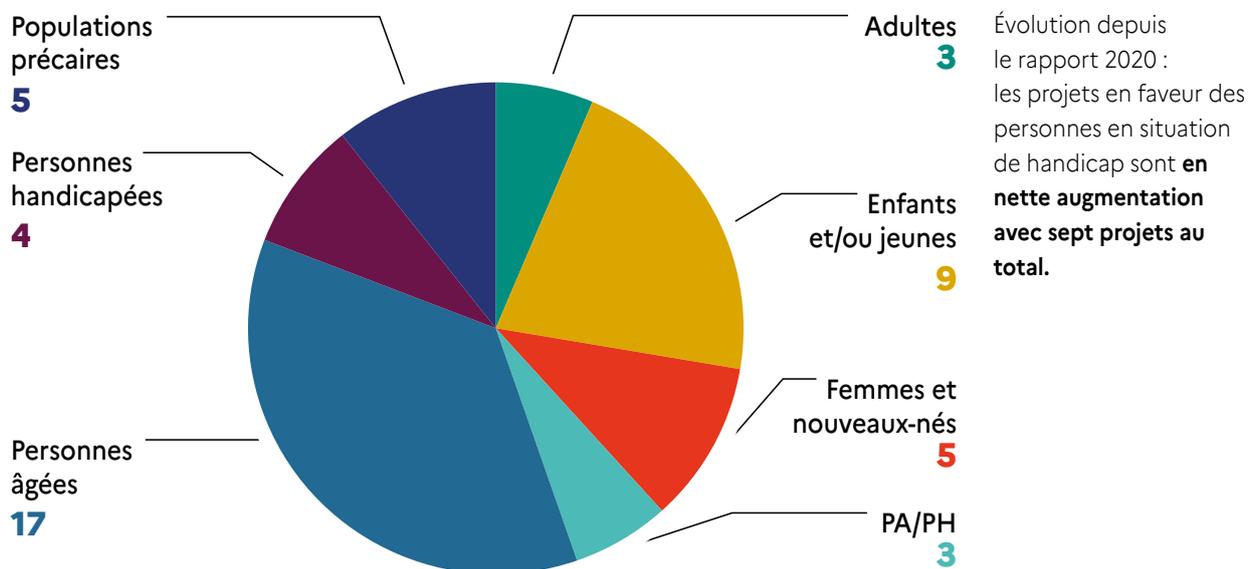


Figure 8 • Nombre de projets autorisés par populations bénéficiaires

## Pour aller plus loin... FOCUS HANDICAP

Les différents rapports effectués ces dernières années sur la santé des personnes en situation de handicap (PSH) ont montré la difficulté de leur accès aux soins. Six expérimentations « Article 51 » dans le champ du handicap répondent à cet enjeu. Elles contribuent à la transformation de l'offre de soin en travaillant sur l'accès aux soins de proximité (« aller vers ») et la montée en compétence des professionnels. Elles participent ainsi à la réduction des disparités d'accès aux soins.

Les acteurs commencent à se saisir de l'Article 51 comme vecteur de transformation dans le champ du handicap. S'il peut jouer un rôle sur ce qui relève du sanitaire, le décroisement sanitaire et médico-social reste néanmoins complexe en raison du cloisonnement des financements sur les deux volets.



Six expérimentations et une connexe sont autorisées dans le champ de l'accès aux soins pour les PSH.

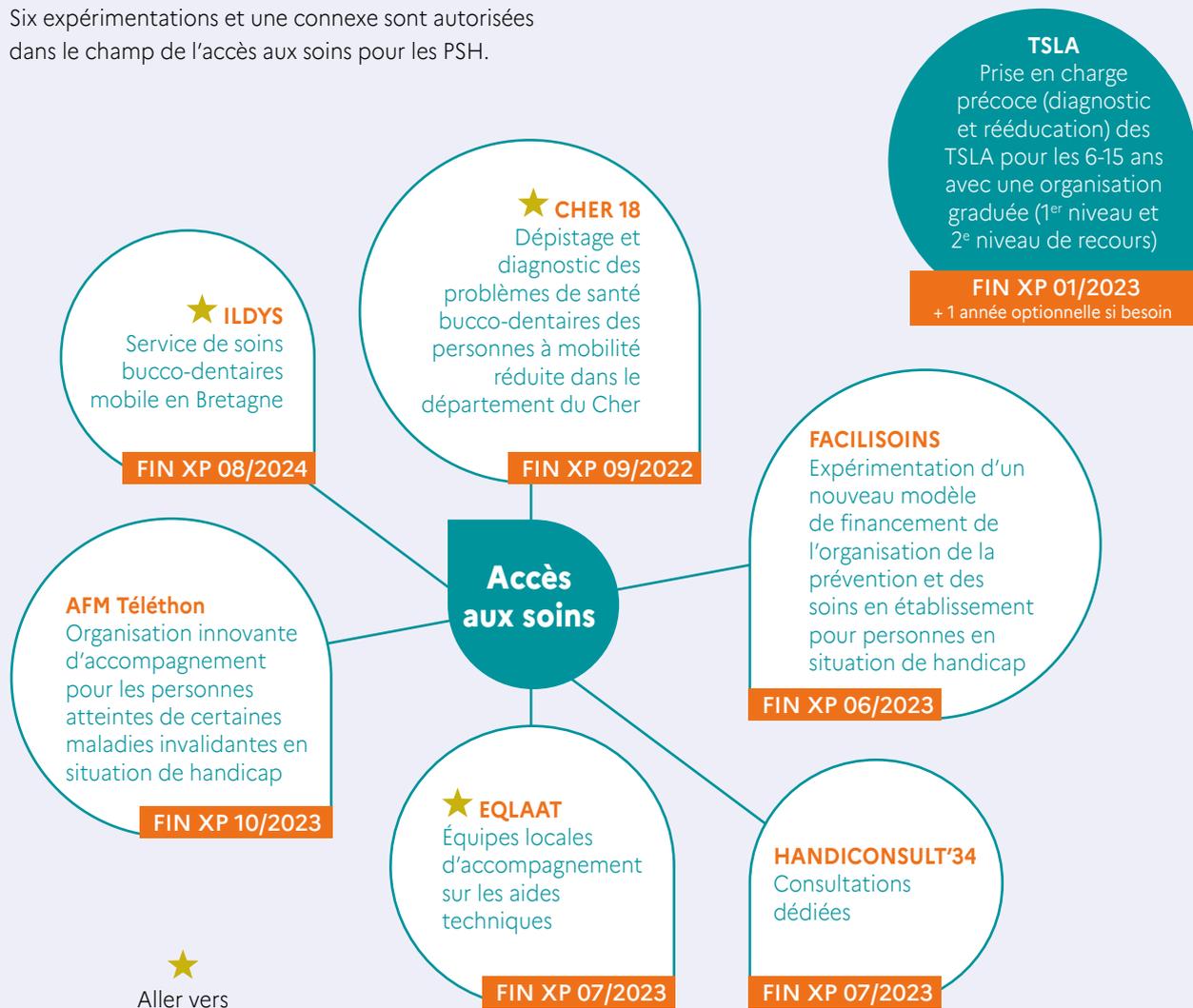


Figure 9 • Expérimentations pour l'accès aux soins des personnes handicapées

Le cadre de l'Article 51 permet de tester de nouveaux modèles de financement accompagnant les changements organisationnels. Trois grands types de modèles se retrouvent dans ces expérimentations. L'évaluation des expérimentations permettra d'objectiver le rôle et l'impact de ces nouveaux modèles dans la mise en place de nouvelles organisations.

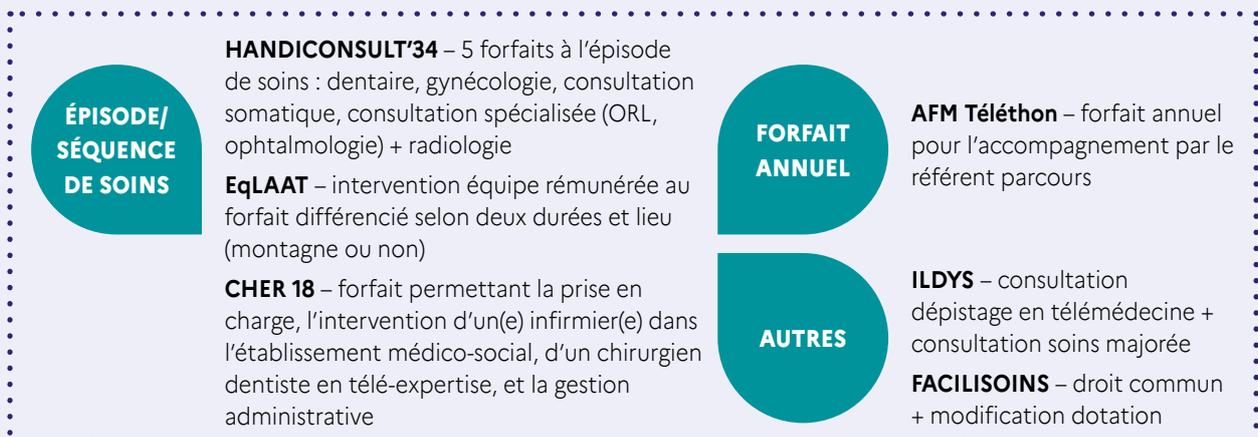


Figure 10 • Modèle de financement des expérimentations centrées autour du handicap



## STATUT DU PORTEUR DES EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES

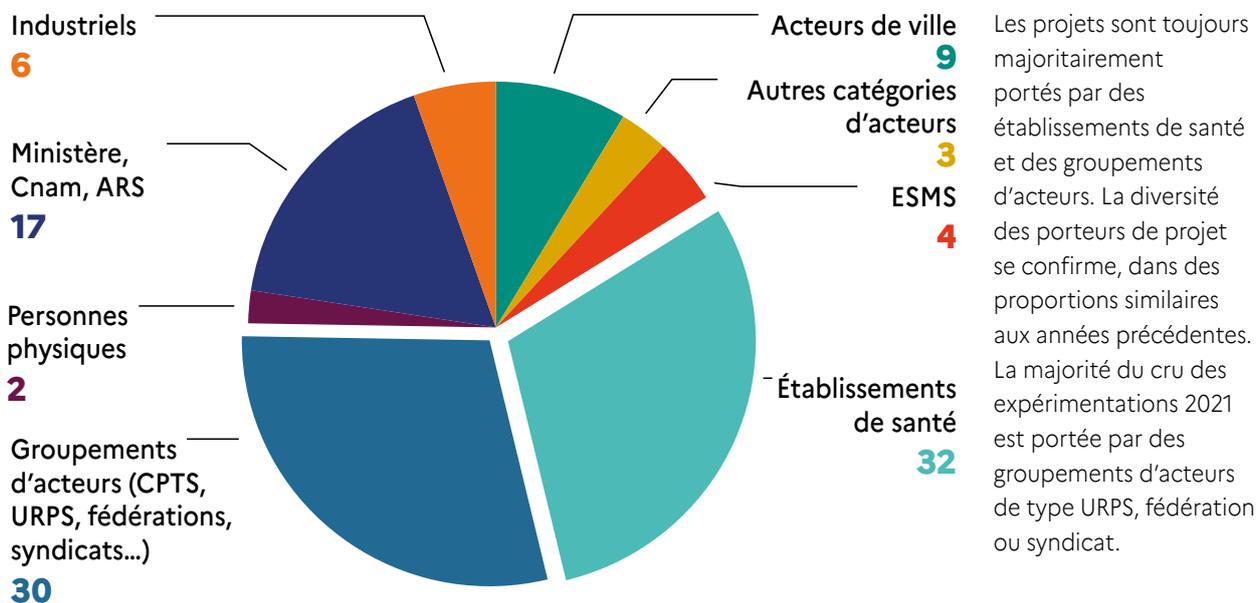


Figure 11 • Statut des porteurs des expérimentations autorisées

## PLACE DE LA PRÉVENTION DANS LES EXPÉRIMENTATIONS

En cohérence avec les initiatives portées par le plan priorité prévention, la prévention dans toutes ses dimensions a une place centrale dans les expérimentations Article 51.

**3 expérimentations sur 5** ont un volet prévention.

Selon les expérimentations, l'intervention de prévention se positionne à différent moment du parcours de santé :

- **en amont de la maladie, prévention primaire** (18 %) ;  
 → Ex: *Pralimap* dispense des programmes de sensibilisation sur l'alimentation à destination des classes de quatrième de Guadeloupe pour prévenir l'obésité.
- **lors du repérage des formes précoces, prévention secondaire** (35 %) ;  
 → Ex: *Pégase* développe la mise en place de bilans renforcés portant sur la santé physique, psychologique et le développement des enfants de l'aide sociale à l'enfance.
- **en prévention des complications et récidives, chez les malades, prévention tertiaire** (30 %) ;  
 → Ex: *APA connect* propose des séances d'APA ; l'APA est associée à une meilleure survie globale et spécifique, ainsi qu'à une réduction du risque de récurrence lorsqu'elle est pratiquée après un diagnostic.
- **pour réduire les risques liés à la surmédicalisation, prévention quaternaire** (9 %) ;  
 → Ex: *IATROPREV* propose une optimisation médicamenteuse chez la personne âgée polymédiquée.



## DES ENGAGEMENTS FINANCIERS CROISSANTS

*Les expérimentations représentent un budget FISS pluriannuel de plus de 460 M€ et plus de 15 M€ du fonds d'intervention régional.*

*À ces dépenses s'ajoutent celles relatives aux évaluations, pour 14,2 M€, ainsi que les dépenses liées aux accélérateurs évaluées à 4,5 M€ entre 2020 et 2024.*

Compte tenu de la variété des expérimentations autorisées en termes de périmètre et champ d'application, calculer un montant moyen des expérimentations ne correspond à aucune réalité, il est donc préférable de se rapporter au budget médian. **Le montant médian d'un projet est ainsi de 1,6 M€, pour 2 000 patients ciblés.**

### **Expérimentations à l'initiative des porteurs**

La force et l'intérêt du 51 résident dans sa capacité à accompagner l'éclosion de projets portés par des innovateurs locaux et à ensuite assurer leur mise en œuvre à l'échelle d'un territoire. Les projets des porteurs sont éminemment variés et reflètent leurs multiples préoccupations.

Les expérimentations 51 couvrent un large éventail de besoins, du local au national, ce qui se retrouve dans leurs tailles, très variées, puisque la plus petite, en matière de santé bucco-dentaire, a prévu un budget de 70 K€, là où les plus importantes – *Thérapies orales/Oncolink* pour accompagner le développement des thérapies orales en cancérologie ; *TSLA* pour la mise en place de parcours en Occitanie à destination des enfants souffrant de troubles spécifiques du langage et des troubles de l'apprentissage ; ou encore *Équilibres* pour promouvoir un nouveau mode d'exercice infirmier en région Provence-Alpes-Côte d'Azur – prévoient des budgets de plus de 20 M€, à l'échelon d'une région complète ou encore national, avec des populations autour de 10 000 patients. Là aussi l'impact sur le budget de l'Assurance Maladie est plus limité, puisqu'une partie de ces budgets est substituable. Ces grands projets ont pratiquement achevé leur phase de déploiement et sont en train en 2021 de passer à la vitesse supérieure, pour atteindre leur apogée en 2022.

Si l'on y retrouve majoritairement l'objectif d'améliorer les parcours de soins et notamment la coordination autour de ces derniers, la deuxième préoccupation des porteurs est liée à l'accès aux soins, avec le souhait d'améliorer le recours à de nouvelles prestations concernant certaines pathologies (psychologues, diététiciens, conseillers médicaux en environnement intérieur, éducateurs en activité physique adapté, etc.).



Financements 51 (FISS et FIR) Budget prévisionnel pluriannuel	Total	Expérimentations		
		Ministérielles	Nationales	Régionales
<b>Populations prises en charge</b>	<b>478,1 M€</b>	<b>156,1 M€</b>	<b>177,6 M€</b>	<b>144,4 M€</b>
Population générale	351,3 M€	144,6 M€	119,7 M€	87,0 M€
Enfants et/ou jeunes	55,8 M€	3,7 M€	24,0 M€	28,2 M€
PA	46,4 M€	0,0 M€	30,6 M€	15,8 M€
PH	3,3 M€	0,0 M€	0,0 M€	3,3 M€
PA/PH	8,5 M€	6,3 M€	0,2 M€	2,0 M€
Femmes et/ou nouveaux nés	6,4 M€	1,6 M€	3,2 M€	1,6 M€
Populations précaires (dont migrants)	6,5 M€	0,0 M€	0,0 M€	6,5 M€
<b>Objectifs</b>	<b>478,1 M€</b>	<b>156,1 M€</b>	<b>177,6 M€</b>	<b>144,4 M€</b>
Coordination, Parcours	325,3 M€	109,0 M€	119,7 M€	96,6 M€
Accès aux soins	120,3 M€	15,2 M€	58,0 M€	47,1 M€
Pertinence prescriptions des produits de santé	26,3 M€	25,6 M€	0,0 M€	0,7 M€
Pertinence et qualité des soins	6,3 M€	6,3 M€	0,0 M€	0,0 M€

Figure 12 • Répartition des financements FIR/FISS

### Éclairage sur les expérimentations ministérielles

Les expérimentations « ministérielles » sont portées par le ministère des Solidarités et de la Santé et par l'Assurance Maladie. Du fait de leur ampleur nationale et de la volonté de rassembler un grand nombre d'enseignements sur de multiples situations avant généralisation, ces projets concernent un grand nombre de personnes (près de 26 000 par expérimentation et 650 000 patients au total). Les budgets sont par conséquent élevés, avec un montant médian de 15 M€ et un total prévisionnel de 130 M€ entre 2019 et 2024.

À noter toutefois que l'impact direct sur le budget de l'Assurance Maladie est moindre, puisqu'une part importante de ces dépenses est substituable, c'est-à-dire quelle vient remplacer des dépenses déjà effectivement constatées sur l'Ondam, que ce soit par exemple sur les forfaits de réorientation des urgences ou les médicaments biosimilaires. Dans certains cas, les projets prévoient par ailleurs un intéressement par rapport aux économies constatées, car la recherche de soins plus efficaces – de meilleure qualité ou de qualité identique pour un coût moindre – caractérise certains des projets du 51 (ministériels ou à l'initiative des acteurs) et permet ainsi de diminuer la pression sur l'Ondam.



	Expérimentations		
	Ministérielles	Nationales	Régionales
<b>Nombre*</b>	11	34	58
<b>Budget médian FISS</b>	14,7 M€	2,6 M€	1,0 M€
<b>Budget médian FIR</b>	0,0 M€	0,0 M€	0,2 M€
<b>Nbre médian bénéficiaires</b>	26 300	2 288	1 690
<b>Durée médiane (en mois)</b>	39	36	48

\* Hors expérimentations lancées avant 2018 et intégrées ensuite dans l'Article 51.

Figure 13 • Détail du financement FISS/FIR par type d'expérimentation

### Prises en charge ciblées

Les expérimentations 51, ministérielles ou à l'initiative des acteurs, ciblent en priorité les maladies chroniques (un peu plus de 60 M€ en financement, orientées vers les pathologies vasculaires, articulaires, ophtalmiques, etc.) puis priorisent les cancers (40 M€ environ), la santé mentale (40 M€ également) et la chirurgie après traumatisme (35 M€, EDS).

### Des modèles de financement innovants

En matière de modèles de financement, la moitié des financements prévisionnels iront principalement vers des projets où sont prévues des modalités de financement à la séquence, à peu près 10 % vers la mise en place de rémunérations à la capitation. Pour 30 % des projets, le modèle économique principal – séquence ou capitation – est complété par un module d'intéressement ou de performance.

Près de **20 % des autorisations de dépenses liées aux expérimentations Article 51 sont directement substitutives. Un quart correspond à des dépenses nouvelles, appelées complémentaires**, que l'Assurance Maladie n'avait jusqu'à maintenant jamais supportées dans le droit commun, notamment en organisant le recours à des professions en dehors des remboursements du panier de soins. Pour près des deux tiers des financements du 51, le financement est à la fois substitutif et complémentaire.

## DE NOMBREUX PATIENTS CONCERNÉS

Au total plus **d'un million de patients** pourront bénéficier d'une prise en charge innovante

**Plus de 100 000 patients (hors IPEP)** bénéficieront déjà d'une prise en charge expérimentale 51  
460 000 patients sont par ailleurs pris en charge dans le cadre d'IPEP (incitation à une prise en charge partagée)



## Pour aller plus loin...

# FOCUS PATIENT ACTEUR

On dénombre **61 expérimentations** avec un focus ou une implication active du patient ou impliquant des représentants de patients (certaines cumulant plusieurs modalités d'implication).

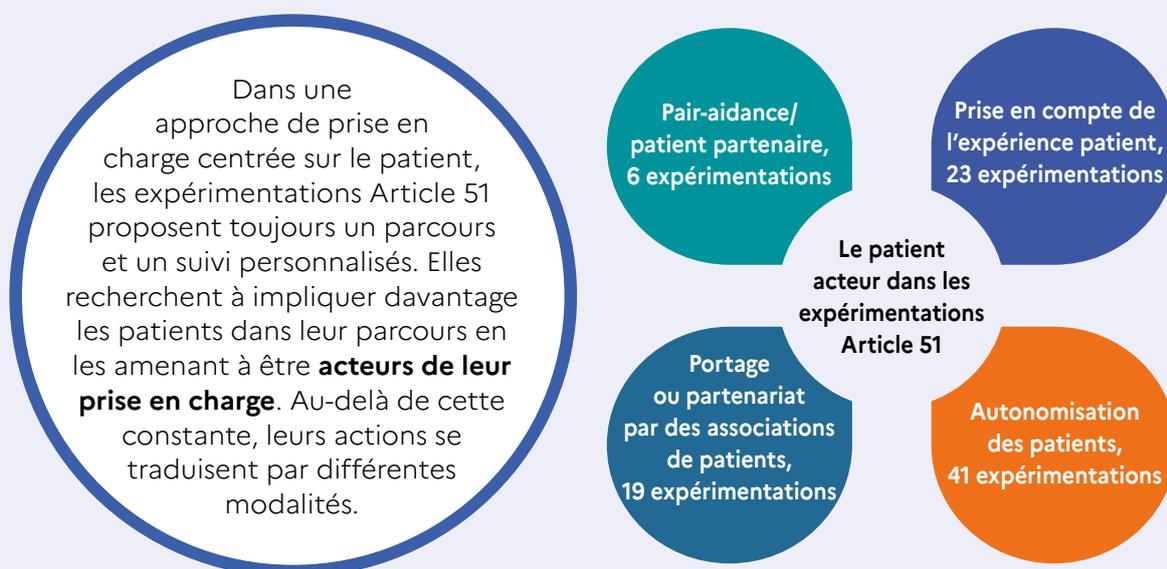


Figure 14 • Rôle des patients dans les expérimentations Article 51

### Portage et partenariat avec les associations de patients

Deux expérimentations sont portées ou co-portées par une association de patients (*AFM Téléthon* et *Ako@dom*) mais beaucoup d'expérimentations concernant la prise en charge des maladies chroniques sont soutenues par des associations de patients. Elles sont alors partenaires de l'expérimentation. Par exemple, *Partn'Air* en Occitanie est soutenu par 16 associations de patients, *Baria-up* et *Emno* par le Collectif national des associations d'Obèses (*Cnao*), *Diab-ecare* par la Fédération française des diabétiques (*FFD*), *Passport bipolaire* par l'Union nationale de familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (*Unafam*). Dans l'expérimentation *Timéo*, l'association *Croc la vie 18* est présente aux côtés de l'équipe soignante lors des journées d'évaluation des patientes ou de séances collectives pour faire le relai d'information et proposer des activités bénévoles en lien avec la prise en charge médicale.

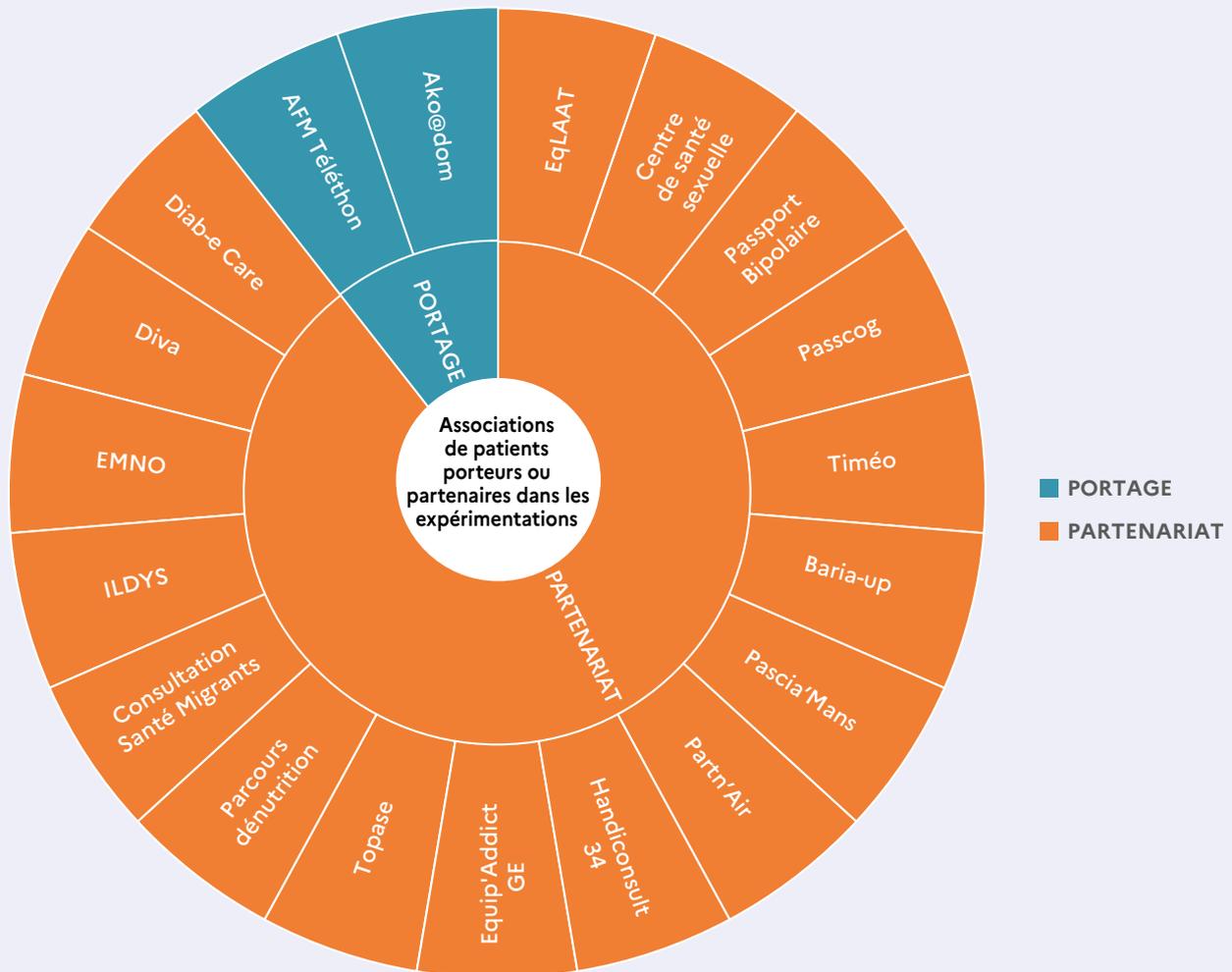


Figure 15 • Expérimentations portées par ou dont le partenaire est une association de patients

### Une reconnaissance du patient partenaire et du pair aidant

Six expérimentations mobilisent des patients partenaires qui peuvent intervenir par exemple en tant que modérateur de forums ou en apportant leur expérience dans la mise à jour des programmes éducatifs (*Emno*), ou encore, participant à la formation des professionnels (*Topase*) avec le retour d'expériences et le vécu du patient sur la prise en charge en général. Le patient expert peut aussi être mobilisé, en lien avec l'association des patients, pour apporter un soutien à ses pairs tout le long du parcours (*Baria-up*). Dans d'autres expérimentations, le patient partenaire, ou le pair-aidant, fait partie de l'équipe de soins et est directement impliqué dans la prise en charge effective du patient (*Diab-ecare*, *EqLAAT*). Dans l'expérimentation *APA connecté*, le patient partenaire joue de multiples rôles et fait partie de l'équipe soins, participe à l'élaboration d'outils, intervient dans l'information du patient, et est mobilisé lors des séances motivationnelles.



### **L'exemple d'EqLAAT**

EqLAAT consiste en la mise en place d'équipes locales accessibles rapidement et aisément, indépendantes de toutes activités commerciales sur les aides techniques, pour l'évaluation et l'accompagnement pour les personnes en situation de handicap et personnes âgées. Le recours et l'utilisation d'aides techniques peuvent être améliorés par des interventions de pair-aidants. Cet aspect de l'expérimentation fait partie des conditions souples de l'expérimentation c'est-à-dire que les équipes doivent s'engager sans que les résultats attendus et les moyens à déployer soient fixés a priori. En effet, si ces pratiques existent, elles sont encore peu construites. Les équipes sont donc invitées à proposer des éléments sur :

- les objectifs pouvant être poursuivis avec la pair-aidance : publics ou situations, temps de l'accompagnement... ;
- l'organisation : identification des pairs-aidants, modalités d'intervention des pair-aidants notamment accord de la personne accompagnée et/ou proche, activités réalisées par les pair-aidants.

Le bénéfice de l'intervention des pair-aidants fera l'objet d'une analyse particulière. La question du partage d'informations et du secret professionnel et les aspects économiques en lien avec la pair-aidance seront aussi discutés.

### **L'expérience patient, un concept mobilisateur**

*23 expérimentations prennent en compte l'expérience patient ou les résultats de soins qui importent au patient (PREMs – PROMs).*

La mesure du résultat des soins repose sur deux dimensions : la qualité de vie et le vécu des soins ou expérience patient, avec des indicateurs validés de manière standardisée et généralisable à l'ensemble du système de santé, les PREMs<sup>4</sup> et les PROMs<sup>5</sup>. Les PROMs mesurent la qualité de vie ou les symptômes, alors que les PREMs s'intéressent à l'expérience, aux valeurs des patients, leurs préférences, attentes, satisfaction, etc. Les PREMs ne sont pas de simples mesures de la satisfaction, ils visent à objectiver le point de vue des patients par des questions factuelles.

Si pour 65 % des expérimentations, des indicateurs sur l'expérience patient et la qualité de vie des patients sont proposés pour l'évaluation dans les cahiers des charges par les porteurs, certains d'entre eux se sont emparés des PROMS et des PREMS pour la mise en œuvre de l'expérimentation elle-même.

— **16<sup>e</sup> expérimentations (1 sur 6) les ont intégrés dans leurs pratiques cliniques.**

*Par exemple, les scores Interheat et score d'adhésion au régime méditerranéen sont utilisés pour personnaliser le programme de réadaptation cardiaque dans Eva Corse. En effet, ils aident les patients à acquérir une compréhension et une évaluation partagée avec l'équipe de l'impact de leur pathologie cardiaque sur leur qualité de vie du patient.*

— **13<sup>e</sup> (1 sur 7) l'intègrent dans leur démarche d'amélioration continue.**

*Handiconsult remet ainsi un questionnaire de satisfaction à chaque étape du parcours du patient afin de pouvoir adapter au mieux les réponses apportées.*

— **4 expérimentations<sup>8</sup> introduisent la notion de paiement fondé sur la valeur.** La valeur est définie comme le résultat des soins qui importe au patient rapporté aux ressources nécessaires à la production de soins. Les indicateurs sont utilisés, pour moduler, compléter ou conditionner une partie du forfait à l'atteinte d'objectifs d'amélioration mesurés par des PROMs, ou en mesurant le service médical rendu.

*L'expérimentation Cataracte (valorisation de la transparence et de la pertinence pour la chirurgie de la cataracte dans les territoires de Nantes et Limoges), qui implique les patients et les chirurgiens dans la mesure du service médical rendu, permet une comparaison des services médicaux rendus entre praticiens et introduit un financement à la transparence des résultats.*



Les PROMs et les PREMs se mettent en place progressivement avec des usages différents. Il sera intéressant d'évaluer l'adhésion des patients à ces nouveaux outils mais aussi le parangonnage que les professionnels pourront faire pour améliorer la qualité des soins.

## Des expérimentations qui favorisent l'autonomisation des patients

41 expérimentations participent à l'autonomisation du patient.

D'une manière générale, pour les situations demandant un changement de comportement important ou une réintégration dans la société, plusieurs expérimentations proposent un accompagnement à l'autonomisation (obésité, santé mentale, pathologies chroniques en population précaire), notamment à travers l'éducation thérapeutique.

Toutefois, certaines expérimentations ont pour objectif principal l'autonomisation des patients et l'acquisition de leur pouvoir d'agir (*empowerment*) notamment celles ciblant des populations précaires, ou éloignées/en rupture des soins, voire en rupture sociale (*Pascia'Mans*), ou encore lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients nécessitant de soins à domicile (*Équilibres*).

### L'exemple d'Équilibres

Équilibres teste un financement forfaitaire à l'heure pour les soins infirmiers à domicile visant à promouvoir un système de prise en charge en équipe, focalisé sur les patients, leur autonomisation et leur qualité de vie, plutôt que sur la production d'actes techniques.

L'accompagnement des patients par les infirmiers se fait au travers d'une prise en soins holistique/globale incluant les soins de *nursing*. C'est grâce à une évaluation réalisée au moyen du référentiel standardisé validé internationalement OMAHA des soins prodigués que la situation du patient est appréciée. Ce référentiel est un élément clé pour mettre en pratique la vision du soin orientée vers la reconquête ou la préservation de l'autonomie du patient, et non plus de la production d'actes. Il permet en effet non seulement l'évaluation de la situation du patient dans trois axes – connaissances, comportements et statuts –, mais surtout, il est nativement conçu pour suivre précisément les évolutions de cette situation dans le temps, autrement dit les résultats obtenus par l'intervention des professionnels. Cette évaluation permet la construction du plan de soins du patient, en explicitant non seulement les interventions prévues par les soignants, mais aussi les autres actions à engager afin de garantir l'autonomie du patient, la qualité de son réseau social et de sa vie quotidienne, ainsi que celle de son proche entourage, et la sécurisation de son environnement de vie.

Les différentes formes que peuvent prendre les actions des patients dans les expérimentations Article 51 témoignent d'un changement de prisme où les soins ne sont plus purement prescriptifs, mais établis en partenariat avec le patient. L'expertise profane et les préférences des patients sont alors prises en compte par les soignants qui adaptent leurs pratiques pour permettre au patient de devenir acteur de sa santé et de sa prise en charge à travers l'éducation thérapeutique, l'accompagnement, l'information et la formation. Il s'agit d'une réelle transformation qui réduit l'asymétrie d'information entre soignant et soigné et sous-tend davantage d'équité et de partage du pouvoir de décision.

<sup>4</sup> PREMs : patient reported experience measures.

<sup>5</sup> PROMs : patient reported outcome measures.

<sup>6</sup> DIVa, Partn'air, Psycog, ADMR, PRALIMAP, ANGELE, Pascia'mans, ARGOS, As du cœur, Walk hop, Proxob, expreso, GPSO, Osys, Eva corse, Metis connect.

<sup>7</sup> EMNO, Handiconsult, Pascia'mans, IPEP, PEPS, EDS, Argos, Octave, Cataracte, As du cœur, Osys, Metis connect, URPS biologie.

<sup>8</sup> Cataracte, IPEP, PEPS, EDS.



## SECTEURS DE DÉPLOIEMENT

Près de 80 % des expérimentations autorisées sont déployées en tout ou en partie en ambulatoire.

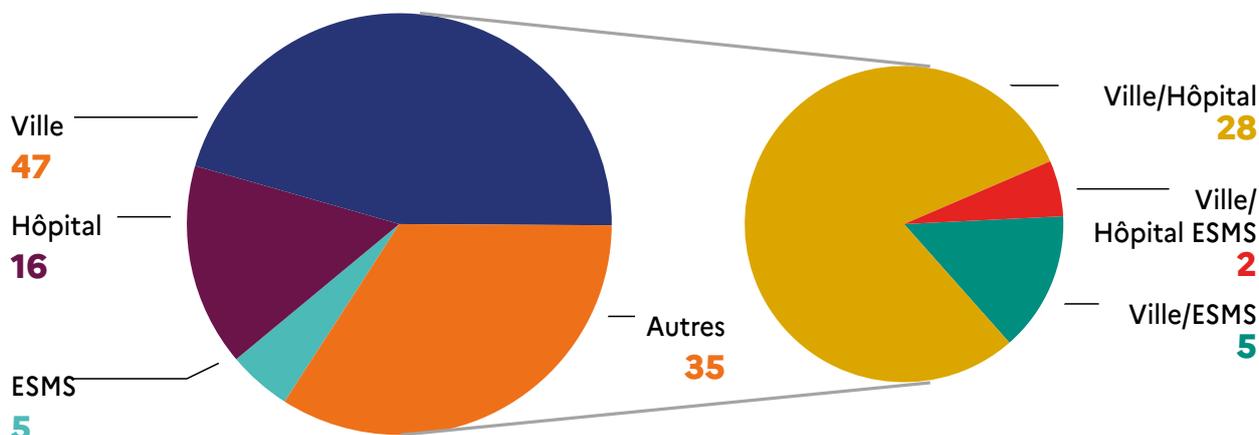


Figure 16 • Nombre d'expérimentations autorisées par secteur de déploiement

## Pour aller plus loin... FOCUS VILLE/HÔPITAL

### Un quart des projets autorisés concernés

*Ma Santé 2022 a mis l'accent sur la volonté de décloisonner le système de santé. Particulièrement en phase avec cet objectif, plus d'un quart des projets autorisés à l'Article 51 proposent aujourd'hui une prise en charge partagée ville/hôpital. L'Article 51 plaçant le patient au centre de la prise en charge, la collaboration ville-hôpital devient incontournable.*

Dès l'origine de l'Article 51, cette volonté d'intersectorialité avait été mise en avant par le déploiement des appels à manifestation d'intérêt (AMI) IPEP et Épisodes de soins (EDS). Plus d'une vingtaine d'expérimentations à l'initiative des acteurs proposent ce type de prise en charge. Le levier de transformation pour ces expérimentations est lié à l'évolution de l'organisation des professionnels entre eux, sous-tendu par une innovation financière. La plupart des projets ville/hôpital proposent en effet un financement à la séquence de soins qui rend solidaires les professionnels de ville et exerçant en établissements de santé.

### Des modèles adaptés pour les prises en charge au long cours

Les séquences de soins interviennent soit autour d'une séquence hospitalière – intervention chirurgicale (orthopédie, obésité), accouchement, initiation de traitements (cancers, diabète) – ou font appel à des ressources spécialisées (VHC, psychiatrie, pharmacie clinique) qui nécessitent un recours hospitalier. Ces modèles sont particulièrement pertinents pour des prises en charge dans la durée (pathologie chronique ou vieillissement).

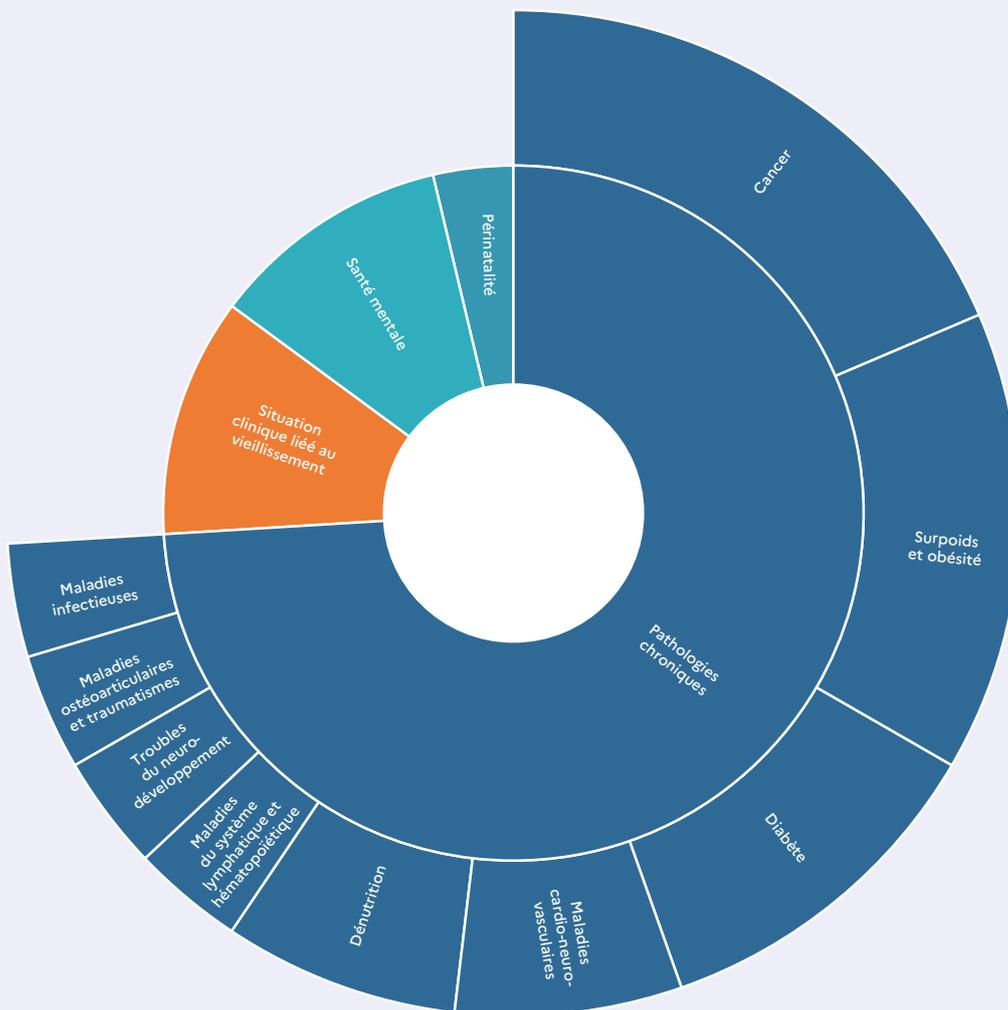


Figure 17 • Prises en charge proposées pour les expérimentations autorisées ville/hôpital

## Deux exemples de prises en charge ville/hôpital

### Le projet *DSPP* : dispositif de soins partagés en psychiatrie

L'expérimentation a pour objet la mise en place d'un dispositif innovant à destination des médecins généralistes permettant une évaluation suivie d'une éventuelle prise en charge des troubles mentaux légers à graves du patient par une équipe pluridisciplinaire ville/hôpital. Cette organisation contribue au décloisonnement ville/hôpital dans la mesure où elle associe un praticien hospitalier, des psychologues et des infirmiers hospitaliers ainsi que des psychiatres et psychologues libéraux. Elle offre le cadre à une structuration de la prise en charge entre médecine de proximité et filière psychiatrique par une amélioration des pratiques médicales, un décloisonnement des pratiques et une orientation pluridisciplinaire des patients.

### Le projet de parcours de soins dénutrition Bretagne

Cette expérimentation, autorisée début 2021, propose, pour tout adulte dépisté dénutri au CHU de Rennes, un forfait partagé de prise en charge de la dénutrition sur plusieurs mois, avec une phase hospitalière (dépistage et évaluation nutritionnelle, instauration d'une stratégie thérapeutique et organisation du suivi en ville), suivi d'un accompagnement en ville (associant l'infirmière, le médecin traitant, la diététicienne). Pour assurer la coordination entre la ville et l'hôpital, l'infirmière de parcours organisera des réunions de coordination pluridisciplinaire rassemblant les professionnels des deux secteurs. Par la suite, les informations seront partagées sur un système d'information accessible en ville et à l'hôpital.



La fédération des acteurs de ville et de l'hôpital autour d'un projet commun de prise en charge, comme celui de la dénutrition par exemple, peut faire espérer le meilleur dans l'amélioration du lien ville/hôpital.

### **LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME D'INFORMATION (SI) PARTAGÉ : UN DÉFI POUR LES PORTEURS DE PROJETS VILLE/HÔPITAL**

Dans ces projets de prise en charge partagée, la mise en place d'un système d'information mutualisé entre ville et hôpital constitue un des enjeux majeurs et parfois un obstacle à surmonter pour les parties prenantes de l'expérimentation. Si les systèmes d'informations sont aujourd'hui développés en ville et à l'hôpital, les SI partagés ville/hôpital à disposition des acteurs en sont encore à un stade précoce de mise en œuvre. Dès lors, la mise en œuvre d'une expérimentation conjointe aux deux secteurs nécessite a minima l'adaptation des SI existants pour faire face aux besoins mais parfois la construction d'un SI ad hoc ([un chapitre spécifique est consacré aux systèmes d'information page 75](#)). Le démarrage des expérimentations peut être impacté par ce besoin quand il est une condition nécessaire à la mise en œuvre.

Parmi les 28 projets ville/hôpital, quatre projets ville/hôpital proposent une prise en charge innovante de réadaptation. Ils font partie des expérimentations présentées dans le focus qui suit.



Pour aller plus loin...

## FOCUS Soins de suite et de réadaptation

Les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont pour mission de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et d'assurer un retour à l'autonomie des patients, en amont ou dans les suites d'un épisode aigu (intervention chirurgicale, décompensation aiguë d'une maladie chronique) ou dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie chronique, et de faciliter leur réinsertion. L'évolution épidémiologique marquée par la croissance des maladies chroniques, par le vieillissement de la population ainsi que par une offre thérapeutique renouvelée bouleverse les approches et s'accompagne de nouveaux enjeux organisationnels et de coordination. Pour répondre à ces défis, les soins de suite et de réadaptation (SSR) ont diversifié leurs modalités d'accueil pour inclure des patients dont la prise en charge est spécialisée ou particulièrement complexe.

La réforme de financement des SSR a pour ambition de faire du **financement un levier** permettant d'inciter davantage les acteurs à développer la prévention, s'assurer d'un standard élevé de qualité, rechercher une plus grande pertinence des soins et des parcours de prise en charge et prendre le temps d'une meilleure coordination.

Ainsi, les établissements SSR seront financés à la fois sur la base des **caractéristiques des patients** qu'ils prennent en charge, des territoires qu'ils servent, et sur la base d'**objectifs de santé publique**. Le nouveau modèle de financement SSR tiendra compte également de l'activité, et donnera une meilleure stabilité aux établissements pour leur permettre de faire évoluer leurs pratiques et leurs organisations au service d'un meilleur soin aux patients.

### **De nouvelles modalités pour la réadaptation !**

Les SSR ont un rôle d'animateurs de filières dans le parcours de soins. Aussi pour répondre aux problématiques d'éloignement géographique, sociales et de maintien des acquis dans l'environnement du patient, **les SSR font de l'Article 51 leur terrain d'exploration de nouvelles modalités de prise en charge pour les maladies chroniques.**

**En cardiologie**, la réadaptation cardiaque permet aux patients ayant eu un syndrome coronarien aigu d'instaurer une prévention secondaire dans les meilleures conditions. Or seuls 30 % d'entre eux bénéficient d'une réadaptation pour diverses raisons tenant au patient, au médecin, à l'offre de centres de réadaptation cardiaque alors qu'un niveau de preuve élevé est en faveur de cette réadaptation cardiaque : diminution de la mortalité cardiovasculaire (26 %), diminution des réhospitalisations (20 %).

Les acteurs en cardiologie et les SSR ont fait leur la déclaration de Michel Grenier en 2019 :  
*« Du centre expert au domicile du patient, une chaîne d'acteurs multiples, au-delà du seul secteur sanitaire, doit se constituer pour que s'établisse entre eux une coordination afin de fournir un service de santé "au bon moment, au bon endroit". »*



Ont ainsi été proposées et autorisées des expérimentations en réadaptation cardiaque qui explorent différentes modalités en s'appuyant sur des maisons de santé pluridisciplinaires, des structures libérales, des SSR et la télé-réadaptation.

#### Structures pluridisciplinaires libérales

- **Les structures libérales légères** : réhabilitation cardiaque pluri-professionnelle en milieu libéral, en lien avec le médecin traitant et les établissements de santé.
- **As du cœur** : prise en charge de l'activité physique adaptée dans le parcours de soins du malade cardiaque en suite de réadaptation.
- **Eva Corse** : mise en place d'un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les SSR et les équipes de soins primaires en mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité.

#### Programmes de télé-réadaptation

- **Read'hy** : un programme de réadaptation cardiaque connectée.
- **Walkhop** : télé Réadaptation cardiaque, un nouveau mode de réadaptation hors les murs.

En pneumologie, le principal traitement permettant de prévenir les exacerbations de la broncho-pneumopathie chronique obstructive est la réadaptation respiratoire, or seuls 10 % des patients bénéficient d'une réadaptation respiratoire. Sont autorisées ou en cours d'instruction des expérimentations de réhabilitation respiratoire et de télé-réadaptation respiratoire s'appuyant également sur les SSR des équipes pluridisciplinaires libérales combinant la télé-réadaptation à une approche domiciliaire.

#### Réhabilitation respiratoire

- **Part n'air** : structurer l'organisation et le déploiement de programmes de réhabilitation respiratoire au domicile du patient en s'appuyant sur l'action coordonnée des professionnels de santé de proximité.

#### Programmes de télé-réadaptation

- Parcours de soins innovants de réadaptation dans la bronchopneumopathie chronique obstructive.
- Programme de réadaptation respiratoire à domicile en présentiel couplé à de la télé-réadaptation pour les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive.

En neurologie, la rééducation fonctionnelle fait partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de maladies neurodégénératives telles que la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques ou encore après un accident vasculaire cérébral. Or, l'accès à la réadaptation en SSR après un AVC est limité, elle est estimée à 46 % des patients concernés. Les projets en cours d'instruction, principalement centrés sur la prise en charge post-AVC, proposent une approche domiciliaire avec l'intervention à domicile d'une équipe pluridisciplinaire, éventuellement associée à de la télé-réadaptation, pour la mise en œuvre d'un programme de réadaptation personnalisé.



### Réadaptation neurologique

Proposer en post-AVC, un parcours de soins coordonnés sur le lieu de vie de patients dits complexes, une séquence de soins de rééducation/ réadaptation d'une durée d'un an.

#### Programmes de télé-réadaptation ou d'auto-rééducation

- Parcours de rééducation du patient post-AVC intégrant une solution digitale de rééducation à domicile proposant :
  - une équipe coordonnée de professionnels libéraux.
- Parcours d'auto-rééducation

Les projets de télé-réadaptation sont l'occasion d'évaluer les modalités d'organisation de télésurveillance incluant des dispositifs médicaux numériques et de tester des modèles de financement de télésurveillance. Ils alimenteront les travaux en cours sur le modèle de financement de droit commun de la télésurveillance.

Au-delà des réponses aux difficultés d'accès à la réadaptation qu'apportent ces expérimentations, l'Article 51, par ses interactions avec les acteurs, permet de mieux appréhender les problématiques spécifiques à certains territoires, de tester une graduation de l'offre en réadaptation avec une approche intégrée du parcours des patients et d'évaluer les interactions des SSR avec la ville et le secteur médico-social.

## DES DURÉES D'EXPÉRIMENTATION STABLES

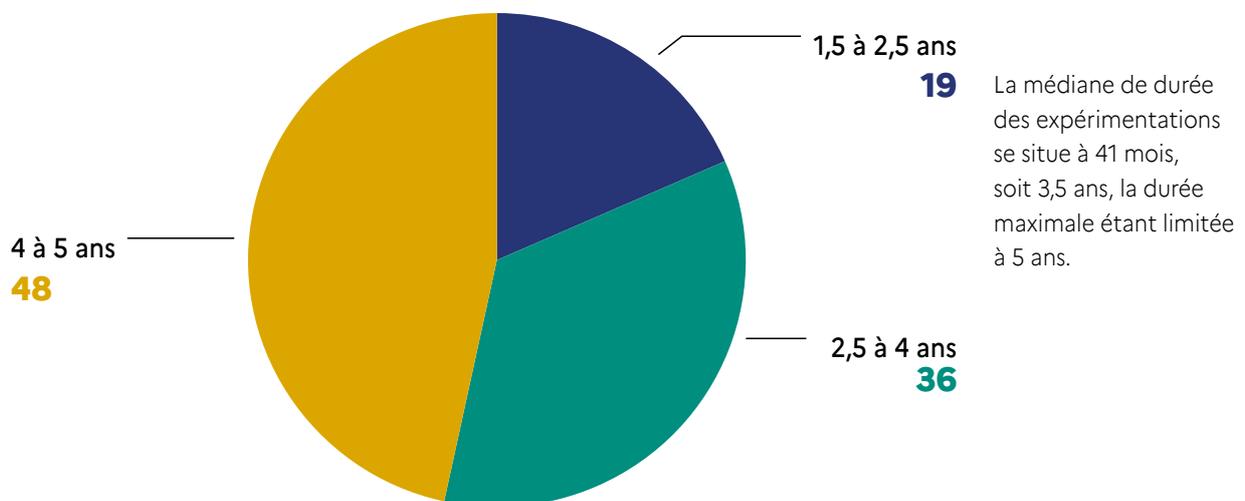


Figure 18 • Nombre d'expérimentations autorisées par durée



## DES DÉROGATIONS MOBILISÉES PRINCIPALEMENT FINANCIÈRES

Les dérogations ont été mobilisées **près de 400 fois** pour la mise en œuvre des expérimentations autorisées, 95 % d'entre elles étant issues du Code de la sécurité sociale. Les dérogations organisationnelles issues du Code de la santé publique concernent le partage d'honoraire, la biologie médicale (lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens), le concours des chirurgiens-dentistes libéraux à la régulation du Samu, la possibilité pour un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé et la possibilité de redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire.

*Le comité technique a été saisi d'un premier projet de dérogation aux conditions techniques de fonctionnement. Il a en conséquence saisi la Haute autorité de santé (HAS) dont l'avis est requis dans ce cas. Cette première saisine, sur le projet d'expérimentation de la prise en charge par épisode de soins de la chirurgie du pterygion primitif avec autogreffe conjonctivale dans un bloc opératoire au sein d'un cabinet médical en hospitalisation externe avec un partenariat public-privé en Guyane, a reçu une réponse favorable le 26 juillet 2021 ([le lien ici](#)). L'instruction suit donc son cours et le projet devrait être autorisé d'ici la fin de l'année.*

Les dérogations les plus utilisées concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnées à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale. Plus de la moitié des projets autorisés élargissent le champ des frais couverts par l'Assurance Maladie en dérogeant aux alinéas 1, 2 et 6 de l'article L. 160-8.

## UNE ADAPTATION AU FIL DE L'EAU

*Les republications d'arrêtés sont nécessaires après le lancement d'appels à projets, lorsque de nouvelles structures sont sélectionnées pour prendre part à l'expérimentation, c'est le cas par exemple de l'expérimentation d'un forfait de réorientation des urgences ou d'EqLAAT en 2021.*

Hors appel à projet, la mise en œuvre peut aussi faire apparaître la nécessité d'adapter le cahier des charges. Celui-ci étant fixé par arrêté, il est alors nécessaire de publier la version amendée y compris lorsque les modifications sont minimales.

**15 expérimentations ont ainsi fait l'objet d'une ou plusieurs republications d'arrêtés.** Les motifs les plus fréquents de modification de cahier des charges sont un changement des participants à l'expérimentation, une modification de la répartition des rémunérations entre acteurs, une évolution du terrain d'expérimentation (changement de territoires, de cible d'inclusion...) ou du calendrier.

**Ces modifications illustrent l'adaptation du dispositif qui tient compte des retours d'expérience de la mise en œuvre avant le terme des expérimentations.**



# LE DÉFI DU DÉPLOIEMENT EN PÉRIODE DE CRISE

## Mise en œuvre et démarrage des expérimentations

60 expérimentations sur les 103 autorisées (soit 58 %) ont démarré, c'est-à-dire qu'elles ont commencé à inclure des patients.

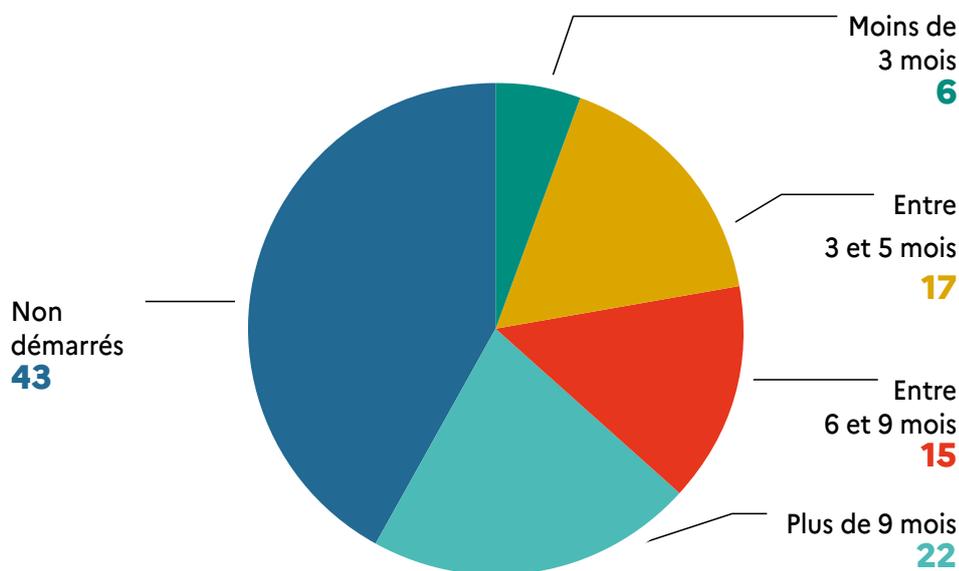


Figure 19 • Délais entre l'autorisation du projet et la première inclusion de patient pour l'ensemble des projets autorisés

En moyenne, le délai de démarrage de l'ensemble des projets ayant inclus est de 8 mois. Un peu plus d'un tiers d'entre eux ont démarré en moins de 6 mois et autant en plus de 9 mois.

La période entre l'autorisation de l'expérimentation et la première inclusion correspond à une période de préparation et de mise en place de tous les éléments nécessaires au bon démarrage. Une séance d'accélérateur national ou régional d'aide à la mise en œuvre (*Anamo/Aramo*) est notamment prévue pour passer en revue entre autres le pilotage, le conventionnement avec la Cnam ou encore l'évaluation du projet<sup>9</sup>. Durant ces quelques mois sont mis en place le circuit des données et de facturation ainsi que le système d'information associé, essentiels pour le démarrage et la suite de l'expérimentation. Les formations spécifiques des professionnels impliqués, requises pour certaines expérimentations, se déroulent également sur cette période.

<sup>9</sup> L'accélérateur, développé dans le cadre de l'accompagnement des projets Article 51, est un dispositif d'innovation collaborative qui prend la forme d'ateliers au service de l'avancement des projets.

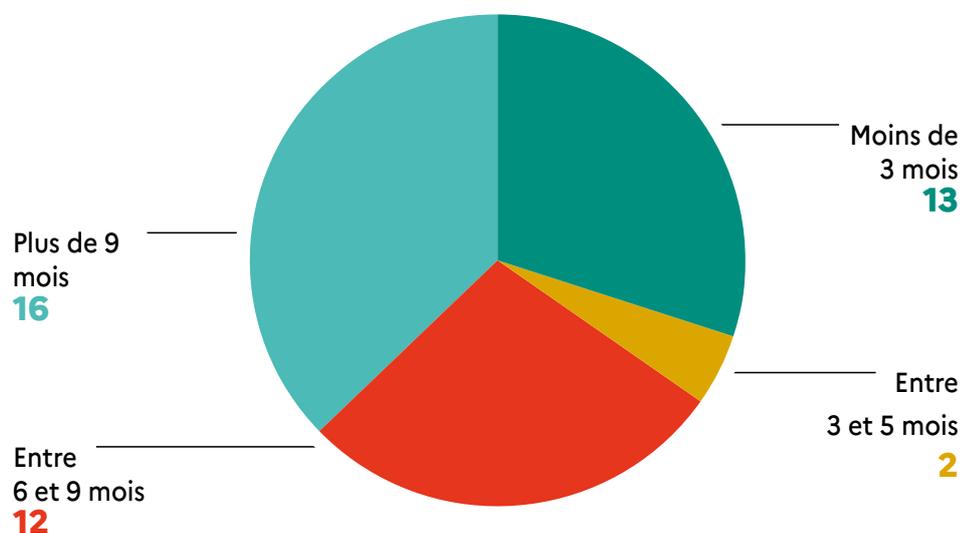


Figure 20 • Délais depuis l'autorisation du projet pour les projets non démarrés

De manière générale, les inclusions n'ont pas respecté les prévisions de montée en charge inscrites dans les cahiers des charges avec des délais de démarrage plus longs que prévus. Vingt projets n'ayant pas démarré ont été autorisés depuis plus de 9 mois, l'autorisation de huit d'entre eux étant antérieure à juin 2020.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards de démarrage ou d'inclusion : des ambitions trop optimistes au regard de la réalité du terrain, des problèmes de coordination ou de pilotage, une mise en œuvre difficile du SI, la complexité des circuits de facturation ou des événements imprévus tels que la crise sanitaire. Celle-ci a indéniablement eu un impact, comme nous allons le voir ensuite. Néanmoins, elle n'en est pas l'unique responsable. D'autres points de difficultés inhérents aux projets ont pu y contribuer. Il est cependant difficile d'isoler et d'estimer l'impact de la crise d'autant plus que les points de difficultés peuvent se conjuguer et renforcer l'impact.

## Impact de la crise de la Covid-19

La crise de la Covid-19 est apparue au moment de la montée en charge de l'Article 51 perturbant les prévisions de démarrage et d'inclusions des expérimentations. La première inclusion tous projets confondus datant de septembre 2019, le démarrage et la mise en œuvre des expérimentations étaient encore relativement récents au cours du premier trimestre 2020.

La **mobilisation sans précédent de l'écosystème de la santé** pour la gestion de crise a fortement porté atteinte à la disponibilité des acteurs (professionnels et institutionnels) des projets. Or, les projets reposant souvent sur l'engagement des professionnels de santé, leur indisponibilité a contrarié le bon déroulement de leur mise en œuvre.



Les structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires ont aussi beaucoup été mobilisées, avec une suspension ou un report de certaines missions au profit de la gestion de crise. En particulier, les pharmacies et laboratoires ont mis de côté certaines activités (dont celles des expérimentations Article 51) pour se concentrer sur la réalisation de tests de dépistage de la Covid-19. Les projets Article 51 se déroulant en Ehpad ont été confrontés à la gestion des malades de la Covid-19 et à l'organisation des campagnes de vaccination, reléguant de fait d'autres actions à plus tard.

Ainsi, le principal impact a été la **modification des calendriers prévus pour les projets**, soit dans leur démarrage, soit dans la montée en charge avec un report des inclusions prévues.

**L'impact de la crise sanitaire** a eu des effets directs sur 53 projets, soit un peu plus de la moitié de l'ensemble des projets autorisés. On considère qu'il y a un impact dès lors que le fonctionnement habituel du projet a été ralenti et que des adaptations de modalités de mise en œuvre ont dû être prises. Néanmoins, cet impact s'est traduit de différentes manières sur chacun des projets avec des conséquences plus ou moins importantes.

- Pour un quart des projets, la **portée de la crise a été relativement limitée** et s'est concentrée sur les modalités de fonctionnement, en obligeant par exemple à reporter certaines réunions ou à les tenir à distance, comme cela a par exemple été le cas pour les expérimentations *Immunothérapie* ou *PEPS*.
- Pour les trois quarts restant, l'impact a été plus conséquent et correspond à un **décalage ou à une interruption des inclusions**. Le délai de démarrage de certains projets a été rallongé, comme pour l'expérimentation *ADMR* qui a décalé son lancement d'avril à septembre 2020. D'autres ont interrompu leurs inclusions pendant plusieurs mois, c'est le cas pour *Diva* qui a arrêté pendant 5 mois la participation des patients initiateurs et qui a suspendu le suivi des patients déjà pris en charge afin de limiter le risque d'exposition de ces patients.



Les conséquences de la crise ont été particulièrement importantes lors du premier confinement, entre mars et mai 2020. Cela s'est traduit par une pause, à la fois dans l'instruction des projets avec un seul projet autorisé et dans le déploiement des expérimentations avec une suspension des lancements. En outre, beaucoup de projets ont interrompu leurs inclusions faute de personnel.

À partir de septembre 2020, le dispositif Article 51 a retrouvé un rythme d'activité habituel même si les effets de la crise ont continué de perturber et de décaler le démarrage et la mise en œuvre des expérimentations. Les porteurs de projet et les pouvoirs publics ont su revoir leur organisation pour l'adapter aux conditions sanitaires et continuer de faire avancer leur projet. La signature des conventions de financement par la Cnam a été dématérialisée ce qui a permis des démarrages plus rapides. Trois des quatre expérimentations autorisées en février 2020 ont ainsi réussi à démarrer en moins de 6 mois.

Les 38 projets autorisés à partir d'octobre 2020 ont été relativement épargnés, avec un impact de la Covid-19 plutôt limité. Ils ont pu mieux prendre en compte la situation sanitaire et les contraintes engendrées pour adapter leur modèle et leur calendrier en amont.

Il est également important de noter que la crise sanitaire a également eu **des effets positifs** : le développement de la prise en charge à distance pour les projets en cours et la naissance de projets issus de la crise avec notamment les expérimentations *Microstructures post-Covid-19* et *Régulation des urgences dentaires*.

**RAPPORT AU PARLEMENT SUR  
LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ**

**PARTIE 1 – L'APERÇU GÉNÉRAL PAR ...**

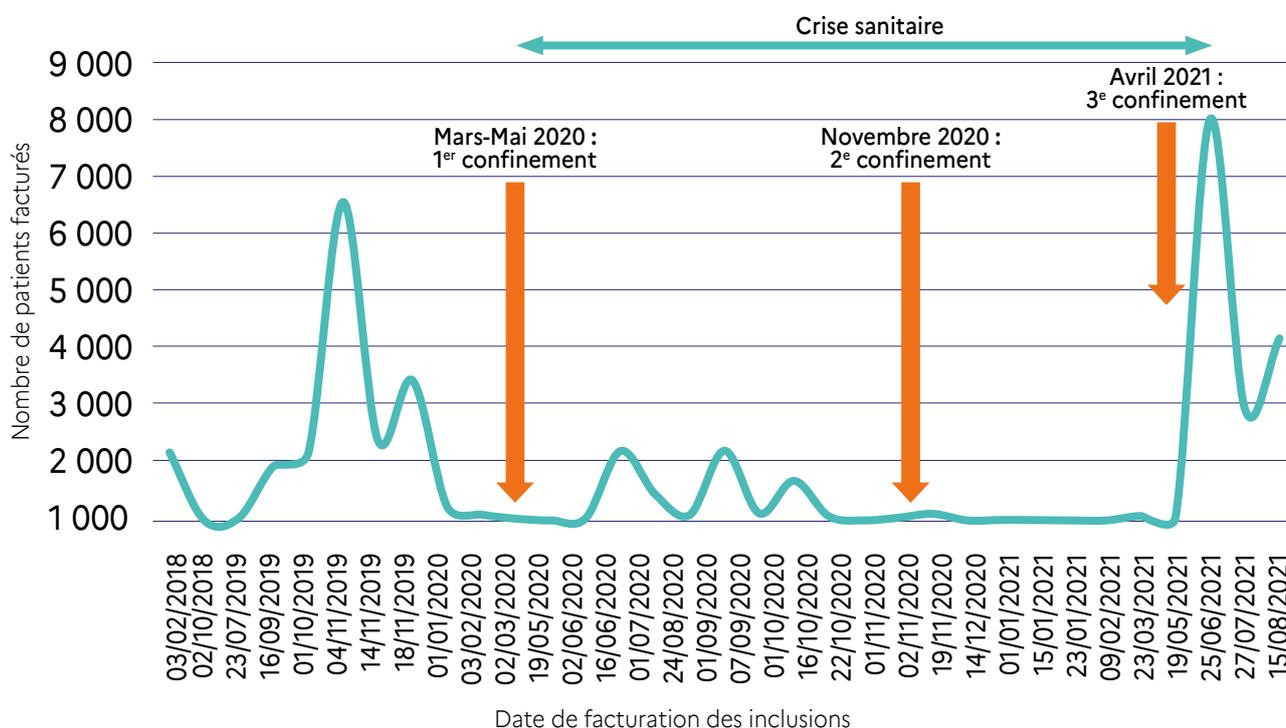


Figure 21 • Impact de la crise de la Covid-19 sur la dynamique de facturation

L'impact du confinement peut être approché par la facturation des prestations dérogatoires via la plateforme de la Cnam. Cette approche doit néanmoins être nuancée car le rythme de facturation peut varier selon les projets : Biosimilaires par exemple connaît deux versements par an, certaines facturations à l'épisode de soins se font en fin de séquence, d'autres à l'inverse lors de l'inclusion des patients.

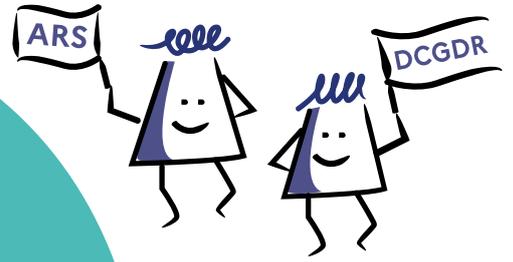
Les confinements successifs et notamment ceux de mars à mai 2020 et de novembre 2020 ont ralenti la dynamique de facturation des projets. La période entre juin et octobre 2020 se caractérise par une reprise de celle-ci mais elle reste loin du niveau pré-crise. À noter que le pic de début de l'année 2021 correspond à un rattrapage, certains projets ayant facturé pour plusieurs mois de l'année 2020.



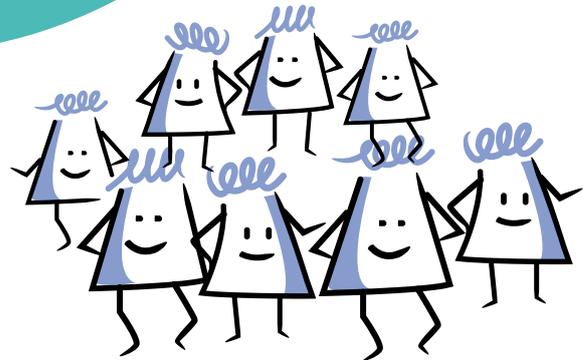


# 2

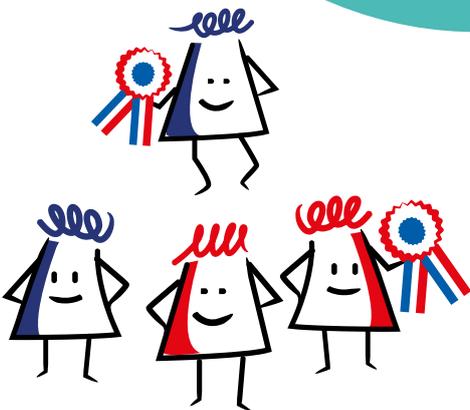
## L'ARTICLE 51...



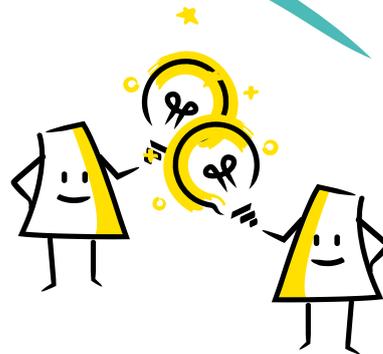
VU PAR LES ARS/DCGDR



VU D'AILLEURS



VU PAR L'ÉQUIPE NATIONALE A51



VU PAR LES PORTEURS DE PROJETS



## VU PAR LES PORTEURS DE PROJETS

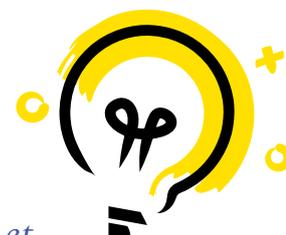
### Ce que l'on peut retenir des premiers rapports d'étape des porteurs de projets

La rédaction de rapports d'étape par les porteurs de projet est une exigence réglementaire qui permet d'apporter des éléments complémentaires aux rapports d'évaluation. Il s'agit de récits des réalisations et du fonctionnement des projets qui rapportent l'expérience des porteurs et qui documentent le suivi des expérimentations.

Ils sont destinés au comité technique et au conseil stratégique de l'innovation en santé. 43 premiers rapports d'étape ont été reçus par la rapporteure générale au début du second trimestre 2021, ils concernent les expérimentations autorisées depuis plus d'un an

#### Une dynamique communicative...

« La motivation des équipes et la satisfaction des patients et des prescripteurs nous encouragent à continuer ! »  
Structures libérales légères



La très grande majorité des rapports d'étape met en exergue la **motivation** et l'**investissement** des équipes pilotes des projets, déterminantes dans le dynamisme de l'expérimentation, mais également des professionnels de santé impliqués. Les porteurs font remarquer que leurs projets suscitent un réel intérêt dans l'écosystème de la santé avec une **reconnaissance** de leur **caractère innovant** et de leur potentiel pour **améliorer le service rendu aux patients** et pour **répondre aux besoins de terrain**. Les bénéfices relevés incluent également la satisfaction des patients et des professionnels de santé.

« Il reste du chemin à parcourir. Cependant la certitude d'avoir apporté du soin, du confort et du soutien aux patients, aux soignants et aux médecins traitants est une première étape fondamentale de ce projet. » Toktokdoc



« La co-construction avec les acteurs de santé permet d'échanger de bonnes pratiques et d'identifier les leviers et solutions permettant l'amélioration des prises en charge. » EDS

Cette motivation est en outre collective, avec une réelle **volonté de travailler ensemble** mise en avant par les porteurs. La cohésion d'équipe et la collaboration fructueuse avec les partenaires institutionnels et professionnels apparaissent comme une condition de réussite. La coordination et la coopération effectives lors de la mise en œuvre permettent de créer des liens qui n'existaient pas ou de les renforcer, par exemple entre la ville et l'hôpital. C'est aussi l'occasion de décroiser les pratiques.

### ... mais également des critiques

Un élément récurrent est la **complexité et la longueur des différents processus**. Ils demandent une disponibilité et un engagement conséquents des porteurs de projets et de toutes les personnes impliquées. Après autorisation, les premières difficultés à la mise en œuvre sont notamment liées à la complexité des modalités de facturation.

« Les différentes étapes de structuration de l'expérimentation et de mise en place du SI ont été beaucoup plus complexes que prévu. Ce travail, certes très intéressant car pouvant aboutir à une transformation du système de soins a énormément mobilisé les porteurs (54 réunions) les plaçant parfois en difficulté pour assumer leurs autres fonctions. » Paco

Un autre point soulevé lors de la mise en œuvre est la transmission de données aussi bien pour la facturation que pour l'évaluation. Le temps et les ressources nécessaires, par exemple pour constituer un système d'information performant et ergonomique pour le recueil, la transmission et le partage des données, n'ont souvent pas été anticipés lors de la construction du projet. La mise en œuvre d'un projet sous-tend un véritable **changement de pratiques et de modes de travail** pour l'équipe de soins, ce qui peut représenter un vrai défi.

Les projets restent néanmoins très personne dépendante. Il arrive que des structures, des professionnels de santé ou encore des patients se désistent suite à un manque de disponibilité, un changement de poste, des réticences ou encore des bénéfices perçus comme trop faibles, ce qui fragilise la mise en œuvre des projets.



Les freins évoqués ci-dessus ont une **incidence sur le calendrier et sur le nombre de patients inclus**, ils entraînent des retards dans différents aspects de mise en œuvre. Ainsi, très peu de projets ont réussi à atteindre leurs objectifs d'inclusion inscrits dans le cahier des charges, notamment à cause de l'apparition d'un frein additionnel majeur, la crise sanitaire.

### Des projets percutés par la crise de la Covid-19...

*« Une année exceptionnelle pour tous, perdue pour l'expérimentation Di@pason dans la mesure où les laboratoires d'analyses médicales n'ont fait que... de la Covid-19. » Di@pason*

L'année 2020, qui correspond à la période de démarrage de beaucoup de ces expérimentations, a été marquée par la crise de la Covid-19. Le manque de disponibilité des professionnels de santé a certainement été un des facteurs les plus bloquants. Certains rapports de projets en lien avec les pharmacies d'officine ou les laboratoires médicaux mettent en avant le fait que la gestion des tests a monopolisé ces structures et était plus attractive que les prestations proposées dans le cadre de l'Article 51. L'impact est variable mais **la crise a impacté l'ensemble des projets**. Certains, comme la prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance, l'ont toutefois été d'une manière positive et ont été autorisés à élargir leurs effectifs d'inclusion en réponse aux besoins révélés par la crise.





... mais également certains effets bénéfiques de celle-ci

« Cette période a été riche en apprentissages et a permis d'accélérer certains aspects de la coordination entre acteurs qui sont au cœur du projet IPEP comme le rôle pivot de l'exercice coordonné, le développement accéléré du lien ville/hôpital, la prise en charge à distance et l'essor de certains outils numériques. » IPEP



Malgré les bouleversements provoqués par la crise de la Covid-19, certains porteurs de projets soulignent les apprentissages tirés de cette période. Comme dans tous les domaines d'activité, les porteurs ont su s'adapter pour continuer leur projet en faisant appel à une organisation en distanciel (réunions en visioconférence, formations en ligne voire des téléconsultations).

Et un retour d'expérience concernant la gestion de projet

**La communication sur le projet**, à la fois à destination des professionnels de santé ou des établissements et à destination des potentiels patients, semble être un élément à ne pas négliger. Elle permet en effet de se faire connaître et de faciliter le recrutement.

Une **chefferie de projet dédiée au pilotage de l'expérimentation**, en plus de l'équipe de soins, avec une gouvernance claire permet un pilotage efficace de l'expérimentation et se révèle extrêmement facilitante. Il est également nécessaire de bien identifier les actions à mener, le rôle de chacun et de disposer d'outils spécifiques. Les moments d'échange au sein de l'équipe projet et aussi avec les partenaires institutionnels (ARS, EN51, Cnam...) paraissent essentiels dans le suivi du projet.

Par ailleurs, **un contact systématique précoce avec l'équipe évaluatrice externe** apparaît comme crucial pour les porteurs de projet pour co-définir en amont les indicateurs d'évaluation les plus pertinents. Certains, quand cela n'a pas été le cas, le déplorent.

En conclusion, les premiers rapports d'étape dressent un panorama assez éloquent du dispositif dans l'élaboration et la mise en œuvre concrète des projets en mettant en avant les éléments facilitateurs et les points de difficulté. Bien que porter un projet Article 51 requiert un temps non négligeable, l'intérêt et les bénéfices tirés semblent prévaloir. La motivation des acteurs et les bénéfices attendus permettent de surmonter les obstacles : « **l'Article 51 est une aventure complexe, novatrice et exaltante.** » SBDM-Ehpad



## Des nouvelles de PEPS, IPEP et EDS

Les trois expérimentations ont débuté en 2019, ont été co-construites avec les acteurs et ont pour ambition d'expérimenter des modèles organisationnels et de financement portant sur l'exercice coordonné dans les différentes composantes du système de santé. Ces trois expérimentations se caractérisent par des modèles économiques complexes et des incitatifs pour garantir l'atteinte d'objectifs de qualité, d'efficience ou de santé publique.

### UNE ANNÉE DÉCISIVE POUR PEPS

**Entretien avec Emmanuel Frère Lecoutre, Claire Montête, Manon Flandrois (DSS), Emilie Herbrecht, Ayden Tajahmady (Cnam)**

L'ambition de l'expérimentation Paiement en équipe des professionnels de santé de ville, PEPS, est que le mode de rémunération des professionnels de santé permette la meilleure prise en charge possible. Adapter le mode de financement à un exercice coordonné avec un paiement collectif forfaitaire prospectif permet de prendre en compte à la fois des enjeux d'efficience, d'accès aux soins et de qualité !

#### **2021, une année pour une révolution copernicienne !**

14 structures ont franchi le cap et sont passées du paiement à l'acte au paiement prospectif en janvier 2021. La rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé participants est libre dans son utilisation et dans sa répartition.

Le paiement collectif forfaitaire prospectif est un modèle complexe à construire. Sa co-construction se poursuit avec les équipes pluri-professionnelles.

Ce nouveau mode de rémunération prospectif et substitutif correspond à une rémunération forfaitaire calibrée selon les profils des patients et prenant en compte le taux de fidélisation de la patientèle. Cette rémunération forfaitaire est ajustée en fonction de l'activité de l'équipe PEPS et modulée en fonction du taux de pauvreté, et de la qualité. Elle permet d'ajuster la rémunération à la personne prise en charge et non plus à un acte standardisé.



*On prend un temps, à chaque consultation, pour expliquer les avantages d'un paiement forfaitaire pour l'approche globale de la santé, c'est un temps d'échange très intéressant ! »*

*Le Collectif Santé de St Caprais*



Ce modèle prospectif, pour atteindre un objectif de rémunération adaptée aux besoins de santé publique, doit prendre en compte plusieurs contraintes telles que :

- produire des résultats robustes, compréhensibles et lisibles par les acteurs ;
- être utilisé en routine alors qu'il est construit à partir de données médico-administratives disponibles à un instant T.

Le passage d'un paiement à l'acte à un paiement adapté à la personne a donné de la souplesse aux professionnels de santé dans leur organisation. Les modulations à la qualité, à la fidélisation et les ajustements au risque, la situation sociale et à l'activité sont appliquées à la rémunération forfaitaire afin de corriger les éventuels écarts que pourraient engendrer les changements d'organisation. En effet, un des enjeux majeurs de PEPS est la structuration de la médecine de ville pour prendre en charge les maladies chroniques et complexes.

Un des autres impacts de l'introduction d'un paiement prospectif est l'absence de description de l'activité médico-administrative (nomenclature). Aussi, un des enjeux du passage à un paiement prospectif est la création d'un référentiel d'activité (nomenclaturée et hors nomenclaturée) pour pouvoir collecter les données nécessaires au calcul du paiement prospectif.

La complexité de ce modèle est à la hauteur de la transformation attendue. Le passage au paiement prospectif a eu un effet catalyseur pour les équipes expérimentatrices. En effet, ces équipes étaient engagées de plus ou moins longue date dans l'élaboration de parcours pour leurs patients. Les travaux préparatoires au paiement prospectif leur ont permis de développer une approche holistique et de concrétiser des parcours globaux pour leurs patients.

Le nouveau modèle de financement a libéré les professionnels de santé des contraintes du paiement à l'acte, ils ont retrouvé plus de souplesse dans leur organisation. Les équipes PEPS déclarent mettre cette souplesse à profit pour dédier du temps à la coordination, aux staffs réguliers des équipes pluridisciplinaires et aux échanges avec leurs partenaires.

Les nouveaux chantiers de PEPS qui se poursuivront en 2022 sont des chantiers opérationnels qui impliqueront d'autres acteurs tels que les éditeurs de logiciel pour adapter et simplifier les SI, le chantier qualité avec notamment l'expérience patient.

Un des défis auxquels se confronteront également les équipes est le partage de la rémunération entre les professionnels de santé et la communication sur ce nouveau modèle.



*Depuis la bascule, on a pu ouvrir un temps de consultation supplémentaire pour des cas spécifiques grâce à une diminution du temps des consultations en général ; on a réorganisé les agendas avec des temps dédiés aux échanges, entre les médecins et l'accueil ; PEPS nous apporte des temps de libertés qui permettent de la coordination. »*

*MSP des Allymes*



## L'INSCRIPTION D'IPEP DANS LES TERRITOIRES ET LA MOBILISATION DES ACTEURS

### Entretien avec Lucie Humeau (DGOS) et Pierre Bergman (Cnam)

L'objet de l'expérimentation IPEP est inspiré du modèle des *Accountable Care Organizations*, avec la mise en place de groupements de professionnels de santé, responsables collectivement de la qualité et des coûts de la prise en charge des patients sur un territoire. Cette responsabilité collective se matérialise par un intéressement collectif versé sur la base d'objectifs de qualité et d'efficacité des dépenses d'assurance maladie. 2021 a été marquée par un passage à l'échelle de l'expérimentation IPEP avec l'intégration de 11 nouveaux groupements aux 18 premiers groupements pionniers intégrés en 2020.

#### **2021, une articulation des groupements des professionnels de santé avec les CPTS ?**

Le paysage des 29 groupements de professionnels de santé est assez varié dans IPEP (MSP, groupement de MSP, centre de santé, CPTS, comité ville-hôpital, GCS, dispositifs de coordination de type PTA) et implique des volumes de patientèle très différents (de 5 000 patients à plus de 100 000).

Certains groupements de professionnels du fait de leur petite taille ont pu rapidement déployer leur projet organisationnel, la télémédecine et les actions de prévention. En fonction de la taille des groupements de professionnels de santé et la taille du territoire, les professionnels de santé soulignent l'importance d'un leadership voire d'une gouvernance forte pour assurer la coordination au sein du groupement et mettre en œuvre leurs plans d'action.

Dans le cadre de l'expérimentation IPEP, des données issues du système national des données de santé (SNDS) décrivant la patientèle du groupement sont mises à sa disposition. Ces données permettent aux groupements d'identifier les particularités de la patientèle (caractéristiques sociodémographiques, état de santé, parcours), d'identifier les points de rupture, de partager avec leurs partenaires territoriaux les indicateurs et de suivre l'impact des actions engagées collectivement. La mise à disposition de ces données

aux groupements de professionnels de santé porteurs de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est un atout essentiel pour construire et outiller les CPTS. Pour certains groupements de professionnels, l'expérimentation IPEP est une opportunité pour préfigurer leurs CPTS. Pour les CPTS expérimentatrices d'IPEP, les données SNDS mises à disposition sont de réels outils de pilotage et les autres outils d'IPEP aident à fédérer les acteurs.

L'intérêt suscité par ces données a été également à l'origine d'une démarche originale par quelques groupements qui ont pris l'attache d'un département d'information médicale (DIM) pour analyser les données disponibles dans leur système d'information.

L'analyse de ces données invite les professionnels de santé en fonction du niveau de maturité du groupement à engager une approche réflexive sur leurs pratiques communes et individuelles. L'analyse des parcours de la patientèle a suscité des initiatives de groupements de professionnels pour mieux travailler avec les établissements de santé. À titre d'exemple, l'infirmière d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) participe au comité de sortie d'un établissement, deux groupements de professionnels se sont fédérés pour aller à la rencontre des établissements de leur territoire pour définir des protocoles d'admission et sortie des établissements de santé.

#### **Définir des indicateurs, une gageure ?**

L'intéressement collectif est basé sur la valorisation des gains d'efficacité modulée par la qualité. Le calcul des gains d'efficacité réalisés par les groupements s'appuie à la fois sur l'écart entre la dépense du groupement et la dépense nationale, dans une approche statistique avec un ajustement au risque à partir des caractéristiques des patients, et sur l'évolution des dépenses du groupement en comparaison de l'évolution des dépenses nationales, dans une approche dynamique. L'impact de la crise de la Covid-19 sur la consommation des soins est en cours d'analyse



afin de pouvoir appliquer les ajustements nécessaires, le cas échéant.

La modulation par la qualité de cet intéressement passe par la valorisation de dix indicateurs calculés *via* le SNDS et d'indicateurs portant sur la prévention, l'usage numérique et l'expérience patient. La définition d'indicateurs de prévention avec des critères de notation et de pondération couvrant la prévention primaire, secondaire et tertiaire a été un exercice complexe et délicat. Les indicateurs sur l'usage numérique ont été axés sur le DMP et le suivi des parcours. Les indicateurs sur le suivi des parcours sont très dépendants des outils développés en région, chaque région ayant une dynamique propre sur le déploiement de ces

outils numériques. L'expérience patient est en soi une expérimentation dans l'expérimentation.

L'expérience patient est déployée dans IPEP et PEPS avec l'appui de la HAS. Elle stimule beaucoup les groupements de professionnels de santé. Si une adhésion de principe au concept de l'expérience patient en ce qu'il reflète la volonté d'un service rendu optimal est acquise, son usage par les groupements et son administration font l'objet de travaux et de réflexion. L'expérience patient est aujourd'hui administrée sous la forme d'un long questionnaire par mail ce qui n'est pas sans poser des difficultés vis-à-vis de certains patients. Des modalités d'administration alternatives sont souhaitées par certains acteurs.

### **Témoignage de la CPTS de Colomiers – Dr Venuil**

Ce groupement intégré en 2021 est porté par une CPTS.

#### **Comment articuler les deux projets, IPEP et CPTS ?**

La volonté est que les deux projets IPEP et CPTS « se nourrissent l'un l'autre ». Les actions menées prennent en compte les attendus liés aux CPTS et au projet IPEP, car les missions d'IPEP sont très proches des missions socles des CPTS. Un poste de coordinateur ayant la double casquette IPEP et CPTS a également été créé.

#### **Quelles ont été les modalités de mobilisation des professionnels ?**

En l'absence de permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur le territoire, la nécessité pour les professionnels de se connaître et de travailler ensemble est essentielle.

Pour ce faire, une démarche de sensibilisation massive a été menée auprès des professionnels du territoire, ainsi qu'un démarchage individuel dans les cabinets.

Des flyers et des affiches expliquant l'expérimentation IPEP ont été réalisés par le Copil IPEP aidé de l'URPS médecins. Ils sont utilisés comme support lors des rencontres avec les professionnels de santé afin de leur expliquer les objectifs d'IPEP. Ces supports sont également affichés dans les salles d'attente et distribués aux patients afin d'expliquer la démarche du projet et l'intérêt de leur participation en répondant au questionnaire expérience patient.

Trois demi-journées de travail ont été organisées fin août, début septembre 2020. Elles ont permis de réunir un grand nombre de professionnels (médecins, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens, infirmier(e)s, sage-femmes, psychologues...). L'objectif était de co-construire les actions prioritaires à mettre en place. Au cours de différents ateliers, les professionnels ont appris à se connaître, ont pu échanger sur les constats territoriaux, les objectifs de l'expérimentation et ont réalisé la rédaction conjointe de cinq « fiches action ». Ces fiches, communes aux projets IPEP et CPTS, décrivent précisément le contexte, les objectifs, les actions prévues, les acteurs mobilisés, les outils utilisables, le calendrier ainsi que les critères d'évaluation envisagés. Elles sont utilisées comme fil conducteur tout au long de la mise en place de ces actions.



## DES TRAVAUX FORTEMENT IMPACTÉS PAR LA CRISE DE LA COVID-19 POUR EDS

### Entretien avec Christopher Poisson-Calais (DGOS) et Éric Ekong (Cnam)

L'expérimentation d'une rémunération qui associe la ville et l'hôpital autour d'un épisode de soins a pour but de faire émerger de nouvelles organisations s'appuyant sur les bonnes pratiques de prise en charge en dépassant les limites du financement cloisonné. Bien que l'expérimentation se déroule en mode « rétrospectif », c'est-à-dire sans modification des modalités de facturation actuelles mais avec une analyse périodique des résultats, une des ambitions à terme est d'envisager la faisabilité d'un paiement prospectif (un forfait délivré au début de l'épisode de soins) pour les trois épisodes de soins considérés (prothèse de hanche, prothèse du genou et colectomie pour cancer).

#### **2021, une phase d'apprentissage**

Le modèle EDS est un modèle complexe, qui comprend deux grandes composantes : une composante économique avec une dépense cible (forfait EDS ajusté au risque), et une composante qualité (enveloppe qualité dédiée avec une rémunération de la qualité de type IFAQ – Incitation financière à l'amélioration de la qualité). Le forfait EDS couvre l'ensemble des prestations de soins nécessaires à l'intervention chirurgicale en amont, pendant et en aval. Pendant la phase d'apprentissage, les paramètres du modèle ont été stabilisés et les montants ont été actualisés sur la base des tarifs de la campagne 2021. Après un arrêt total sur plusieurs mois des travaux liés à la crise de la Covid-19, les expérimentateurs ont pu être mobilisés pour adapter et valider les variables de l'ajustement au risque ainsi que la méthode de *scoring* des indicateurs qualité.

L'ajustement au risque à partir des caractéristiques des patients et les indicateurs qualité sont dépendants de l'évolution des approches informationnelles des acteurs de l'écosystème de la santé et de l'évolution des systèmes d'information. L'urbanisation des systèmes d'information et leur interopérabilité sont actuellement des points d'attention pour les acteurs engagés dans les approches « parcours ».

Ce paiement à l'épisode de soins est fondé sur un principe de partage des gains d'efficacité entre les professionnels impliqués dans l'accompagnement et les soins. Ce mécanisme de partage doit inciter les acteurs à coopérer, et emporte également la question de la répartition entre les différents acteurs. Cela nécessite une maturité collective et de confiance entre les acteurs. Plusieurs sessions ont été consacrées à la définition des règles de répartition entre les acteurs.

L'impact de la crise de la Covid-19 a nécessité un réajustement du planning avec le décalage de l'entrée en phase 2 de l'expérimentation initialement prévue au printemps 2021 à l'automne 2021. Les prochaines étapes pour les expérimentateurs à l'automne 2021, outre l'entrée dans la phase 2 de l'expérimentation, sont les rencontres avec les CPTS, les unions régionales des professionnels de santé (URPS) pour présenter leurs démarches EDS et proposer un partenariat fondé sur un partage d'informations et de protocoles.



## Les expérimentateurs EDS témoignent d'un changement de culture dans leurs établissements.

### Le partenariat



*Avec EDS, nous nous sommes ouverts à des partenaires que nous ne connaissions pas, les URPS par exemple. Nous apprenons à construire une relation durable avec elles dans l'intérêt des patients [...]. Nous construisons également un partenariat tout à fait intéressant avec les infirmières, elles sont de fidèles partenaires dans le parcours des patients, avant et après l'intervention. »*

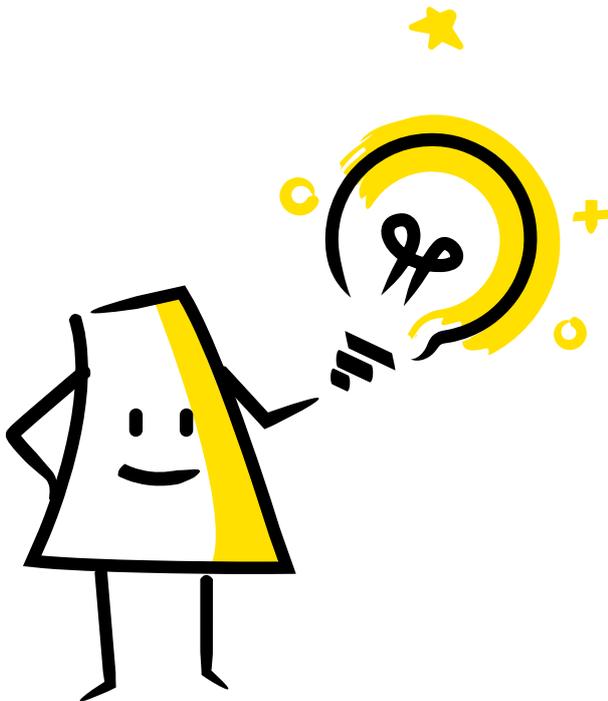
*Yves Asencio GCS Bahia*

### Le partage d'informations



*L'accès extemporané à l'intégralité des données patients conditionne le pilotage de la qualité des parcours de soins. Techniquement, il repose sur la maturité des systèmes d'information, notamment de l'interopérabilité de ses différentes composantes clairement soutenue par une politique nationale de labélisation des fournisseurs d'applications (dossier patient numérique, applications relation patient et gestion de parcours). Sur le plan opérationnel, la conduite du changement repose sur l'implication des professionnels de santé et la standardisation des outils. L'objectif est de garantir la confiance dans un dossier patient qualitatif alimenté par des données utiles pour tous, au quotidien, sans ressaisies itératives. In fine, les données patients alimentent les programmes de recherche et d'évaluation destinés à l'amélioration des résultats des parcours de soin. »*

*Jean Félix Verrier Capio Ramsay*





### **Témoignage de Leslie Gabourg, infirmière de coordination (Idec) à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM) à Paris**

Dans cet établissement a été mis en place un dispositif d'éducation thérapeutique en orthopédie, « l'école des patients ».

#### **En tant qu'Idec, comment intervenez-vous dans le parcours de soins des patients opérés au sein de votre établissement ?**

« Je m'occupe beaucoup des patients, en orthopédie, en amont de l'hospitalisation, notamment au cours de l'école des patients (cf. question ci-après) durant laquelle je leur fais part d'un certain nombre d'informations (déroulement de leur hospitalisation, matériel qu'ils doivent ramener au cours de leur séjour...). J'illustre le tout par une vidéo.

Après l'opération, je viens les voir en chambre afin de leur demander comment ils vont, comment se passe leur séjour, est-ce que l'école des patients les a aidés... Pour finir, je les appelle environ 3 semaines à 1 mois après l'opération afin de savoir où et comment se passe leur rééducation, leur cicatrisation, savoir s'ils ont des douleurs... Cela me permet également de répondre à leurs interrogations potentielles. Certains se questionnent sur la prise des médicaments, sur la rééducation, sur leur quotidien... Les appeler peut permettre de réajuster la prise en charge, et ils sont ravis d'avoir un contact et que leur avis soit pris en compte. »

#### **Pouvez-vous nous dire quelques mots sur l'école des patients mise en place à l'IMM ?**

« L'école des patients devait être lancée l'année dernière, or tout a été suspendu en raison de la première vague de la Covid-19. À la suite de cette première vague, nous avons décidé de travailler à la mise en place d'une école des patients virtuelle. Cette dernière est mise à disposition des patients sur le site internet de l'IMM. Ils peuvent y retrouver la majorité des informations, ainsi qu'une courte vidéo explicative illustrant à travers différentes saynètes le déroulement de l'hospitalisation, de l'arrivée du patient (J0) à sa sortie.

En général, les patients sont guidés vers l'école des patients par le chirurgien, ou par la secrétaire médicale à la suite de la consultation. Des sessions ont repris début juin en présentiel. C'est très interactif. Les patients et leurs éventuels accompagnants peuvent verbaliser leurs craintes et être rassurés quant à la suite de leur parcours. »



# VU PAR LES ARS/DCGDR

## Une dynamique touchant la quasi-totalité des territoires

### Répartition par région des projets régionaux déposés à l'initiative d'acteurs

Les régions totalisant le plus grand nombre de projets déposés auprès de l'ARS sont l'Île-de-France, la Bretagne (appel à projets en 2018) et les Pays de la Loire.

#### Nombre de projets déposés à l'initiative d'acteurs

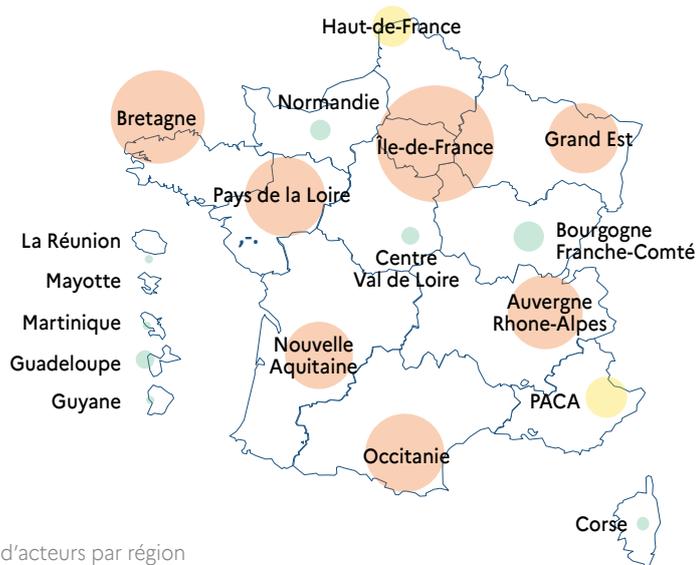


Figure 22 • Nombre de projets déposés à l'initiative d'acteurs par région

### Déploiement des expérimentations autorisées dans les régions de France

La carte présente le déploiement, dans les régions des différents types d'expérimentations, qu'elles soient :

- régionales à l'initiative d'acteurs ;
- nationales (plusieurs régions concernées) à l'initiative d'acteurs ;
- d'initiative ministérielle<sup>10</sup> (type PEPS, IPEP, EDS, Obepedia, etc.).

Les régions concentrant, au total, le plus de projets autorisés sont l'Occitanie et l'Île-de-France.

#### Nombre de projets autorisés à l'initiative d'acteurs



- Nombre d'expérimentations régionales
- Nombre d'expérimentations nationales déployées dans la région
- Nombre d'initiatives ministérielles déployées dans la région

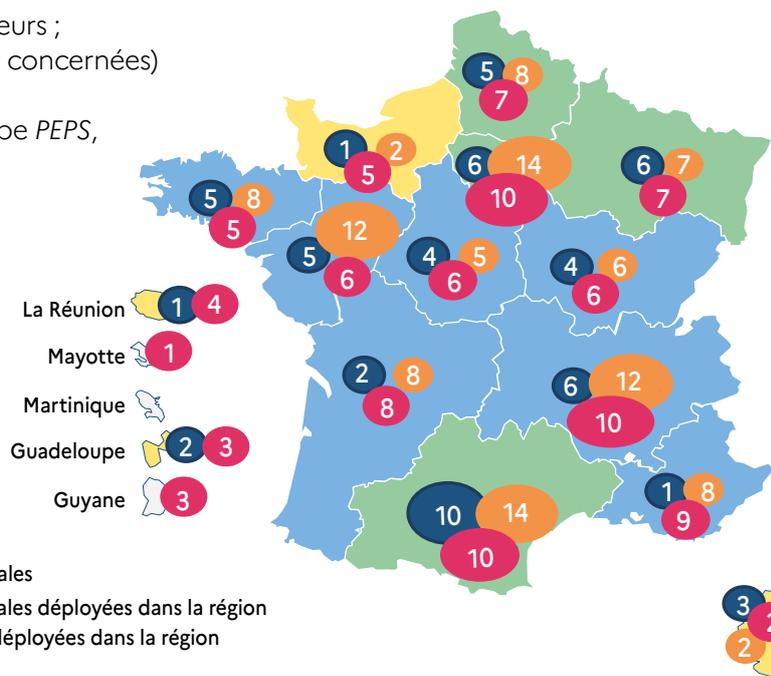


Figure 23 • Déploiement par région de l'ensemble des expérimentations autorisées

<sup>10</sup> À la différence du rapport 2020, le compte pour les initiatives ministérielles est fait par région et non par territoire d'expérimentation (1 point compté quand l'expérimentation ministérielle se déploie dans la région).



## Plongée au cœur des ARS

### LE 51 EN RÉGION OCCITANIE

Pierre Ricordeau, directeur général de l'ARS Occitanie, constate un bon ancrage régional de la « dynamique 51 », maintenue par un dialogue renforcé avec les porteurs de projets et une confiance des acteurs de santé du territoire malgré la mobilisation des équipes sur la Covid-19 qui a ralenti les travaux sur les projets 51.

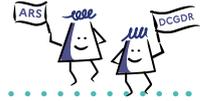
Sur la méthode, il souligne la puissance de l'outil 51, au cœur de l'action des ARS, notamment pour la construction des parcours de santé sur tous les territoires de sa grande région. En Occitanie, l'ARS s'est appropriée le dispositif 51 comme un levier supplémentaire pour la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS). Les projets autorisés portent tous sur des thèmes à fort enjeu du PRS : santé mentale et addictions, prévention de la fragilité des PA, accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap, suivi des patients atteints de maladies chroniques, troubles

du neuro-développement chez l'enfant (TSLA). De manière cohérente, le dispositif 51 a été confié aux équipes en charge du PRS en articulation étroite avec les directions métiers de l'agence, les 13 délégations départementales pour l'analyse des besoins de proximité, l'Assurance Maladie (direction de la coordination de la gestion du risque – DCGDR) et le niveau national. Au-delà des projets et de leur intérêt propre, Pierre Ricordeau relève la montée en compétence des équipes de l'ARS et de l'Assurance Maladie sur les méthodes de travail partenariales et collaboratives (reproductibles dans d'autres domaines de l'agence), et également sur les modèles économiques.

Pour le directeur général de l'ARS Occitanie, le « plus » de l'Article 51 par rapport aux outils régionaux (et notamment le FIR) est de donner un cadre des dérogations et une perspective de généralisation pour les projets prometteurs.



*À l'approche des généralisations, un des enjeux principaux réside dans la capacité que nous aurons collectivement à instruire les projets non pas projet par projet, mais avec un prisme plus large en termes de modélisation pour la transformation du système de santé. »*



## LE 51 EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Malgré le ralentissement dû à la crise Covid, la dynamique de l'Article 51 a repris en Auvergne-Rhône-Alpes. Vingt-six projets sont à ce jour autorisés dans la région (six expérimentations régionales, douze interrégionales et huit d'initiative nationale). Tous les projets autorisés sont mis en œuvre.

Pour le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le docteur Jean-Yves Grall, le « plus » de l'Article 51 par rapport aux outils régionaux se situe essentiellement sur deux plans :

- Il répond bien aux objectifs qui lui ont été fixés par le législateur en 2018 qui constatait que si le FIR était un élément essentiel pour faire émerger ou accompagner des initiatives locales, la question du « débouché » restait : que faire de ce « provisoire qui tend à devenir permanent ? » et comment assurer une diffusion plus large lorsque l'initiative testée est pertinente ? L'objectif de généralisation offerte par le 51, si l'évaluation est concluante, est en cela un outil supplémentaire et complémentaire pour les ARS.
- Le dispositif d'évaluation systématique mis en place dans le cadre du 51, nécessaire pour un dispositif dont l'ambition est la généralisation, constitue une rupture de pratique et une avancée majeure. Toutefois, une implication des équipes d'évaluateurs dès la construction du cahier des charges serait plus efficace.

Sur la méthode, le référent Article 51 de l'agence souligne tout l'intérêt de la démarche mise en place et notamment la phase d'accompagnement active des porteurs de projet. À ce titre, cette approche de « design collaboratif » est un levier pour faire évoluer les relations entre l'ARS et les porteurs de projet. Elle incite l'agence à passer d'une posture où les aspects administratifs et techniques sont prioritaires à celle visant à mettre l'accent sur l'intérêt du projet malgré, dans un premier temps, d'éventuelles impressions techniques. Elle oblige également les porteurs à davantage de responsabilité, du fait d'une posture moins prescriptive de l'Administration et à accepter la part d'incertitude liée au mode expérimental, avec des échecs possibles.

L'ARS bénéficie de l'animation de l'équipe nationale qui a permis de créer, avec les partenaires de l'Assurance Maladie, une véritable communauté dont les principes sont agilité, démarche participative, co-construction et facilitation.

L'instruction des projets, coordonnée par le référent Article 51, embarque les experts des différentes directions métiers de l'agence ainsi que les délégations départementales des territoires concernés. En termes de communication, une information régulière est assurée auprès des cadres, notamment via une newsletter, pour assurer la bonne transversalité de l'information et la coordination nécessaires à l'instruction et au suivi des projets. Un point de situation auprès de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) est également assuré deux fois par an. Enfin, il est également demandé à chaque porteur de présenter, pour information, son projet aux URPS principalement concernées.

Néanmoins si les apports du 51 sont indéniables, une réflexion serait à engager pour optimiser le dispositif 51 sur les sujets suivants :

- L'étendue des dérogations de l'Article 51 est très large en apparence (plus de 100 dérogations possibles) mais elles restent très précises et circonscrites. Si le champ des dérogations au financement, qui renvoie au Code de la sécurité sociale, est très bien couvert, en revanche celui relatif à l'adaptation de l'offre de santé, qui relève principalement du Code de la santé publique, est beaucoup plus restreint. Une évolution pourrait être engagée pour simplifier et faire émerger des dérogations plus génériques qui permettraient l'ouverture du dispositif 51 à des projets pertinents remontés du terrain qui ne sont actuellement pas éligibles, comme par exemple certains projets portant sur la prévention, les personnes sans droit sociaux, la dispensation du médicament, la permanence des soins hospitalières et ambulatoires, les autorisations et l'offre de santé.

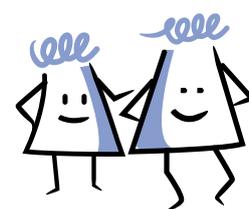


— Le processus d'instruction des projets est souvent long du fait de multiples allers-retours entre les équipes nationales et régionales, ce qui de surcroît peut générer de l'incompréhension de la part des porteurs. Le comité technique pourrait se recentrer sur l'évaluation de l'opportunité du projet, le respect des critères de sélection et le volume de financement prévisionnel, les ARS assurant l'accompagnement technique des projets puis directement leur autorisation.



*[L'Article 51], une véritable communauté dont les principes sont : agilité, démarche participative, co-construction, facilitation ! »*

## UN DUO ARS/DCGDR DE CHOC EN GRAND EST !



« **L'Article 51 est une expérience dans tous les sens du terme** »

*Entretien avec Morgane Beck de l'ARS Grand Est et Sabrina Byot de la DCGDR Grand Est*

**Q : Quelle est la place de l'ARS dans le dispositif ? celle de la DCGDR ?**

**MB :** L'ARS occupe une place centrale dans le dispositif pour les projets de périmètre régional au même titre que la DCGDR. En effet, le pilotage en région Grand Est des projets Article 51 se fait véritablement en **binôme**. Ce fonctionnement est systématique avec une collaboration entre l'ARS et la DCGDR dès le démarrage des projets et les réunions exploratoires.

**SB :** L'ARS constitue le pivot du dispositif, la collaboration systématique des deux réseaux est une évidence dans l'accompagnement des porteurs. L'Assurance Maladie intervient plus particulièrement post-autorisation, notamment sur le volet rémunération dérogatoire. L'ARS et la DCGDR jouent également le rôle de relais auprès des partenaires locaux et régionaux.

**Q : Comment s'organise la collaboration ARS/DCGDR ? Est-ce que vous pouvez citer un cas concret ?**

**MB :** La répartition des tâches s'est faite assez naturellement, en lien avec nos appétences et compétences, mais elle reste assez souple et évolutive. Nous nous occupons toutes deux des sujets socles et des messages génériques à faire passer sur le dispositif Article 51, sur l'éligibilité des projets. Sabrina apporte une expertise plus

pointue sur les aspects dérogatoires des projets ou encore sur les éléments de diagnostic territorial par exemple. Je me charge plus spécifiquement de la consolidation des informations autour des dossiers en cours d'instruction, des échanges avec les porteurs sur la structuration de la lettre d'intention ou du cahier des charges. Nous sommes également plus fortement mobilisées sur les projets qui portent une thématique d'intérêt (l'Assurance Maladie sur les sujets en lien avec les transports par exemple). C'est pourquoi nous tâchons d'échanger régulièrement afin de conserver le même niveau d'information. Si l'une est absente, l'autre participe à l'échange et lui en fait un retour.

**SB :** Par exemple, pour l'un de nos premiers projets autorisés en région, nous avons été fortement sollicitées, notamment au démarrage du projet sur des questionnements techniques ou juridiques en lien avec sa mise en œuvre au regard des innovations organisationnelles proposées. Le porteur du projet s'adressait selon les sujets à l'ARS ou à la DCGDR. Or, pour maintenir une **ligne de conduite commune**, cela a nécessité de notre part beaucoup d'échanges, de concertations mais également de réunions techniques pour proposer des solutions opérationnelles et réalisables au regard de la réglementation. Nous avons adressé au porteur de nombreux mails de



réponses co-signés ARS/DCGDR. Ce challenge se pose pour quasiment tous les projets en post-autorisation, avec des interrogations nouvelles qui se posent et qui sont justement liées au caractère innovant des projets.

**Q : Quelles sont les conditions de réussite de cette collaboration ?**

**MB :** Je dirais que le facteur de succès principal est la **confiance mutuelle** qui se crée grâce à des interactions régulières. Ensuite, il faut conserver une **analyse critique des dossiers** et assumer de ne pas toujours être en accord. Enfin, dans notre cas particulier, la réussite s'explique aussi par l'**absence de turnover et la préexistence de la coordination** ARS/DCGDR sur différentes thématiques.

**SB :** Pour moi, la **transparence** est également très importante avec l'impératif d'un partage systématique d'informations. Le fonctionnement en équipe avec une bienveillance dans la gestion des dossiers et une construction collective sont aussi des éléments indispensables.

**Q : Que vous ont apporté les méthodes de travail Article 51 ?**

**SB :** Ce qui est marquant s'agissant des méthodes de travail propres à l'Article 51, c'est le **poids du collectif**. La volonté de faire travailler les deux réseaux de manière conjointe est déjà quelque chose de relativement innovant. Les rencontres, particulièrement le séminaire ARS/DCGDR/EN, ont notamment été très importantes dans la **naissance d'une identité commune**, qui facilite le travail d'équipe.

**MB :** Le dispositif Article 51 nous a permis de gagner en expérience et en compétences au fur et à mesure. Nous avons notamment dû dès sa création **construire progressivement** son fonctionnement, en lien avec l'équipe nationale. Il a fallu s'adapter et apprendre des difficultés rencontrées qui n'avaient pas forcément été anticipées.

**Q : Qu'est-ce que ces méthodes de travail innovantes changent pour le terrain ?**

**SB :** On travaille en mode projet avec un fort volet accompagnement, on vit les projets avec les porteurs. C'est vraiment valorisant d'accompagner des thématiques qui émergent du territoire et de faire éclore des réponses aux besoins.

**MB :** La relation que nous entretenons avec les porteurs n'est pas figée et institutionnelle, c'est plutôt une démarche d'innovation collaborative et proactive.

**Q : Que pensez-vous des liens avec le national et de l'intégration actuelle des régions par le dispositif ? Quelles pistes d'évolution ou d'amélioration voyez-vous ?**

**SB :** La mise en place d'une **doctrine nationale**, avec la diffusion de guides ou la tenue de groupes de travail sur des thèmes spécifiques comme les crédits d'amorçage, a été très importante pour nous afin d'avoir une vision plus claire des attendus et du cadre. L'appui par une référente nationale dédiée est également une vraie opportunité car cela permet de dynamiser les projets et de faire avancer l'instruction.

**MB :** Les responsabilités qui nous sont confiées et notre **degré d'indépendance** me paraissent atteindre un bon équilibre aujourd'hui. Même si l'expérience, les outils et la doctrine ont permis plus d'efficacité, le nombre de projets à examiner et instruire et désormais à suivre augmente alors que les **ressources restent constantes**. Par exemple, la création des accélérateurs en région est intéressante mais les démarches inhérentes à leur mise en œuvre restreignent en pratique sa portée et son utilisation effective.



*[...] Le pilotage en région Grand Est des projets Article 51 se fait véritablement en binôme. »*



**Q :** Quelles sont pour vous les perspectives à venir ?

**SB :** L'enjeu de **priorisation des dossiers** est primordial, il faudrait sûrement renforcer le diagnostic et éviter de démultiplier les expérimentations sur un même sujet.

**MB :** Le **bon suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation** des projets reste un enjeu majeur, notamment en vue de la généralisation. Il faut pour cela capitaliser sur ce qui est en train de se mettre en place et ne pas hésiter à faire remonter lorsque quelque chose ne fonctionne pas afin d'éviter de répéter les mêmes erreurs.

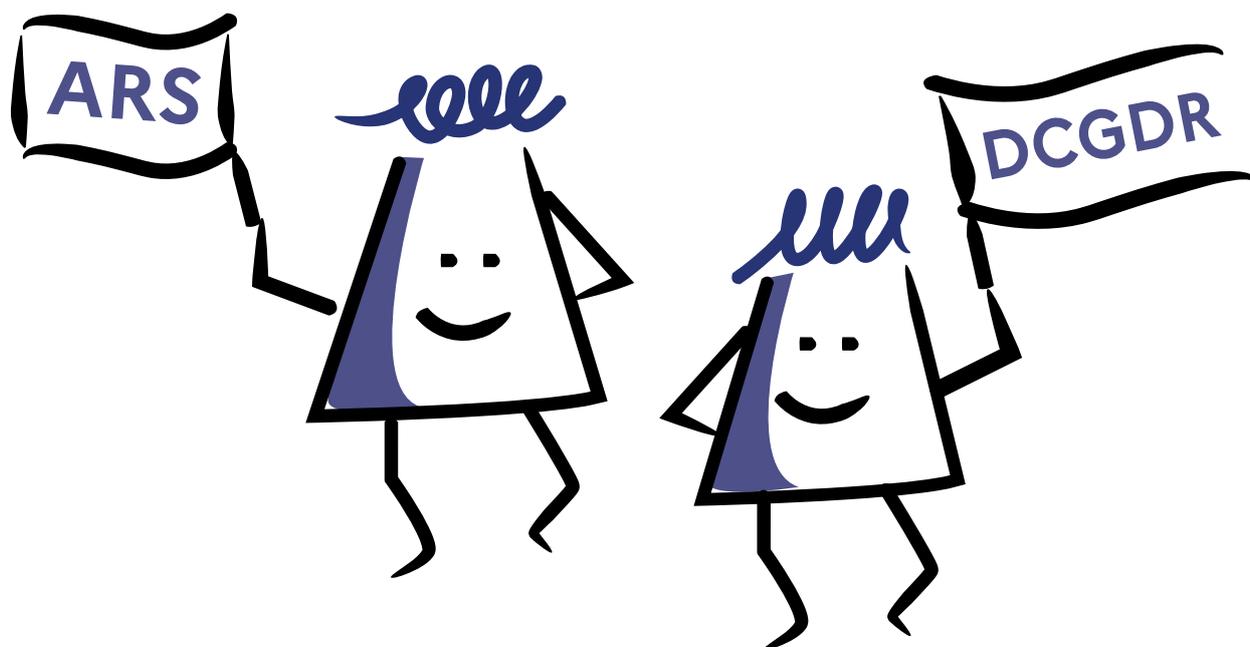
**Q :** En quelques mots, qu'est-ce que l'Article 51 pour vous ?

**MB :** Une belle opportunité pour des porteurs de projet de pouvoir mettre en place des choses nouvelles qui sortent du cadre et de les tester.

**SB :** L'Article 51 est une expérience dans tous les sens du terme. Ce que je retiens, c'est la place du collectif et la volonté d'avancer et de réussir ensemble avec des méthodes de travail innovantes.



*Ce qui est marquant s'agissant des méthodes de travail propres à l'Article 51, c'est le poids du collectif ».*



## ... VU D'AILLEURS

En 2021, la presse parle toujours de l'Article 51



Figure 24 • Coupures de presse

<sup>11</sup> <https://www.concourspluripro.fr/dossiers/dossier/article-51-innover-pour-mieux-soigner>

<sup>12</sup> <https://www.aefinfo.fr/depeche/643497-les-experimentations-article-51-de-prises-en-charge-derogatoires-se-sont-accelerees-en-2020-malgre-la-crise-sanitaire>

<sup>13</sup> <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/systeme-de-sante-petit-petit-larticle-51-fait-son-nid>

<sup>14</sup> <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/sante-ces-innovations-dans-la-prise-en-charge-des-patients-20210114>

<sup>15</sup> <https://www.lagazettedescommunes.com/63776/systeme-de-sante-tester-ce-que-pourrait-etre-demain/>

<sup>16</sup> <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210114-politique-de-sante-2021-sera-une-annee-decisive>



## Retours d'expérience internationaux

En janvier 2021 s'est tenue une série de trois séminaires internationaux co-organisés par la Cnam, l'équipe nationale Article 51 et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. L'objectif était d'échanger sur les stratégies d'innovation organisationnelle en santé (sélection, accompagnement, évaluation, généralisation des expérimentations).

Aux côtés de la Cnam et de l'équipe nationale Article 51, étaient présents pour partager leur expérience, leurs succès et leurs échecs, des représentants : de l'Innovationsfonds (Allemagne), créé en 2016 ; de l'Academic Health Science Network – AHSN (Royaume-Uni), lancé en 2013 ; du Centre for Medicare and Medicaid Innovation – CMMI (Etats-Unis), créé en 2010.

Malgré l'hétérogénéité des systèmes de santé français, allemand, anglais et américain, il est apparu que les défis en matière de diffusion de nouveaux modes d'organisation et de financement des soins étaient très similaires. Par ailleurs, ces quatre pays ont pour point commun d'avoir fait le choix de structurer un dispositif d'envergure nationale pour son rôle catalyseur.

Voici les points saillants qui ont émergé de cet échange :

### **Processus de sélection des projets et profil des projets sélectionnés**

Les projets sélectionnés dans le cadre de ces fonds d'innovation sont le résultat d'une approche ascendante (*bottom-up*) qui permet une flexibilité dans les projets choisis et/ou d'une approche descendante (*top-down*) avec des expérimentations qui répondent à des priorités nationales spécifiques et cadrées. Alors qu'on constate une approche plutôt ascendante en France et en Angleterre, on observe une dynamique descendante du CMMI qui conçoit ses modèles de paiement. Ses équipes restent toutefois ouvertes aux idées extérieures et encouragent toutes les parties prenantes à partager leurs idées pour la conception des modèles. En Allemagne, la plus grande partie des projets sont sélectionnés sur appel à projet par thématique ciblée selon les priorités nationales identifiées.

Les critères de sélection diffèrent selon les initiatives. L'amélioration de la qualité de la prise en charge et des soins reste un critère majeur pour tous, en particulier pour l'Allemagne et la France. Le rapport qualité-prix et l'efficacité de la dépense entrent indéniablement en compte dans la réflexion autour de nouvelles méthodes de paiement pour l'ensemble des fonds. Pour l'AHSN, trois critères sur quatre sont d'ordre économique, il est par exemple demandé que le projet génère des économies d'au minimum un million de livres sur cinq ans. Néanmoins, leur importance est encore plus prégnante aux États-Unis qu'en Europe. Le CMMI se concentre sur les projets avec le plus haut potentiel de retour sur investissement.

En ce qui concerne le profil des projets selon les fonds, des dynamiques ressortent. Tandis que le CMMI se concentre plus particulièrement sur le test de nouveaux modèles de financement, l'Innovationsfonds et l'AHSN financent notamment des innovations technologiques. L'Article 51 cible, quant à lui, principalement des projets d'innovation organisationnelle et de financement.

### **Accompagnement des projets**

Le degré d'accompagnement des projets varie considérablement selon le fonds d'innovation. L'Innovationsfonds fournit un accompagnement limité en dehors du financement initial du projet. Sur le même principe que la France, l'AHSN soutient les porteurs de projets, entre autres grâce à l'*AHSN Innovation Exchange* et à l'*Innovation Accelerator* dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets. Ils ont également cherché à créer du lien et à favoriser les échanges, à travers la création d'une communauté de pratiques. Le CMMI suit avec attention l'implémentation des modèles qu'il a aidé à développer et peut proposer un accompagnement additionnel selon les besoins, par exemple à l'aide de webinaires ou de guides nationaux.

Ainsi, un élément récurrent des modes de fonctionnement de ces fonds est la coopération étroite entre les multiples acteurs qui interviennent dans le processus d'innovation. Il s'agit de promouvoir des démarches de travail collectives et collaboratives, essentielles à l'innovation.

### Évaluation et passage à l'échelle des expérimentations

L'évaluation au cœur du dispositif Article 51 est également un élément essentiel des autres fonds d'innovation. Elle permet en effet d'estimer la réussite d'un projet en regardant l'accomplissement ou non des ambitions initiales. Le fonds d'innovation allemand est particulièrement attentif à proposer une évaluation robuste et systématique des projets, réalisée par un prestataire externe, un modèle qui s'apparente à celui de l'Article 51 à une exception près : le fonds allemand n'autorise le projet qu'à la condition d'un projet d'évaluation viable (quand le protocole d'évaluation français est lui construit une fois le projet autorisé). Au sein du CMMI, l'équipe évaluatrice est pleinement intégrée dans le processus et participe à la construction des modèles afin d'élaborer les meilleures méthodes d'évaluation possibles.

Des discussions est ressortie l'importance de tirer des enseignements de tous les projets, y compris de ceux qui sont perçus comme des échecs. Ces projets peuvent permettre de mettre en exergue certains points de vigilance et de réfléchir à la répliquabilité des expérimentations. Une équipe dédiée existe au sein du CMMI pour identifier les points communs entre les modèles et capitaliser sur les leçons, afin de ne pas repartir de zéro à chaque projet. L'Article 51 essaie également de comparer ses différentes expérimentations et d'identifier les freins et barrières dans la mise en œuvre effective de nouveaux modèles de soins et de financement.

L'évaluation des projets fait face à certains défis communs à tous : la capacité à extrapoler les résultats d'un projet ancré dans un certain contexte, le souci de représentativité dans le cas de petites expérimentations, la mesure des impacts, non seulement sur le système de soins, mais plus largement sur le système médico-social et de prévention ou encore la difficulté de ne pas avoir une approche standardisée pour tous les projets.

Les résultats d'évaluation permettent d'alimenter les discussions autour de l'expansion voire de la généralisation des projets. Le CMMI, l'AHSN et l'Innovationsfonds ont déjà eu l'occasion d'étendre leurs projets sur le territoire national. Par exemple, en Allemagne, deux projets sont en cours de généralisation, l'un sur la télémédecine en urgence et l'autre sur un programme de prévention des caries chez les jeunes enfants. Le CMMI et l'AHSN insistent sur la nécessité de flexibilité pour adapter les expérimentations aux contextes locaux.

Fort de cette rencontre, témoignant de la richesse des expériences étrangères, l'équipe Article 51 souhaite renouveler les occasions d'échanges avec ses homologues. Lors de la conférence européenne de santé publique, prévue en novembre 2021, une table ronde dédiée au développement de nouveaux modèles de paiement et de soins permettra de réunir à nouveau les différents fonds d'innovation.

### RESSOURCES POUR ALLER PLUS LOIN :

[Site du fonds allemand : innovationsfonds.g-ba.de](https://innovationsfonds.g-ba.de)

[Site du fonds américain : innovation.cms.gov](https://innovation.cms.gov)

[Site des AHSN : ahsnnetwork.com](https://ahsnnetwork.com)

## Le regard du printemps social de l'évaluation 2021

Les 25 et 26 mai, la commission des affaires sociales a organisé le Printemps social de l'évaluation, comme chaque année depuis 2019. Pour l'exercice 2021, l'Article 51 faisait partie des articles de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) retenus pour être examinés par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).

Le rapport souligne que trois ans après sa mise en place, la dynamique est bien enclenchée et que le dispositif suscite un engouement incontestable auprès des acteurs du monde de la santé, et ce, malgré la crise sanitaire. Cette mobilisation forte des acteurs se traduit par un nombre considérable de projets déposés auprès des ARS et au niveau national (près de 900 projets à fin 2020).

Issu des travaux du Printemps social de l'évaluation, le [rapport d'information de juin 2021 \(Commission des affaires sociales - Rapport Delatte\)](#) met en exergue les points forts du dispositif dit de l'Article 51 :

- une gouvernance originale ;
- une procédure enfin déconcentrée où les projets à l'initiative des porteurs sont à l'honneur ;
- avec une importance primordiale donnée à l'évaluation puisque l'objectif de l'Article 51 est bien de permettre l'émergence de dispositifs généralisables.

Le rapport met en lumière certains points à améliorer, notamment sur la procédure d'instruction qui paraît complexe et chronophage aux acteurs, avec un manque de visibilité pour les porteurs des échéances et des délais. Le rapporteur préconise par exemple une clarification du processus Article 51 et des critères d'éligibilité ainsi qu'une accélération de la procédure d'instruction. Il insiste néanmoins sur la nécessaire complexité qu'implique la conception d'un projet qui a pour vocation de déroger au financement de droit commun de l'Assurance Maladie et d'être généralisable.

Certaines questions, au sujet de l'évaluation et de la généralisation, restent en suspens puisque les premières fins d'expérimentations n'arriveront que fin 2021. L'avenir de l'Article 51, avec notamment l'évolution de la liste des dérogations, constitue également un point à approfondir.

Toutefois, le rapport note un portage politique fort ce qui constitue un appui réel et nécessaire pour qu'un tel dispositif fonctionne bien.

Enfin, il est important de souligner que les porteurs de projets interrogés ont unanimement souligné la disponibilité et la réactivité des équipes en charge de l'accompagnement des projets, leur posture facilitatrice, et l'utilité des initiatives telles que les « accélérateurs » et « la semaine des porteurs ». C'est un réel changement de posture de l'administration qui est en route et ce changement était indispensable pour porter et faire vivre un tel dispositif.

## Temps forts du conseil stratégique

Le dernier conseil stratégique a été réuni le 1<sup>er</sup> juillet 2021 après une éclipse relativement longue due à la crise Covid (le précédent conseil ayant eu lieu début 2019). Cette reprise de contact avec les membres du conseil était essentielle car l'activité de l'Article 51 a été dense depuis 2019 : plus de 90 projets autorisés au 1<sup>er</sup> juillet !

*Pour illustrer ce bilan, la rapporteure générale a dressé un panorama des expérimentations au 1<sup>er</sup> juillet 2021 (le lien ici) et le directeur général de l'ARS Occitanie s'est exprimé sur la dynamique du 51 en région (cf. page 50).*

La tenue de ce conseil était également nécessaire dans un contexte où les premières sorties d'expérimentation approchent (cf. page 94). En effet, la loi prévoit que le conseil stratégique rende son avis sur les possibilités d'étendre ou généraliser les expérimentations.

Les rapports annuels au Parlement, « [L'Atlas de l'Article 51](#) » permettant de disposer d'une vision exhaustive des projets par région, ainsi que les 42 **premiers rapports d'étape** annuels produits par les porteurs et transmis aux membres du conseil, ont permis de témoigner du chemin parcouru.

À ce titre, la Cnam et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ont rappelé que l'évaluation était un **enjeu majeur** qui permettrait d'évaluer l'intérêt des innovations testées mais aussi leur potentiel de transférabilité dans le droit commun. Une douzaine de projets sont en cours d'évaluation et leurs résultats seront disponibles d'ici la fin de l'année. Certains résultats d'évaluation intermédiaire sont plutôt positifs, d'autres nécessiteront d'être confirmés avec l'évaluation finale (cf. page 66).



Un des objectifs poursuivis est d'associer les membres du conseil stratégique au dispositif, et de leur donner les moyens de s'approprier les expérimentations, de mieux les connaître pour être en capacité de pouvoir émettre un avis éclairé sur le devenir des projets.

C'est pourquoi cette séance de reprise de contact a été organisée autour de témoignages de terrain pragmatiques et concrets, par les porteurs de projets eux-mêmes, pour partager et échanger avec les membres du conseil sur le suivi de ces expérimentations et leurs retours d'expérience.

Les principales questions aux porteurs de projet ont concerné les modalités de rémunération des délégations de tâches pour les personnels hospitaliers ; l'articulation entre les systèmes d'information proposés par les expérimentations et le déploiement de la stratégie nationale du numérique ; les modifications de pratiques sur la coordination ville/hôpital ; la gestion de la complémentarité avec les autres dispositifs existants.

Trois projets ont été présentés :

- un proche de la fin d'expérimentation : **Prise en charge du diabète gestationnel** – MyDiabby ;
- deux projets d'expérimentation avec une démarche d'envergure associant plusieurs porteurs : **Thérapies orales du cancer** (sécurisation de l'utilisation des thérapies orales à domicile – Oncolink) et **Dispositif renforcé d'aide à domicile** (alternative à l'Ehpad – DRAD).

En conclusion de cette séance, la rapporteure générale a réitéré son **souhait d'interaction avec les membres du conseil stratégique**, tout en soulignant la jeunesse du dispositif, l'ensemble du cycle de vie d'un projet n'ayant pas encore été parcouru. La vice-présidente a souligné la démarche partenariale du dispositif et l'enjeu d'appropriation du portefeuille de projets par les membres du conseil stratégique.

« Il a été beaucoup reproché au système français de ne pas aller au-delà des expérimentations et en cela, le dispositif de l'Article 51 pourrait être l'occasion de dépasser ce constat. »



Pour poursuivre ce dialogue avec les membres du conseil, des rencontres avec des porteurs de projet ont été proposées pour la semaine suivant la séance, d'autres à la rentrée 2021 ainsi que des ateliers thématiques dont l'objectif est de contribuer à adapter le dispositif au plus près des besoins du terrain et à le rendre plus performant. Un sondage auprès des membres du conseil a permis de retenir trois thèmes de travail : « Fins d'expérimentation : quelles modalités de consultation des membres du conseil stratégique ? » ; « Éloges et critiques du processus d'instruction des projets : quelles pistes d'amélioration ? » ; Portefeuille de projets Article 51 : cartographie actuelle des projets et perspectives ».

Enfin, avant la fin de l'année 2021, une nouvelle séance plénière sera prévue pour partager les perspectives et opportunités de généralisation de certains projets devant arriver à échéance fin 2021.



## DES ÉCHANGES PRIVILÉGIÉS AVEC LES PORTEURS

### Des rencontres « à la carte » organisées entre des porteurs de projets et les membres du conseil stratégique

Dans la semaine suivant la séance plénière du 1<sup>er</sup> juillet, des rencontres « à la carte » et facultatives ont été programmées avec les porteurs des huit projets les plus dynamiques en termes d'inclusions de patients.

Ces rencontres, d'une vingtaine de minutes environ et en petits groupes, avaient pour objectif de mettre en relation les porteurs et les membres du conseil stratégique afin d'associer davantage ces derniers à la vie du dispositif, d'interagir avec les porteurs et leur donner les moyens de s'approprier les expérimentations pour être en capacité, comme le prévoit la loi, d'émettre un avis éclairé sur le devenir des projets.

#### Liste des huit projets pour lesquels des rencontres ont eu lieu :

- **ADMR** – Repérage des fragilités et prévention aggravation santé des seniors en Occitanie
- **CeSOA** – Centre de soins ostéo-articulaires en ambulatoire en Île-de-France
- **Domoplaies** – Prise en charge en proximité des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en région Occitanie
- **Équilibres** – EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires
- **Equip'Addict Grand Est** – Développement harmonisé du dispositif des microstructures médicales addictions
- **HandiConsult34** – Unité de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap en Occitanie
- **IPSO** – Nouveau contrat médecin traitant en Île-de-France
- **PACO** – Parcours chirurgie bariatrique en région Paca

Le déroulé de ces rencontres était à la main des porteurs de projet. Tous ont démarré par une présentation rapide de leur expérimentation et de ses enjeux afin de laisser une large place aux questions des membres du conseil stratégique. Le rappel de la genèse des projets a souvent été un élément important des présentations, très éclairant pour les membres du conseil stratégique dans leur compréhension des modèles organisationnels et financiers proposés.



Le bilan de ces rencontres est globalement prometteur et permet d'envisager de renouveler ce format d'échanges. Près d'un quart

des membres du conseil stratégique se sont mobilisés en participant à au moins une session. Les rencontres ont donné lieu à des échanges de qualité, très riches sur le fond. Le format en groupe restreint a facilité les interactions, et la durée des rencontres, fixée initialement à 20 minutes, a souvent été dépassée, témoignant de l'intérêt de l'exercice tant pour les participants que pour les porteurs.

Les rencontres ont été l'occasion pour les membres du conseil stratégique d'interroger les porteurs sur le **processus d'instruction des projets 51 et les méthodes de travail innovantes**. Les **finalités des expérimentations** et les modèles organisationnels ont été au cœur des échanges. À l'heure où la fin des premières expérimentations approche, **l'évaluation et les perspectives de généralisation** ont également été un point incontournable des discussions. Les échanges, en dehors du cadre habituel (politique, conventionnel...), ont été fructueux en termes de compréhension des enjeux des projets et, dans certains cas, ont abouti à des pistes de réflexion et à une volonté de poursuivre la discussion pour approfondir les sujets.

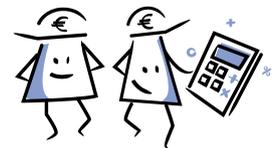
*Les échanges ont également permis de mettre en exergue un point central, indispensable pour tout projet Article 51 : la nécessité « d'embarquer » des acteurs volontaires et des partenaires territoriaux dès la phase d'élaboration du projet.*



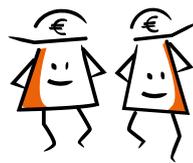


# 3

## IMMERSION DANS LES COULISSES...



... DE LA FACTURATION



... DES ÉVOLUTIONS DES MODÈLES  
DE FINANCEMENT



... DE L'ÉVALUATION



... DE LA COMMUNAUTÉ  
DE PRATIQUE



... DE L'ÉQUIPE ACCÉLÉRATEUR



... DES SYSTÈMES  
D'INFORMATION



## ... DE L'ÉVALUATION

### Les protagonistes de la Celéval

- **Frédéric Bousquet** – Cnam
- **Anne-Sophie Aguadé** – Cnam
- **Anouk Payen** – Cnam
- **Élise Pesonel** – Drees
- **Salomé Leblanc** – Drees

La loi prévoit le financement de l'évaluation par le fonds d'innovation du système de santé (Fiss). L'évaluation constitue une **composante clef du dispositif** : chaque expérimentation du dispositif « Article 51 » fait en conséquence l'objet d'une évaluation externe spécifique. Celle-ci apprécie la réussite d'un projet sur trois critères : sa **fiabilité**, son **efficacité/efficience** et sa **reproductibilité**. Les résultats sont transmis au conseil stra-

tégique de l'innovation en santé qui formule un avis sur le potentiel de généralisation de chaque expérimentation et permettront d'éclairer **le législateur** pour la transformation du système de santé.

L'année 2021 marque la réception des premiers résultats d'évaluation des projets autorisés. **Les enseignements du dispositif éclairent ainsi déjà la décision des pouvoirs publics**, démontrant l'utilité de cette dimension évaluative, partie intégrante du dispositif. Par exemple, les résultats de l'expérimentation de prévention et de prise en charge de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, « Mission Retrouve ton Cap » (MRTC), sont particulièrement encourageants et ont permis de proposer sa généralisation dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Le modèle économique proposé permet d'innover avec un forfait prenant en charge des consultations de suivi diététique et psychologique, qui ne l'étaient pas auparavant.

### Qu'est-ce que la cellule évaluation de l'Article 51 ?

La cellule évaluation est composée d'une équipe de la Cnam et de la Drees. Actuellement, six personnes sont impliquées dans son fonctionnement. Elle est chargée de s'assurer du bon pilotage de l'évaluation et de gérer l'accord cadre qui régit les neuf équipes évaluatrices. Elle est présente dès la phase d'instruction et promeut une **évaluation pragmatique**. Les profils assez variés qui la constituent (ingénieur en statistiques, économiste, évaluation de politiques publiques, référent médical...) garantissent la qualité du travail d'évaluation.

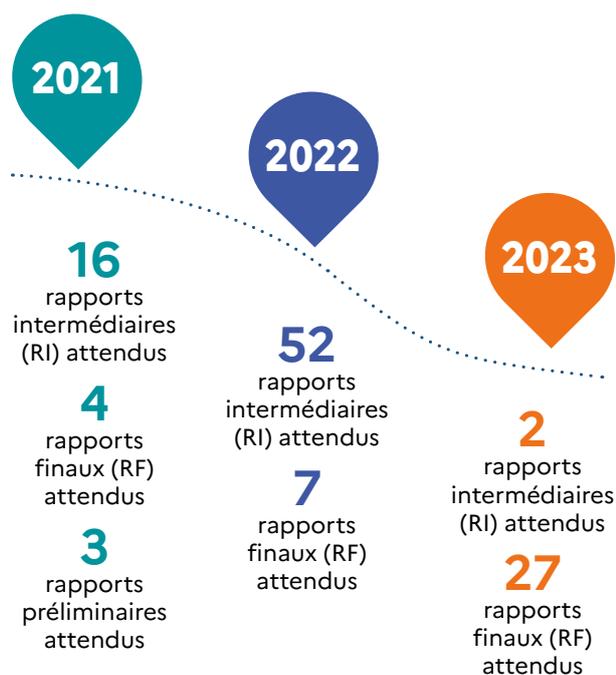


Figure 25 • Montée en charge du dispositif : nombre de rapports intermédiaires et finaux attendus sur la période 2021-2023 concernant les projets actuellement autorisés

Pour mieux comprendre le fonctionnement et les grands défis liés à la dimension évaluative de l'Article 51, nous avons échangé avec Anne-Sophie Aguadé, Anouck Payen, Élise Pesonel et Sandrine Augui de la cellule évaluation, spécifiquement constituée pour accompagner cette dimension du dispositif.



## Un fonctionnement réfléchi qui s'adapte aux enjeux de l'Article 51

L'évaluation au sein du dispositif Article 51 est un élément indispensable, dont le fonctionnement et le processus sont évolutifs et flexibles.

**L'indépendance de l'évaluation** a été garantie, dès le départ, par le fait que la réalisation de l'évaluation, pour chaque expérimentation, soit confiée à l'un des neuf prestataires retenus par appel d'offre en 2019. Pour certains projets, des marchés ad hoc peuvent être lancés pour répondre à la spécificité de la méthode d'évaluation recherchée ou pour répondre à l'ampleur du projet.

La richesse de l'évaluation s'illustre par sa double composante : une partie qualitative avec en particulier le retour d'expériences des professionnels de santé et des patients, et une partie quantitative permettant d'objectiver et d'apporter des enseignements chiffrés. Certains projets nécessiteront d'avoir recours à des analyses quantitatives complémentaires mobilisant des données du SNDS (système national des données de santé) et des méthodes complexes.

Le fonctionnement de la démarche évaluative a cherché à s'ajuster à l'esprit et aux enjeux propres au dispositif.

La réflexion s'est appuyée notamment sur l'expertise de Christine Meyer et Jean-Claude Moisson, experts en organisation de la santé. La **progressivité de l'évaluation** a par exemple été mise en œuvre sous leur impulsion : privilégier les entretiens individuels et collectifs pour nourrir les enseignements de la phase intermédiaire de l'expérimentation et favoriser les enquêtes quantitatives plus larges en phase finale. L'idée est de ne pas faire de la phase finale une simple réplique de la phase intermédiaire.

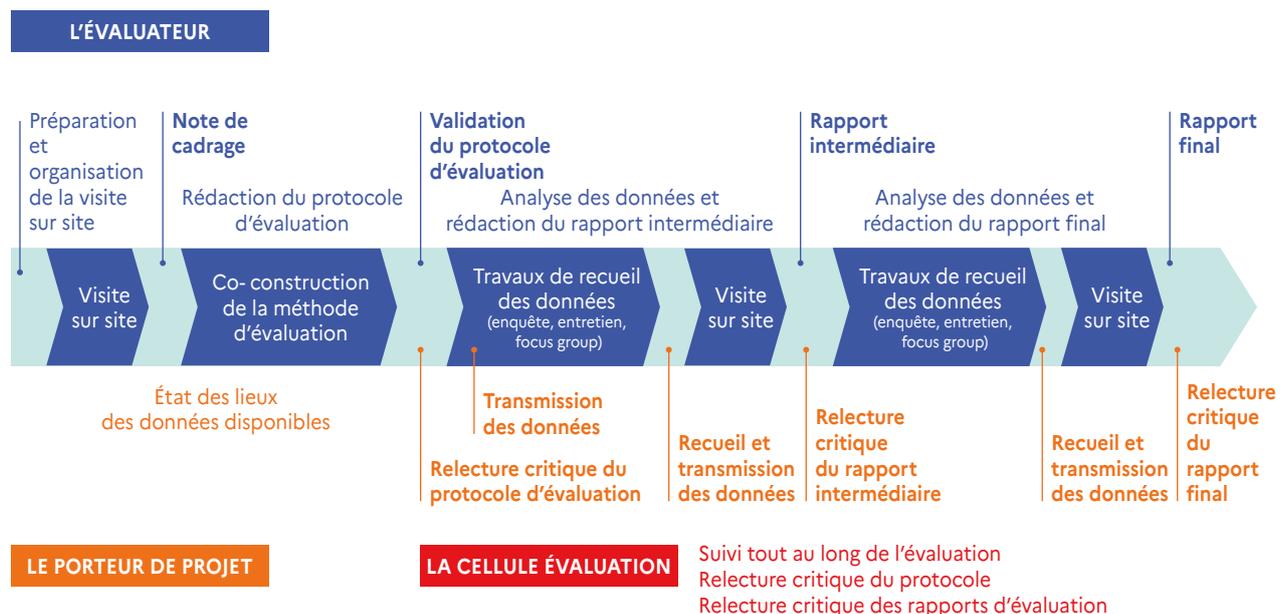


Figure 26 • Les étapes de l'évaluation



La démarche de co-construction, propre à l'Article 51, se retrouve dans l'évaluation. En effet, en plus de la collaboration étroite avec la cellule évaluation Cnam/Drees, les évaluateurs interagissent en continu avec les porteurs de l'expérimentation pendant la construction du protocole évaluatif. Cela permet de reconnaître le porteur de l'expérimentation comme celui qui a la meilleure connaissance de son projet mais aussi de faciliter le recueil des données au cours de l'expérimentation et de s'entendre sur les indicateurs analysés. Une séance de validation du protocole est organisée rassemblant les porteurs, l'évaluateur, la cellule évaluation Cnam/Drees, l'équipe nationale d'appui à la rapporteure et la ou les ARS impliquées. Élise Pesonel souligne l'importance de la « coordination avec les porteurs de projets, les évaluateurs et au sein de l'équipe de l'Article 51 ».

## Une optimisation nécessaire pour faire face à l'augmentation de la charge de travail



La cellule évaluation est confrontée à une **hausse considérable de sa charge de travail à mesure de l'autorisation de nouveaux projets**. Ceci pousse à une plus grande industrialisation du processus. **Les méthodes de travail ont ainsi évolué** en 2021. Un **fonctionnement en binôme** avec un référent principal, en lien avec le porteur et l'évaluateur, et un référent secondaire qui donne son avis et/ou son expertise permet une approche collégiale pour chaque projet. Pour certains dossiers, des experts spécifiques de la Drees ou la Cnam peuvent jouer le rôle de référent secondaire. Une **note de cadrage** est produite par l'évaluateur en amont de la rédaction intégrale du protocole pour garantir un alignement sur les objectifs évaluatifs et la compréhension du projet. En outre, **des doctrines** ont été développées et affinées pour fournir un cadre et des attentes précises permettant aux évaluateurs de gagner en indépendance.

De surcroît, une **réflexion évaluative mutualisée autour de pool de projets d'une même thématique** s'est également révélée nécessaire et pertinente. L'enjeu est d'assurer une lecture transversale des résultats afin de dégager des enseignements généraux et d'identifier des prérequis pour les prochains projets à autoriser.

Au-delà d'échanges entre les évaluateurs ayant la charge d'expérimentations proches, des **groupes thématiques** dédiés à des sujets spécifiques, sont nés en 2021 en s'appuyant sur les recommandations de Christine Meyer et Jean-Claude Moisdon avec l'appui de la Chaire Santé de Sciences Po. Fin mai s'est tenue la première réunion du groupe thématique sur la télésurveillance, piloté par Dominique Polton et Étienne Minvielle, avec la participation de Claude Sicotte, professeur titulaire à l'École de santé publique de Montréal. Anne-Sophie Aguadé souligne qu'il n'y a pas eu de difficultés pour trouver les personnes qui composent le groupe thématique, « **il y a eu un réel engouement pour les expérimentations Article 51 et la télésurveillance** ».



Une demande d'autorisation cadre a été formulée auprès de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés) pour le

traitement statistique des données, un grand nombre d'expérimentations Article 51 ayant un circuit de données commun. Cela permettra de s'affranchir de demandes d'autorisation individuelles pour une partie des projets.

Avec l'augmentation du nombre de projets autorisés en 2021, la recherche d'efficience dans le processus évaluatif reste un objectif prioritaire.



## L'évaluation, véritable atout pour la transformation du système de santé

Les projets innovants peuvent s'inscrire en rupture et se confronter à des réticences, à des postures d'acteurs ou des représentations erronées. C'est pourquoi obtenir des éléments factuels et chiffrés est crucial pour mettre à plat la situation et éclairer l'ensemble des acteurs et décideurs sur ce qui est efficace et efficient. Les résultats des rapports intermédiaires permettent déjà d'orienter la poursuite des expérimentations, de confirmer et/ou de rectifier certaines modalités de mises en œuvre. L'évaluation peut aussi motiver l'arrêt de certaines expérimentations et faire la démonstration de ce qui ne fonctionne pas. La publication des résultats y compris négatifs permettra une réelle capitalisation des expérimentations menées.

En conclusion, pour Anne-Sophie Aguadé, l'Article 51 avec sa composante évaluative est un levier puissant « **pour sortir de la logique du paiement à l'acte et expérimenter des nouvelles façons d'organiser les soins** » et pour Sandrine Augui, « **un moyen scientifiquement construit de faire bouger les lignes de l'organisation de notre système de santé** ».

### Entretien avec Anne Duburcq et Valérie Donio de Cemka, une des neuf équipes évaluatrices

Même si le **process se veut très cadré et industrialisé pour faire face au nombre de projets à évaluer**, chaque projet demande un grand investissement, beaucoup d'énergie et une analyse fine puisque les thématiques, les objectifs, les porteurs ou encore les contextes territoriaux sont différents. Les réflexions pour l'élaboration des protocoles prennent du temps. La mise en place d'outils spécifiques de pilotage et de réunions en interne autour des différents projets Article 51 s'est imposée. Il s'agit d'aboutir à une **évaluation standardisée, scientifique et pragmatique** qui intègre quantitatif et qualitatif.

« Ce qu'on trouve très bien dans ce dispositif Article 51, c'est la **place faite à l'évaluation** et l'importance qu'elle va prendre dans la poursuite ou pas du projet et l'intégration dans le système traditionnel »

Les interactions avec le porteur sont extrêmement enrichissantes et la visite sur site prévue comme première action après l'attribution du projet est un moment déterminant et nécessaire. Les années 2020 et 2021, marquées par la crise de la Covid-19, ont malheureusement perturbé voire reporté cette étape pour certains projets.

Les enjeux sont de produire de l'information, d'organiser le recueil des données nécessaires, dès la période de montée en charge mais aussi à distance

de son initiation, c'est-à-dire « en routine », après plusieurs mois et/ou années de mise en œuvre, pour laisser le temps au dispositif de donner des résultats. Il est important de recueillir des retours sur ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et de comprendre pourquoi. **L'évaluation doit permettre de mettre en lumière, d'apporter des éléments de compréhension du passage à l'usage, de l'implémentation, d'identifier les freins et leviers et de voir dans quels contextes cela marche et à quelles conditions.** Selon Anne Duburcq, il y a un « **enjeu de tirer un maximum parti de ce qui a été mis en place de façon concrète sur le terrain dans des champs et sur des aspects qui n'étaient pas couverts par le système de soins actuel** ».

Ce qui frappe est que l'équipe évaluatrice est « **conscient[e] de la responsabilité qu'[elle] a de participer à la transformation du système de santé** ».



*C'est une belle aventure, une formidable opportunité pour l'évolution du système de santé et cela met en lumière l'évaluation ! »*



## ... DE L'ACCÉLÉRATEUR



\* Participants équipe projet des ateliers *Thérapies orales* et *EqLAAT* non comptabilisés

Figure 27 • Bilan global d'activité pour l'accélérateur en 2021

L'accélérateur a été mis en place en février 2019 pour **accompagner les porteurs de projet** de la lettre d'intention jusqu'à la finalisation du cahier des charges pour obtenir l'autorisation et même au-delà, dans la mise en œuvre effective et la recherche de solutions en cas de difficultés. Cet outil innovant de travail, inspiré des méthodes d'intelligence collective, a continué à évoluer pour répondre aux nouveaux besoins.

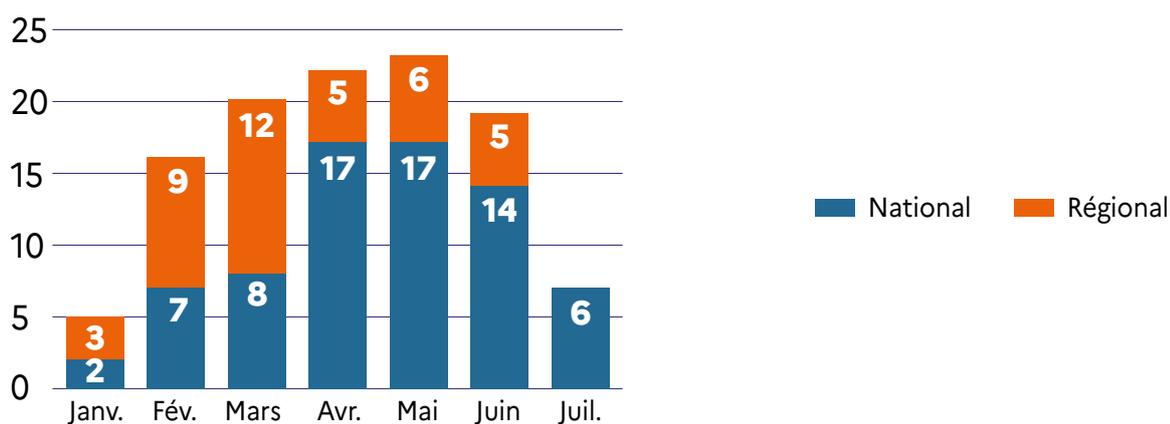


Figure 28 • Nombre d'ateliers en distanciel en 2021

Ainsi, depuis la crise sanitaire, les séances d'accompagnement sont réalisées à distance, avec une équipe renforcée qui a su s'adapter et les rendre aussi efficaces que des séances en présentiel. La crise a été aussi une **opportunité qui a permis d'accélérer la dématérialisation, l'optimisation de ressources et le gain de temps de déplacements.**

À l'issue de la crise sanitaire, le distanciel et le présentiel seront maintenus en fonction des besoins de chaque projet.

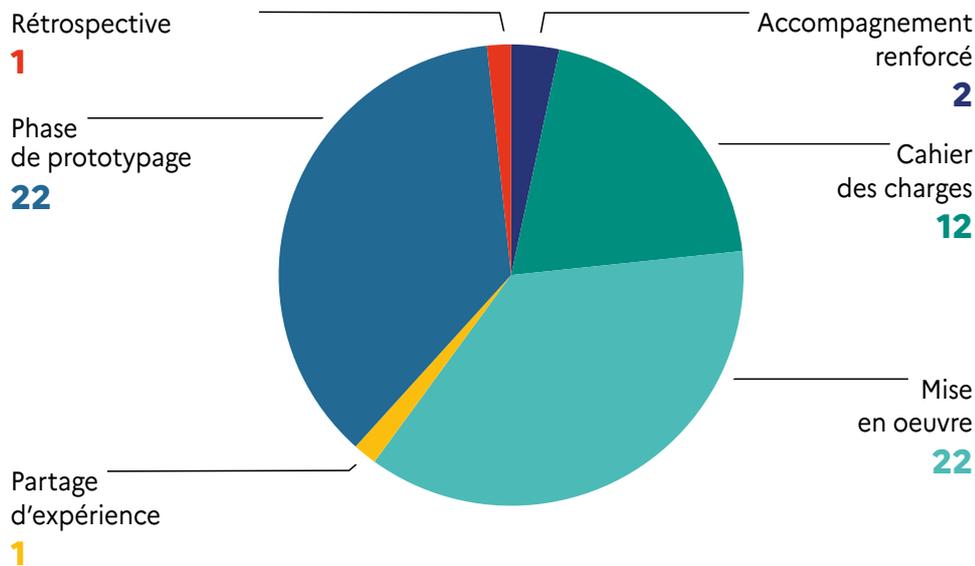


Figure 29 • Répartition par typologie d'atelier

**Le champ couvert par l'accélérateur a aussi été élargi.** Aux séances visant la **finalisation du cahier des charges** (2019) se sont ajoutées celles pour **préparer la mise en oeuvre du projet et assurer la réussite de la première inclusion du patient** (2020). Depuis avril 2021, un nouveau type de séance a été conçue et mis en pratique proposant un **accompagnement renforcé** pour les projets autorisés dont le démarrage et la mise en oeuvre rencontrent des difficultés, nécessitant un diagnostic des obstacles ou problèmes rencontrés et l'identification des solutions possibles ou nécessaires. Par ailleurs, un **essaimage de la méthode en région** a été testé (2020) et des **ateliers « prototypage »** initiés en 2021 pour des projets peu matures mais à fort potentiel.

**L'accélérateur, outil novateur cohérent avec l'esprit du dispositif Article 51, est toujours au service du porteur, invitant l'ensemble des acteurs à sortir du cadre, à changer de posture, à casser les codes, à débloquer les obstacles et à mobiliser l'effort de tous pour le succès d'une expérimentation 51.**



## ... DE LA SEMAINE NATIONALE DES PORTEURS ET DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUES



Après trois années d'existence du dispositif, une mise en réseau des porteurs de projets Article 51 est née avec l'appui de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). L'ambition de cette dynamique collective est de sortir du huis clos bilatéral avec les pouvoirs publics, de **se nourrir de partages d'expériences** pour acquérir **une autonomie plus grande dans la résolution de certaines difficultés** communes et de faire avancer les expérimentations par un accès facilité à l'expertise.

Revenons sur les temps forts et les enseignements qui ont marqué la vie de la communauté en fin d'année 2020 et en 2021 avec **Valérie Reznikoff**, cheffe de projets, et Elvire Cavallini, animatrice de communautés de l'Anap.

### Le grand rendez-vous annuel des expérimentateurs

Après une première « journée des porteurs » organisée fin 2019 visant un très large public de porteurs d'initiatives pour faire connaître le dispositif et accompagner les porteurs de projets dans la conception de leurs expérimentations, l'édition 2020 a adopté un format « tout digital » sur une semaine (23 au 26 novembre 2020) s'adressant plus particulièrement aux porteurs de projet autorisés ou proches de l'autorisation). Les sessions avaient pour but que chacun s'approprie le cycle de vie des projets Article 51 avec une focale sur les problématiques de mise en œuvre telles que la facturation, la relation avec l'évaluateur ou encore la communication : « **L'objectif poursuivi a**

**été de garantir le lancement optimal des premières expérimentations !** » Soixante-quinze porteurs de projets ont participé aux sessions avec une très grande mobilisation de chacun et plus de trente personnes des administrations centrales ou régionales ont été mobilisées pour leur animation. La digitalisation n'a pas remis en cause la richesse des échanges.

**Le programme de la semaine des porteurs édition 2020** : une série d'ateliers ont été proposés avec une inscription libre selon les souhaits et besoins des porteurs de projet.

#### Votre semaine en un coup d'œil

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI
9h – 10h	Ouverture le 51 où en est-on ?	Au café des porteurs de projets	Au café des porteurs de projets	Au café des porteurs de projets
12h – 13h	Trucs et astuces sur le modèle de financement	Trucs et astuces sur le rapport d'étape	Trucs et astuces sur le modèle de financement	Trucs et astuces sur le rapport d'étape
13h – 14h	Trucs et astuces sur le circuit de données et facturation	Trucs et astuces sur l'évaluation	Trucs et astuces sur le circuit de données et facturation	Trucs et astuces sur l'évaluation
17h – 18h	Tête-à-tête express avec les pouvoirs publics	Tête-à-tête express avec les pouvoirs publics	Tête-à-tête express avec les pouvoirs publics	Tête-à-tête express avec les pouvoirs publics

Figure 30 • Calendrier de la semaine des porteurs 2020



La troisième édition du rendez-vous annuel des porteurs de projets aura lieu le 24 novembre 2021. Cet événement sera consacré à une valorisation des expérimentations menées dans le cadre de l'Article 51 et des méthodes de travail utilisées. Il reste encore à confirmer si cet événement pourra se tenir en présentiel mais quoi qu'il arrive l'objectif sera de conserver la marque de fabrique de ces journées : **aucun formalisme et de la convivialité !**

## L'émergence d'une communauté de pratique



L'Anap appuie la structuration de plusieurs communautés de pratique entre professionnels du sanitaire et du médico-social. Elle anime les échanges, impulse les sujets, crée les conditions de rencontre. La valeur ajoutée recherchée de ces communautés se trouve, pour les porteurs de projet, dans le partage et la valorisation du savoir-faire ; un gain de temps et la résolution de problèmes concrets. La communauté de pratique des expérimentations Article 51 est ouverte à chaque porteur d'expérimentation Article 51 autorisée. Deux sessions de prise de contact et d'accueil convivial ont été organisées en novembre 2020, mais **c'est réellement en 2021 que la vie de cette communauté a commencé.**

En comparaison avec les autres communautés de pratique, la communauté de l'Article 51 est marquée par une très grande diversité de thématiques traitées et par des expérimentations qui ont une maturité et un positionnement hétérogène dans leur cycle de vie : « Le grand challenge à relever est l'identification de besoins communs pour y répondre collectivement. » Ainsi, les six premiers mois de l'année 2021 ont permis de tester différentes modalités d'échange et de tirer les enseignements de celles qui semblaient le plus appropriées pour animer la communauté. C'est aujourd'hui 90 porteurs de projets autorisés qui ont été rencontrés (réunion de lancement, ateliers, cafés des porteurs), représentant 56 projets des projets autorisés à l'été 2021. « Il y a un noyau dur d'une vingtaine de participants ». Soixante-quinze personnes sont membres de la plateforme d'échange mise à disposition de la communauté.

Chaque porteur autorisé est invité à rejoindre la communauté et à s'inscrire sur la plateforme qui permet de visualiser les événements, d'échanger des documents et d'initier des discussions. Un annuaire a été ajouté en février. Une session d'accueil des nouveaux arrivants est planifiée tous les trois mois. Au premier trimestre 2021, **deux animations thématiques** mobilisant les interlocuteurs de la Cnam et des ministères ont traité de la question de la « première facturation » et du « système d'information ». Elles ont respectivement rassemblé 31 et 21 participants sur deux ateliers chacune.

Un **rituel « café des porteurs »** est planifié chaque deuxième mardi du mois depuis mars avec une discussion qui s'articule autour de sujets librement définis par les participants (ex : canaux de communication utilisés à destination des patients et professionnels, questionnaires de vie). Certains acteurs ont souhaité créer des sous-groupes intéressés par des **échanges thématiques** autour de question telles que les « personnes âgées », les « questionnaires de vie », la « télé-médecine » ou « l'obésité ». Cette communauté de pratique a même essaimé avec l'expérimentation Pegase qui a créé sa propre communauté (protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance).

D'une façon générale, les participants se retrouvent sur des **questions communes de méthodes** telles que la question des « systèmes



d'information », du « rapport d'étape », « de la formation des intervenants » qu'ils ont souhaité mettre à l'ordre du jour de prochains rendez-vous. Dans ces échanges informels et participatifs, l'implication d'intervenants nationaux et régionaux de la communauté de l'Article 51 est appréciée. L'équilibre entre la réponse aux questions et l'autonomie de résolution de pro-

blème, qui est l'objectif d'une communauté de pratique, est alors à rechercher. « La communauté est encore naissante et ne peut à ce stade s'auto-porter, les groupes de production ont été déceptifs ; en revanche, le lien avec les autres porteurs de projets, le partage d'expériences et de ressources sont jugés utiles avec une grande curiosité de découvrir ce qui se passe ailleurs. »

### Ce qui fonctionne

- Les rituels type café de porteurs
- Le partage de connaissance
- Les retours d'expérience
- Les échanges avec les pouvoirs publics
- L'échange et la mise à disposition de ressources entre porteurs
- L'approche thématique

Des réponses simples à des problématiques simples et opérationnelles avec une participation « à la carte » qui s'adapte à leurs besoins et disponibilités

### Ce qui fonctionne moins bien

- Les groupes de travail avec les objectifs de production : des écarts importants entre les expérimentations
- L'auto-animation
- L'utilisation de plateforme pour poursuivre les échanges : manque de temps

Une communauté encore à ses prémices pour laquelle un besoin d'appui logistique et méthodologique est nécessaire avant d'envisager un mode auto-portant

Figure 31 • Enseignements majeurs du bilan à 6 mois de la mise en place de la communauté de pratique Article 51

## Vécu des participants

Dans une étude réalisée par l'Anap, auprès de la communauté de pratique Article 51, sur la période du 3 mars au 28 juin et à laquelle 21 personnes ont répondu, 85 % étaient satisfaits ou très satisfaits d'y participer. Les apports les plus importants mentionnés sont « le lien avec les

autres participants et la possibilité d'interagir avec eux » (71 % des répondants) et « des solutions élaborées ensemble » (52 % des répondants). La communauté paraît apporter des informations utiles pour les pratiques du quotidien à 65 % d'entre eux.\*



*J'ai déjà recommandé à d'autres collègues/ confrères de rejoindre la communauté\*.* »



*Permet d'anticiper certaines étapes grâce au retour d'expériences des porteurs ayant commencé plus tôt\*.* »



*« Difficile de suivre le fil d'actualité mais il est rassurant que l'on sache qu'en cas de difficulté, d'autres personnes concernées par l'Article 51 peuvent être ressources\*.* »

\* Verbatim de porteurs issus de l'enquête.



## ... DES SYSTÈMES D'INFORMATION

Les projets 51 instruits puis autorisés depuis 2018 ont mis en évidence l'importance que revêtent les systèmes d'information dans la mise en œuvre de la majorité des projets. Penser le système d'information d'une organisation est une des conditions indispensables à la réussite d'un projet Article 51 : la nécessaire mise en cohérence des projets avec les stratégies nationales et régionales et les questions relatives au coût et au financement des systèmes d'information compte tenu des modalités de financement du dispositif 51 (pas de financement au titre du développement des outils par exemple) constituent des enjeux majeurs dès l'instruction des projets.

C'est pourquoi l'équipe de l'Article 51 a progressivement renforcé ses liens avec les experts en systèmes d'information du ministère. À un moment charnière de la consolidation du cadre national de la e-santé et du déploiement du programme e-parcours dans les territoires, **Marie Gabrielle Rietsch**, référente e-parcours à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), nous donne sa vision des enjeux de la dimension numérique des projets Article 51.

### Un cadre national et régional dans lequel doivent s'insérer les projets de l'Article 51

Dès décembre 2018, avec le lancement des AMI PEPS, IPEP et EDS, l'expertise de la DGOS sur les systèmes d'information a été sollicitée. Pour IPEP notamment, qui embarque un ensemble de professionnels autour d'une prise en charge partagée, l'expertise de la DGOS a été indispensable pour faire le lien avec le programme e-parcours en cours de déploiement sur le territoire national, les référents e-parcours des ARS et des GRADeS<sup>17</sup>.

À cette même période, la doctrine nationale sur le numérique en santé et les systèmes d'information évolue avec l'installation de la Délégation du numérique en santé (DNS) auprès du ministre de la Santé. Le passage du cadre commun des projets de e-santé de 2016 à la doctrine technique du numérique en santé en 2020, prévu par la stratégie nationale du numérique en santé et la feuille de route « Accélérer le virage numérique » de 2019, chantier phare de Ma Santé 2022, intensifie l'engagement public dans ce domaine et donne des orientations stratégiques majeures pour les parties prenantes du système de santé.

Le cadre stratégique de l'État devient plus lisible et plus structuré. Le rôle et les actions des pouvoirs publics sont clarifiés vis-à-vis des acteurs de santé et des acteurs industriels. Ainsi la doctrine technique du numérique en santé, sous l'égide de la DNS, inclue désormais clairement les acteurs de la coordination et du médico-social, ce qui favorisera le partage d'information et les prises en charges pluri-professionnelles. Pour exemple : l'État et les ordres professionnels mettent en œuvre le répertoire d'identification des professionnels du système de santé (RPPS+), qui intègre progressivement les professionnels du médico-social. Ces travaux permettent d'unifier nationalement les modalités d'identification et d'authentification des professionnels du champ sanitaire et médico-social pour leur permettre de partager des données nominatives de santé de manière sécurisée, en conformité avec la Cnil et les dispositions réglementaires. En parallèle, les professionnels de santé s'acculturent et s'adaptent progressivement à l'usage du numérique en santé, avec un développement notable lié à la crise de la Covid-19.

<sup>17</sup> Les GRADeS constituent la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des ARS, en lien avec la mise en œuvre du cadre commun de la e-santé et au travers de l'Instruction SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région ([https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste\\_20170002\\_0000\\_0056.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-02/ste_20170002_0000_0056.pdf)).



Dans ce contexte et avec l'accélération en 2019 des projets 51 autorisés, les demandes d'expertise sur les systèmes d'information sont croissantes pour les projets à l'initiative d'acteurs de terrain. L'implication de la DGOS dans le processus d'instruction des projets va s'avérer indispensable pour s'assurer de la cohérence avec la doctrine nationale du numérique en santé et de l'articulation avec les stratégies régionales e-santé pilotées par les ARS sur les territoires (dont les outils e-parcours pour la coordination pluriprofessionnelle).

Pour permettre une analyse systématique des systèmes d'information nécessaires à la mise en œuvre des projets 51, une séquence dédiée a donc été créée dans le cadre de l'Accélérateur pour accompagner les acteurs dans la formalisation de leur besoin et dans le choix de l'outil adapté et cohérent avec les dispositifs nationaux et régionaux. Cette séquence de travail a associé les porteurs et les experts des ARS et des GRADeS concernés.

## Des expérimentations Article 51 inspirantes

Les expérimentations Article 51 sont inspirantes et enrichissantes pour les évolutions du numérique en santé. Elles permettent en effet de pointer les besoins d'évolution en matière de systèmes d'information, remontés par les professionnels de terrain. Elles participent à challenger la réflexion

sur l'adaptation nécessaire des outils à l'évolution des prises en charge du patient, sur la circulation de l'information numérique entre des acteurs d'horizon différent et outils qu'ils utilisent, et l'urbanisation du numérique en santé.



Les questions posées par les projets 51 sont essentielles et en miroir de problématiques plus générales qui se posent tant au niveau national que dans les régions et sur le terrain :

- Comment organiser les prises en charge multiples pour les patients : faut-il des outils dédiés à chaque type de prise en charge ou favoriser la polyvalence ?
- Quelle adaptation des outils régionaux ? Comment assurer l'interopérabilité entre les systèmes d'informations ? Doit-on laisser faire le marché ?
- Quel recueil et structuration des données ? Quel accès à ces données ?
- Quelle part de financement public/privé ? Quelle place pour l'action publique ? Quelle place pour l'innovation ? Quelle prise de risque sur le système d'information ?
- Quelles modalités de facturation pour les parcours multi-acteurs et partagés entre les acteurs de ville et l'hôpital (impact pour les logiciels de facturation, le SI de la Cnam...) ?

La mise en œuvre des expérimentations Article 51 alimente la réflexion numérique globale à avoir sur l'ensemble d'un parcours patient.



## Les SI vus par les porteurs de projet

Bon nombre d'entre eux sont confrontés également à **des difficultés d'ordre juridique ou technique** pour la mise en place de leur système d'information, ce qui suscite une demande d'accompagnement par des experts nationaux et

régionaux (ARS, GRADeS) à laquelle il est parfois difficile de répondre du fait de la rareté de ces compétences dans les administrations. Il convient cependant de noter une nette montée en compétence des acteurs dans ce domaine.



Les porteurs de projet sont confrontés à de nombreuses questions pour la mise en place des systèmes d'information nécessaires à leur projet, comme par exemple :

- Qui accède à quelle information dans le cadre des prises en charge ? Quelles sont les règles liées au partage d'informations et comment le mettre en place ? Quelles sont les informations et données partagées entre professionnels de différents horizons ?
- Comment former les professionnels au fonctionnement de l'outil et comment s'assurer qu'ils s'approprient correctement l'outil ?

## Quelle perspective pour la suite ?

En matière de systèmes d'information, il est indispensable de **renforcer l'anticipation et l'identification des bonnes ressources au bon moment pour le montage des projets**. La question du coût et des modalités de financement doit également faire l'objet d'une analyse particulière en tenant compte des stratégies des régions concernées et des limites du dispositif Article 51 s'agissant du financement des outils<sup>18</sup>.

Mais au préalable, il est primordial de s'assurer de la solidité du modèle organisationnel et du modèle économique et financier du projet.



*« Le système d'information est un outil qui ne doit et ne peut être une fin en soi, il doit être au service d'une organisation. Le meilleur outil, s'il ne repose pas sur une organisation solide, ne servira à rien. »*

<sup>18</sup> Pour mémoire, le dispositif de l'Article 51 ne finance pas l'acquisition, le développement et le déploiement de solutions numériques non alignées avec la stratégie régionale et nationale de la e-santé ni l'acquisition, le développement et le déploiement de solutions numériques « propriétaires ». Ce type de financement peut en revanche être assuré par d'autres dispositifs, de type BPI (banque publique d'investissement).

## ... D'UN GROUPE DE TRAVAIL MINISTÉRIEL

### Relatif à la valorisation financière et à l'évolution des modalités de rémunération des coordinations

Par essence, les projets Article 51 portent une dimension forte de **coordination**, puisqu'ils s'attachent pour la majorité d'entre eux à **transformer l'organisation des parcours de santé**, en visant à associer les nombreux acteurs mobilisés autour d'une pathologie ou d'une population avec des fragilités particulières, et ainsi mieux travailler ensemble. Cela se traduit par des organisations nouvelles aménageant des espaces de coordination innovants, et qui pour certains projets se retrouvent dans le modèle de financement.

Les pouvoirs publics, en lien avec les acteurs et les patients, sont également fortement sensibles à cette question de la coordination. Ainsi, dans le cadre de sa mission « Autonomie et parcours »<sup>19</sup>, Dominique Libault a demandé à la Direction de la sécurité sociale (DSS) de mettre en place un **groupe de travail dédié à la valorisation financière et à l'évolution des modalités de rémunération des coordinations**. Pour cela, le groupe de travail a d'abord tenté, en s'appuyant sur un état des lieux des outils et financements existants, de trouver de nouvelles articulations entre financements existants des différents champs (sanitaire, médico-social, social) avec l'objectif d'améliorer les prises en charge coordonnées. Il s'est ensuite attaché à identifier les leviers pour donner aux acteurs des signaux forts d'incitation à coordonner davantage leurs actions, quel que soit leur lieu d'intervention (ville, hôpital, ESMS).

Revenons avec **Maud Robert**, cheffe de projet « parcours » à la sous-direction du financement du système de soins de la DSS, sur sa perception de la capacité des projets Articles 51 à nourrir la réflexion sur les évolutions législatives et les textes réglementaires sur ce sujet.

### Tentative de typologie des coordinations existantes

La coordination fait partie intégrante de l'activité des professionnels de santé. La question est de savoir comment elle peut être encouragée, notamment à l'échelle d'un parcours et y compris par des leviers financiers, mais également comment elle peut se matérialiser et être tracée tout au long du parcours de soins du patient. À titre d'exemple, il est possible de s'inspirer du travail mené depuis plusieurs années sur la normalisation des parcours en cancérologie qui a permis de positionner des temps de coordination spécifiques (réunions de concertation pluri-professionnelles, professionnels spécifiquement en charge



*Observer la manière dont les acteurs ont choisi de s'organiser et dont ils abordent le sujet de la rémunération de la coordination est très éclairant pour identifier jusqu'où ils sont prêts à aller dans l'évolution de leurs pratiques et modes d'organisation. »*

<sup>19</sup> Signée conjointement par Monsieur le ministre des Solidarités et de la Santé, Madame la ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé chargée de l'autonomie et Madame la secrétaire d'État auprès du Premier ministre chargée des Personnes handicapées le 30 décembre 2020.

de la coordination au travers des Idec) ainsi que des outils de partage de l'information.

Les **projets Article 51 permettent de s'inspirer des stratégies innovantes pensées par les acteurs pour lever ces obstacles et fluidifier les parcours** : ainsi, plusieurs expérimentations Article 51 donnent à voir des approches différentes de la coordination autour de sujets aussi divers que la prévention de la iatrogénie médicamenteuse (*Octave, Optimed*), la dénutrition (*D-NUT*), les troubles du langage (*TSLA*), la prise en charge de la perte d'autonomie (*DRAD*), les *microstructures post-Covid-19*. Elles ont contribué à appréhender la diversité des modes d'organisation et de financement de la coordination (cf. schéma des typologies). **Les modèles économiques de ces projets prévoient notamment une rémunération de temps de coordination du parcours et de suivi confiés à des professionnels paramédicaux, des enveloppes pluri-professionnelles pour**

**des réunions de concertation en amont et/ou en fin de parcours ; la rémunération de solutions numériques d'appui au parcours coordonné accessibles par tous les professionnels.** De même, plusieurs projets proposent de tester un **intérêt partagé à la performance** (ex : *IPEP, Octave, Optimed*) qui peut dans certains cas être libre d'utilisation par le groupement et représenter un levier d'engagement vers plus de coordination.

D'une façon générale, **ce sont aux points de rupture des parcours et pour les populations les plus fragilisées que la coordination renforcée (temps dédié, mission confiée à certains professionnels identifiés par exemple) aura la plus grande valeur ajoutée notamment lorsque les parcours demandent une dimension d'intersectorialité des interventions (sanitaire/médico-social) et une articulation ville/hôpital.**

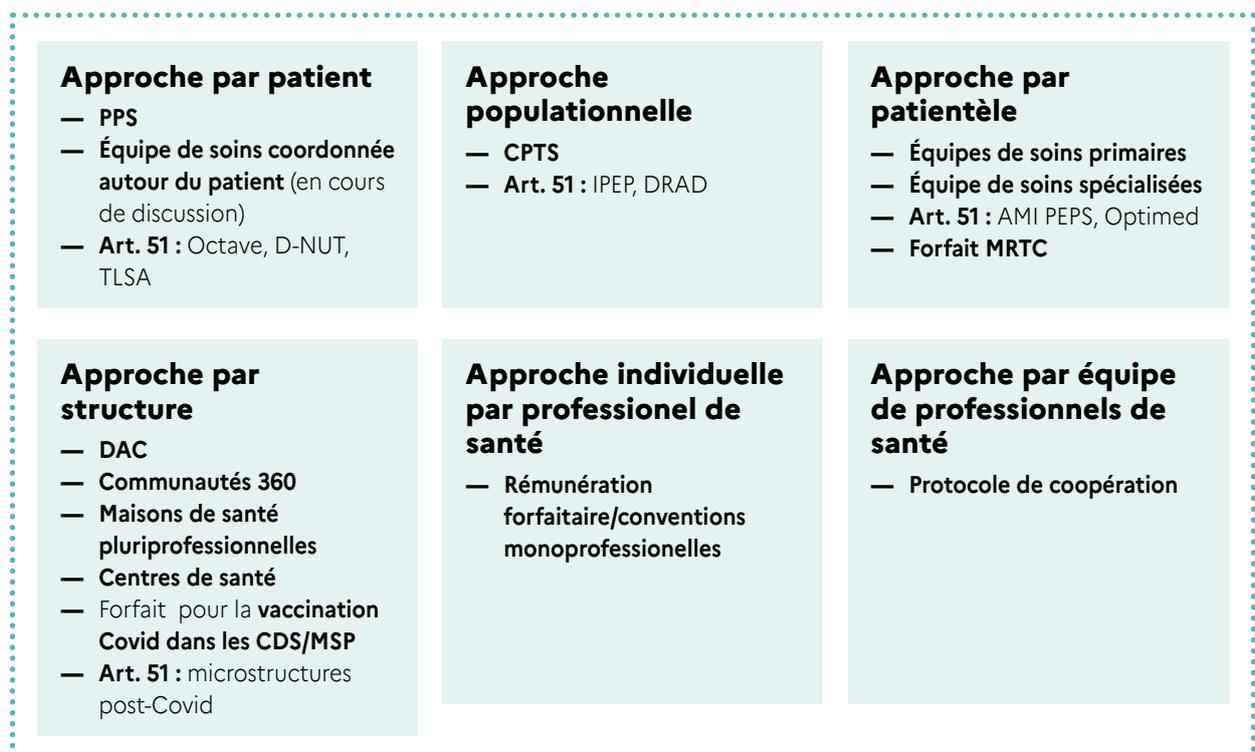


Figure 32 • Typologie des coordinations dans le cadre du groupe de travail

La réflexion sur la valorisation de la coordination se poursuit. Les expérimentations lancées délivreront à partir de 2022 des enseignements précieux. « **Il ne faut pas préjuger de ce qui va fonctionner ou non et s'appuyer sur les données d'évaluation.** » Il sera intéressant de regarder de près les résultats d'évaluation concernant l'acceptabilité et l'efficacité de ces modalités de rémunération.

### **Le paiement substitutif à l'acte par équipe de professionnels de santé, une incitation à la coordination ?**

Le projet national *PEPS* « Expérimentation d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville » Article 51 a été lancé en 2019 par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie après une co-construction d'une durée de six mois avec une trentaine d'acteurs volontaires (représentant 25 structures).

L'ambition de *PEPS* est, par une évolution du mode de rémunération, de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense. Il offre un cadre innovant basé sur une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation et dans sa répartition. Les premiers retours des équipes expérimentatrices indiquent un changement profond de leurs pratiques avec un recentrage de leur activité sur les missions ayant la plus forte valeur ajoutée et un réinvestissement sur des temps de partage entre professionnels et d'orientation des patients. « Les résultats de l'expérimentation et les impacts organisationnels induits par le changement du mode de rémunération des acteurs seront analysés avec beaucoup d'intérêt. »



# ... DES ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE DE MODÈLE DE FINANCEMENT

## Le développement des parts variables : panorama

Le concept de part variable est largement diffusé dans les modèles de financement des pays anglo-saxons et nordiques. Il s'est inscrit plus discrètement dans les modèles de financement en France.

### Entretien avec Yann Lhomme (DSS) et Fanny Traver (Cnam)

Certains acteurs montrent une appétence et un intérêt pour les parts variables dans le dispositif Article 51. La mise en œuvre pratique des parts variables se construit progressivement dans le

cadre de l'Article 51. Ainsi, **une expérimentation sur sept** prévoit la mise en place de rémunérations sous forme d'une part variable, soit une quinzaine de projets.

### LES PARTS VARIABLES, UN CONCEPT POLYSÉMIQUE ?



Le concept de part variable est polysémique et recouvre plusieurs dimensions. Les parts variables peuvent avoir pour objet **de rémunérer la qualité, la pertinence, la performance, la coordination ou d'introduire un partage des**

**risques** entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie.

Dans le cadre de l'Article 51, les parts variables traduisent de manière plus ou moins explicite les objectifs des porteurs.

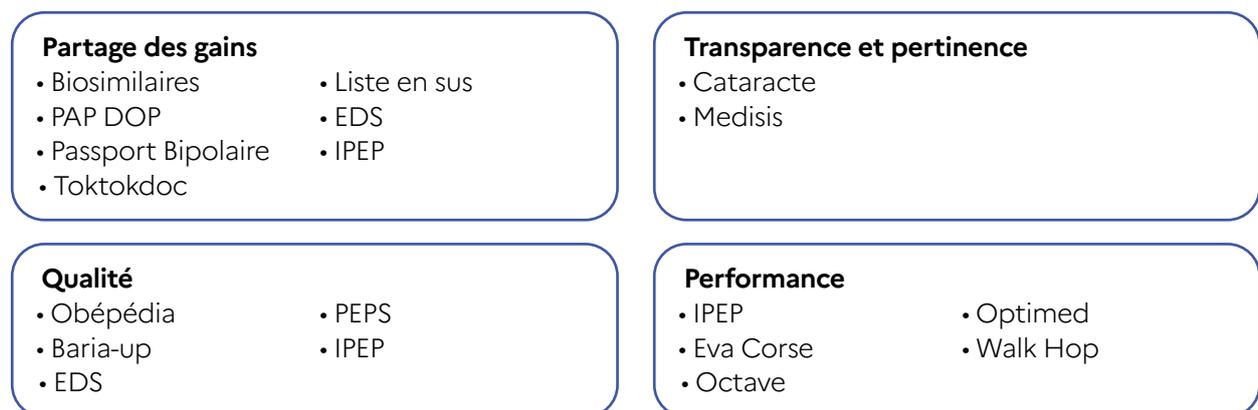


Figure 33 • Typologie des projets comportant des parts variables



Certains porteurs souhaitent développer un modèle qui prend en compte la **qualité de la prise en charge**, l'expérience des patients et les coûts nécessaires au développement des outils. Ils introduisent alors la notion de responsabilité collective des prises en charge, des parcours et de leurs coûts. Ils ont une approche plus centrée sur la coordination et le décloisonnement des silos qui structurent notre système de santé, ce qui se traduit par la mise en place d'un principe de solidarité sur les résultats avec le paiement d'une part variable. On retrouve plusieurs expérimentations comme par exemple *Obepedia*, *EDS*, *Baria-up*.

### **UN EXEMPLE DE PAIEMENT À LA PERFORMANCE : L'EXPÉRIMENTATION OCTAVE**

D'autres développent une approche centrée sur l'**efficacité et la performance** : le projet permet de développer des alternatives aux prises en charge déjà existantes, tout en dégagant des gains « économiques ».

Les projets *IPEP*, *Optimed* ou encore *Octave* illustrent cette approche avec un transfert des prises en charge spécifiquement hospitalières vers la ville (avec une organisation plus légère qui n'est pas adossée à un important plateau technique), ou la mise en place d'actions de délégation en recentrant les ressources médicales sur le pilotage et la coordination de prises en charge plus complexes, ou sur la mise en place d'actions de prévention. Les coûts de ces prises en charge sont moins élevés ou de nature à diminuer les complications.

*Cette expérimentation vise à assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient, anticipée en amont de son hospitalisation programmée et optimisée en aval, afin de contribuer à prévenir les erreurs et effets indésirables médicamenteux chez le sujet âgé.*

Dans les expérimentations Article 51, les parts variables conjuguent les différents objectifs précédemment décrits. Les acteurs privilégient à travers les nouveaux parcours une approche plus globale de la prise en charge.

En termes financiers, les niveaux de parts variables sont dépendants des niveaux de risques et de gains : les parts variables avoisinent en général **5 % des coûts des prises en charge** (plafond) lorsqu'elles visent des objectifs de qualité ; elles

peuvent représenter jusqu'à **30 % des économies**, lorsqu'elles mettent en place un intéressement à la réduction des dépenses pour l'Assurance Maladie (à qualité au moins identique et sans probabilité de pertes).

Le dispositif 51 a permis de faire émerger plusieurs projets qui ont pour objectif une meilleure adéquation des prises en charge par l'amélioration de leur **pertinence** (par exemple, en traitant la dénutrition avant l'hospitalisation plutôt que pendant ou en associant l'ensemble des acteurs pour le patient sur le projet Cataracte). La mesure et le partage des résultats PROMs, CROMs ou SMR et autres indicateurs permettent d'améliorer la pertinence des soins. La part variable donne une nouvelle valeur à cette pratique de transparence.

### **En pratique LES PARTS VARIABLES EN PRATIQUE DANS L'ARTICLE 51**

L'élaboration de la part variable reste un processus complexe, notamment pour le calcul des indicateurs et la fixation du niveau d'économie cible. Les **indicateurs choisis** doivent traduire au mieux les objectifs du projet ; ils doivent également être pertinents et efficaces, pour pouvoir vraiment affirmer que l'impact observé relève bien du projet. Ce dernier point rejoint d'ailleurs

la problématique de la pertinence des indicateurs retenus pour l'évaluation. Enfin, au-delà des aspects méthodologiques et statistiques, l'attention des porteurs est également attirée sur le fait qu'un délai important est parfois nécessaire pour mesurer les impacts d'une nouvelle organisation ou de nouvelles pratiques.



Pour toutes ces raisons, il est **indispensable que la construction des indicateurs pour les parts variables soit le fruit d'un travail partagé**, pour clarifier les attentes de chacun et surtout pouvoir disposer d'indicateurs faciles à construire, à recueillir et à analyser.

L'enjeu opérationnel porte sur la **faisabilité des calculs de la part variable**, à partir d'indicateurs de résultats robustes, reproductibles et spécifiques. Concrètement, les parts variables devraient reposer sur des indicateurs indexés sur

une combinaison d'un nombre limité d'indicateurs, trois à cinq, dont au moins un à deux indicateurs de résultats. L'introduction d'une part variable n'est pas pertinente pour tous les projets.

**La façon dont la part variable sera ventilée entre les acteurs de la ville et de l'hôpital n'est pas prédéterminée et devient ainsi un « outil » de management à la main des porteurs.** Souvent, l'attribution entre acteurs n'est pas fixée a priori dans les cahiers des charges et il est donc prévu qu'elle soit ajustée par les porteurs au fur et à mesure de l'avancement des projets. On constate que dans un premier temps les porteurs, pour fédérer les acteurs autour de ces changements, sont plus attentifs aux modalités d'attribution des parts variables **vers les acteurs de ville**. Les formats sont également variables, avec dans certains projets l'accent qui est mis sur les **formations** ; dans d'autres sur la mise en place de **rémunérations annexes**. D'autres enseignements seront donc encore à venir sur les modalités de répartition de cette part variable.

Une des questions qui se posera **en vue de la généralisation** sera de savoir quelle est la proportion que peut représenter la part variable dans la rémunération totale des acteurs et l'usage qui peut en être fait (formation, investissement en matériel, SI).

– **La part variable** pourra enfin être mobilisée pour **corriger les défauts du paiement à l'acte** (biais de sélection, volume d'activité), **mais le dispositif demande à être affiné et expérimenté**.

Les parts variables peuvent avoir pour objet de compenser ou d'atténuer les impacts des autres modèles de financement du système de santé, du fait de l'évolution des pratiques et des modèles de financement. La transformation du système de santé peut notamment être source d'économies, qui peuvent être redistribuées entre les acteurs de santé et l'Assurance Maladie.

## DEUX EXEMPLES DE PARTAGE DE GAINS

### L'expérimentation PAP DOP

L'enjeu de ce projet est d'aider les professionnels de santé à s'organiser afin de réaliser un bilan nutritionnel à tous les patients à risque de dénutrition avant une intervention chirurgicale et ce afin de limiter les risques de complications opératoires pour le patient.

Part variable =  $(T_N - T_{N-1}) \times \text{nombre de patients de N (montant économie moyenne due à la baisse des durées de séjour et du niveau de sévérité)} \times 50 \%$

T = taux de patients avec CMA dénutrition en N, pour l'année N, T est noté  $T_N$  et pour l'année N-1,  $T_{N-1}$



## En pratique

L'intégration de part variable dans les modèles économiques des expérimentations entraîne plusieurs conséquences

— La part variable permet d'aligner les pratiques des acteurs, lorsque le financement est indexé sur des indicateurs qualité (indicateurs de résultats et de processus) et/ou qu'il module la rémunération d'un acteur par rapport à sa performance mesurée. La part variable constitue un des leviers pour fédérer une équipe autour d'objectifs communs. En effet, la mesure des indicateurs entraîne une prise de conscience de l'impact de leurs pratiques innovantes ou non sur le fonctionnement de l'équipe, et, au sens large, sur le système de santé. Ces résultats mesurés doivent être partagés même s'ils peuvent mettre du temps à devenir probants.

### Objectif

Prévoir une montée en charge, le plus souvent sous forme d'indicateurs de parts variables, assis sur des évolutions par rapport aux années précédentes, plutôt que sur une cible en valeur figée.

L'usage de cette part variable relève du choix de l'équipe, avec pour cible de faciliter l'exercice pluridisciplinaire ou d'investir dans du matériel, des SI, des formations.

— La part variable initie un processus d'amélioration permanent, d'abord en mobilisant les équipes, comme évoqué ci-dessus, ensuite en visant le maintien à niveau, lorsque ces dernières ont atteint un seuil d'équilibre élevé. Une part variable, pour être efficace, doit donc être exigeante et fixer des cibles graduées dans le temps.

### L'expérimentation Passport bipolaire

L'enjeu de Passport bipolaire est d'assurer un meilleur équilibre des personnes atteintes de troubles bipolaires avec un suivi rapproché et coordonné.

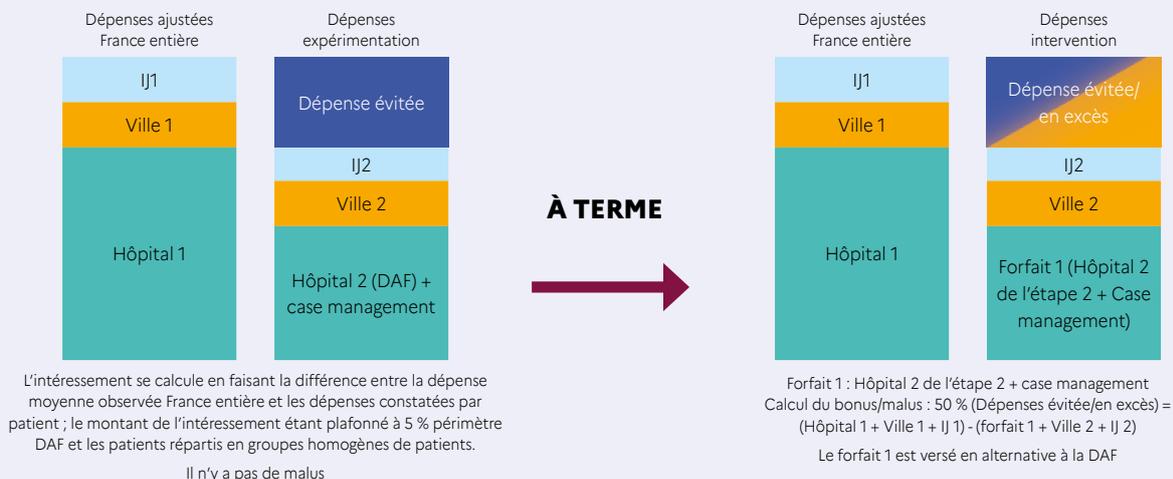


Figure 34 • Exemple de partage des gains économiques dans l'expérimentation *Passport bipolaire* (BP)

\* IJ : indemnités journalières



À ce jour, dans le cadre des projets issus de l'Article 51, il n'existe qu'un projet pour lequel une part variable est effective : dans le **projet IPEP**, les premières parts variables ont été versées aux expérimentateurs. Dans le projet **EDS**, les simulations des parts variables ont été calculées et partagées avec les acteurs, constituant ainsi la première étape avant leur paiement réel.

Le succès des parts variables repose sur l'existence d'une **co-construction avec les acteurs**. Cela nécessite un partage de données, des méthodes, des hypothèses et des objectifs communs.



Le premier retour d'expériences montre que :

- les accès aux systèmes d'information se construisent ; les équipes identifient les clés de répartition de ces parts variables entre les différents participants ; la cohabitation de ces nouveaux modèles avec les systèmes antérieurs se met en place ;
- la mise en œuvre des parts variables est complexe et demandera un peu de temps pour prendre son rythme de croisière : les calculs sont parfois compliqués en mobilisant des données nouvelles, ce qui peut prendre du temps. Il est par ailleurs difficile d'isoler dans la mesure des gains ce qui relève de la seule expérimentation. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre l'incitation que génère la part variable et les contreparties qu'elles génèrent aux acteurs.

Pour introduire une part variable pertinente, les acteurs doivent être en mesure de prendre des décisions éclairées concernant les objectifs proposés, la faisabilité et la probabilité d'atteindre les objectifs avec les organisations et pratiques innovantes. Il convient également d'« embarquer » les éléments de mesures permettant d'isoler les impacts, en tenant compte de spécificités de territoires, avec des intrants différents.

En effet, comme dans tous les modèles Article 51, il existe un certain nombre de critères de réplification d'une expérimentation dépendant de paramètres divers, tels que l'offre de soins, les caractéristiques des patients, etc.

Le succès de la mise en place d'une part variable comme modalité de rémunération repose sur des facteurs incontournables, tels **qu'un terrain approprié, une équipe convaincue, la mobilisation de nombreux acteurs et leur alignement sur une perspective commune**.

## Capitalisation autour des modèles de financement : le travail initié sur les crédits d'amorçage et d'ingénierie

À la demande des ARS, un travail a été initié en 2021 sur le thème des crédits d'amorçage et d'ingénierie avec la Cnam, la DSS, les ARS Pays de la Loire, Île-de-France et l'équipe nationale.

L'objectif était double :

- clarifier les notions de crédits d'amorçage et d'ingénierie ;
- donner quelques points de repères autour de la construction et l'utilisation des crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) pour mieux former et informer les référents et porteurs.



## UNE DÉFINITION PLUS CLAIRE DES CRÉDITS D'AMORÇAGE ET D'INGÉNIERIE

Le travail a permis d'apporter des précisions sur :

- **Les crédits d'ingénierie** financent les surcoûts relatifs au montage et au pilotage du projet ; il peut s'agir de coûts de ressources humaines (coordination, pilotage, communication...), d'achat de petit matériel, de formation (hors formation prise en charge dans le cadre du DPC), etc.
- **Les crédits d'amorçage** financent les surcoûts liés à la montée en charge de l'expérimentation, par exemple pour atteinte du point d'équilibre s'agissant du personnel qui assure des prestations de soins.



Les crédits d'amorçage et d'ingénierie sont en pratique aujourd'hui financés :

- par le FIR des ARS quand il s'agit d'un projet régional ;
- par le FISS quand il s'agit d'un projet national.

Le budget des CAI représente en moyenne, dans les projets A51 autorisés, autour de 10 % du budget total.

## UN TRAVAIL CONJOINT ARS/NATIONAL POUR IDENTIFIER LES POSTES DE DÉPENSES PRINCIPAUX

En pratique, selon les besoins formulés par les porteurs durant les travaux de co-construction, les crédits d'ingénierie peuvent couvrir le financement :

- **d'un temps de chef de projet – coordinateur** dont les missions principales sont le pilotage, l'accompagnement des acteurs, la mise en place du plan d'action ;
- **des expertises (système d'information et juridique) :**
  - frais de gestion de projet et d'investissement liés à l'adaptation des systèmes d'information : mise à jour de l'outil informatique pour le suivi de l'expérimentation/harmonisation du recueil des données/structuration du SI, test de traçabilité, etc./aide à la saisie sur la plate-forme et aide au codage/requêtes sur logiciels métier, etc.,
  - recours à des expertises juridiques pour la constitution ou l'évolution des statuts et de la gouvernance,
  - remarques RGPD (Règlement général de protection des données), déclaration Cnil.
  - commissaire aux comptes pour les structures nouvelles n'ayant jamais bénéficié de cette prestation.
- **des temps de réunion, de communication et de formation :**
  - temps passé par les professionnels du groupement aux réunions relatives au projet/réalisations d'évènements,
  - temps pour la conduite des actions de communication : sensibilisation des professionnels au projet/communication vers les professionnels/communication vers les usagers,
  - formation des professionnels : formation aux outils (notamment la plateforme nationale Article 51)/formation pour les professionnels (aide au changement, management du travail en équipe, etc.) ;

La clarification de ces deux notions permet de faciliter l'accompagnement des porteurs de projet par les équipes tant en ARS qu'à l'échelon national.



## ... DE LA FACTURATION

### Retour d'expérience sur l'ensemble des projets autorisés

Avec Stéphane Arouete (Cnam)

#### L'Article 51, c'est innover et déroger !

Les expérimentations Article 51 portent des modifications importantes des organisations, font émerger des nouvelles fonctions voire des nouveaux métiers. Ces modifications s'accompagnent de modes de financement innovants tels que le paiement et la capitation, à l'épisode de soins (*bundle payment*) ou à des paiements sur objectifs ou résultat.

Certains de ces paiements peuvent être substitués au droit commun, d'autres complémentaires à celui-ci.

La notion de « **forfait** » solidaire et collectif est utilisée dans de nombreuses expérimentations permettant de renforcer la coordination des acteurs à l'exécution d'une séquence de soins et modifier les pratiques.

Afin de mettre en place ces expérimentations, l'Article 51 a été doté d'un système d'information « **la plateforme Article 51** » (PF51) permettant de financer les expérimentations et récupérer les données nécessaires au contrôle et à l'évaluation.



Aujourd'hui, une cinquantaine d'expérimentations est financée par la plateforme 51 pour du paiement à l'acte, au forfait, à la séquence ou au parcours en passant par la capitation et la part variable, avec des règles de gestion propres à chaque expérimentation.

Cet outil PF51 a permis :

- de proposer un **processus de co-construction** sur les circuits de facturation avec les porteurs de projets et l'équipe A51 ;
- la mise en œuvre rapide de façon dérogatoire au **circuit de facturation de droit commun** (nécessité de la signature de la carte vitale, de la CPS...) en introduisant des solutions dérogatoires pour l'Article 51 (Finess A51 permettant à des structures non référencées et entrant dans le champ des expérimentations Article 51 de recevoir des paiements dérogatoires...).



**Sur la base de l'expérience acquise, la généralisation de certaines expérimentations nécessitera :**

#### **UNE RÉFLEXION SUR L'INDUSTRIALISATION DE CERTAINS MODÈLES DANS LES SI EXISTANTS**

- Les flux de financement sont propres à chaque secteur.
- Avec les nouveaux modes de financement, l'interopérabilité est une condition indispensable pour, par exemple, suivre un parcours de soins et mettre en œuvre un paiement au forfait parcours.
- Ce paiement devra être partagé entre des acteurs appartenant à des secteurs différents (médecin de ville, établissements de santé, secteur médico-social, autres acteurs).
- Une évolution des SI du système de santé au sens large (de l'Assurance Maladie, logiciels métiers, e-parcours...) sera nécessaire à court et moyen terme en prenant en compte les interfaçages avec les différents vecteurs existants : logiciels métiers des professionnels libéraux et hospitaliers, ENS (espace numérique en santé) et DMP (dossier médical partagé), e- parcours et GRADeS, etc.

#### **DES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES POUR DÉFINIR**

- De nouveaux modes de financement tels que la notion de forfait, et ce en réinterrogeant la notion de service fait, notamment lorsque le mode de financement concerne plusieurs acteurs.
- Des évolutions fonctionnelles, juridiques et fiscales de structures coordonnatrices telles que les CPTS, les MSP, les DAC (dispositifs d'appui à la coordination), les établissements de santé ou autres structures qui auront à gérer un forfait à la séquence ou au parcours, une part variable entre plusieurs acteurs.
- Un enjeu sur la définition du panier de soins qui va au-delà du secteur sanitaire et médico-social, avec un interfaçage plus ou moins prégnant du secteur social (notion de gestionnaire de cas – *Case manager*, activité sociale, etc.).



## Comment l'ATIH participe aux travaux et fait évoluer sa pratique au contact des expérimentations Article 51 ?

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a été fondée en 2000. Elle est chargée en particulier de la collecte, l'hébergement et l'analyse des données des établissements de santé, de la gestion technique des dispositifs de financement des établissements, de la réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médico-sociaux et de l'élaboration et maintenance des nomenclatures de santé. Dans le cadre de l'Article 51, l'ATIH a apporté son appui dans des domaines variés. Nous avons interrogé Nathalie Rigollot pour comprendre plus précisément quelle implication avait eu l'ATIH dans l'accompagnement des projets Article 51.

### UN APPUI ENTRE ACCOMPAGNEMENT COLLABORATIF ET APPORT D'EXPERTISE

Au démarrage des premières réflexions pour des expérimentations nationales, l'ATIH a été identifiée comme un **acteur incontournable**. Elle a été associée dès le départ à **l'expérimentation EDS**, puis à IPEP. L'expertise de l'ATIH a été indispensable pour construire la modélisation prédictive des parcours et élaborer le modèle de financement EDS par pathologie. L'accompagnement de l'expérimentation par l'ATIH continue aujourd'hui pour intégrer d'éventuels **ajustements méthodo-**

**logiques** au regard de l'évolution des pratiques, et apporter un appui méthodologique sur **la méthode de scoring des indicateurs qualité**.

Pour conduire les travaux relatifs aux expérimentations EDS, l'ATIH a mis en place une équipe composée de cinq statisticiens et d'un médecin (issus de deux services : Financement et analyse économique et Classifications, information médicale et modèles de financement).

### MODÈLE DE FINANCEMENT EDS

Le modèle de financement EDS est forfaitaire. Les principes présidant à sa construction sont :

- un parcours prédictif pour chaque patient, sur la base de ses caractéristiques (facteurs de risques, comorbidités...) considérées comme présentes à l'admission dans le séjour index, parcours auquel est affecté un montant forfaitaire ;
- une incitation à améliorer la prise en charge globale, aussi bien en amont et en aval de l'intervention (médecine péri-opératoire, pré-habilitation, soins de ville, réhospitalisations) que lors du séjour inaugural (limitation des complications « évitables »).

Le forfait EDS prend en compte les caractéristiques et facteurs de risque du patient, et est substitutif à la tarification à l'activité et au paiement à l'acte sur un périmètre défini, pour une équipe de soins.

Le forfait comprend une double composante :  
1/ **une composante « qualité »** qui mesure l'atteinte d'objectifs en termes de qualité de la prise en charge et de performance des organisations ;  
2/ **une composante « performance économique »** qui mesure l'efficacité économique d'un ensemble d'acteurs en termes de dépenses relatives à la prise en charge des épisodes de soins.



## Principes et méthode de calcul

### DES FORAITS NATIONAUX

- Calculés sur des **données historiques**  
 → Analyses bases nationales PMSI et DCIR 2016-2018
- Dépenses encadrées AM
- Valorisation sur la base des paramètres campagne tarifaire en vigueur

### AJUSTÉS SUR LE RISQUE



#### POUR CHAQUE ÉPISODE

**1/ PRÉDICTION DU PARCOURS DE SOINS avec ou sans SSR/HAD en post-opératoire**

Fonction des caractéristiques et facteurs de risque du patient connus à l'admission

**2/ MONTANT FORFAITAIRE AJUSTÉ AU PARCOURS**  
 Par secteur d'activité  
**un forfait de base + des modulateurs**

Calculés par secteur d'activité  
**Modulateur = montant additionnel au forfait de base fonction des caractéristiques patients**

#### POUR CHAQUE ÉTABLISSEMENT PORTEUR DE PROJET

**3/ COUVERTURE DU RISQUE DE RÉHOSPITALISATION**  
 Par établissement

**Un montant calculé en utilisant les moyennes nationales**  
 (taux de réhospitalisation et dépenses)

### Intéressement économique : principes

1

**Calcul d'un parcours et d'un forfait théorique pour chaque patient = dépenses cibles**  
 Elles couvrent les prestations réalisées par l'ensemble des acteurs au cours de l'épisode

2

**Les patients sont pris en charge et les acteurs sont rémunérés selon les modalités actuelles**  
 (ex : poursuite facturation AMI, AMK...)  
 = **dépenses observées**

3

Dépenses cibles



Dépenses observées

= **Gains redistribués/pas de perte pour les partenaires**

1

**Des indicateurs** calculés à partir  
 – de données saisies dans la PTF par les établissements  
 – d'une exploitation de données du SNDS

3

**Un score pour chaque établissement**  
 Pondération des résultats des indicateurs

2

**Des notes pour chaque indicateur**  
 Prenant en compte la valeur observée ou la progression

4

**Redistribution intégrale de l'enveloppe\* entre les expérimentateurs**

\* Dans le cadre EDS et pendant la phase rétrospective l'intéressement qualité fonctionne sur une logique de régularisation

Figure 35 • Schéma synthétique de la construction EDS



L'ATIH a également accompagné l'**équipe IPEP** sur les travaux de modélisation des dépenses et d'indicateurs qualité (gestion des données PMSI). L'ATIH a piloté les travaux sur les indicateurs qualité, les ajustements et les seuils à retenir.

Enfin récemment, l'agence a apporté son soutien dans **des projets d'initiatives d'acteurs** pour faciliter le recueil de données hospitalières et assurer le caractère opérationnel de certains modèles de financement.

### Un exemple d'implication de l'ATIH dans l'accompagnement des projets en cours d'instruction

Un projet sur la **gestion du capital sanguin** a pour ambition d'améliorer le devenir des patients pris en charge pour un acte de chirurgie en luttant contre l'anémie et la carence martiale tout en limitant les transfusions péri-opératoires. Son caractère innovant réside dans une approche coordonnée de la gestion du capital sanguin par la détection précoce et le traitement de l'anémie par carence martiale réalisée conjointement à une démarche continue d'amélioration de la qualité (analyse, sensibilisation, partage des indicateurs) et un mode de rémunération avec une incitation financière spécifique à cette démarche. L'ATIH **apporte son expertise sur l'élaboration du dispositif** de conception du recueil qui est particulièrement complexe dans ce projet.

## DES COLLABORATIONS INSTITUTIONNELLES RENFORCÉES ET UN RAPPROCHEMENT DES ACTEURS DE TERRAIN

**L'expérience EDS a renforcé les liens étroits entre l'ATIH, les directions d'administration centrale du ministère, la Cnam et la HAS.**

À titre d'exemple pour élaborer l'exportation des données issues du Système national des données de santé (SNDS) vers la plateforme d'accès sécurisé aux données du PMSI, une convention entre l'ATIH et la Cnam a été mise en place organisant le traitement de ces données par l'ATIH et la Cnam, intégrant l'actualisation des cohortes, la modélisation, la simulation et le calcul de l'intéressement.

**« La proximité avec les acteurs de terrain a été une expérience très riche pour l'ATIH »** nous

rappelle Nathalie Rigollot, chargée de mission dans le cadre du financement des activités de soins et des structures du médico-social à l'ATIH. Cette association acteurs de terrain/agence publique a permis une adaptation efficace au besoin exprimé du terrain.

L'équipe de terrain pouvait de son côté tirer profit des apports experts sur la modélisation des données.

Les groupes de travail organisés pour *IPEP* ou *EDS* ont permis de créer une synergie forte avec des acteurs différents. Le fait d'avoir un objectif commun partagé entre tous les acteurs a facilité la construction des modèles et leur mise en œuvre.

## LES PERSPECTIVES DU PARTENARIAT A51/ATIH

Récemment, un travail a été initié entre l'équipe Article 51, la Cnam et l'ATIH pour améliorer le recueil des données pour les expérimentations Article 51. Un codage spécifique des séjours Article 51 va être mis en œuvre par l'ATIH pour pouvoir tracer les expérimentations Article 51

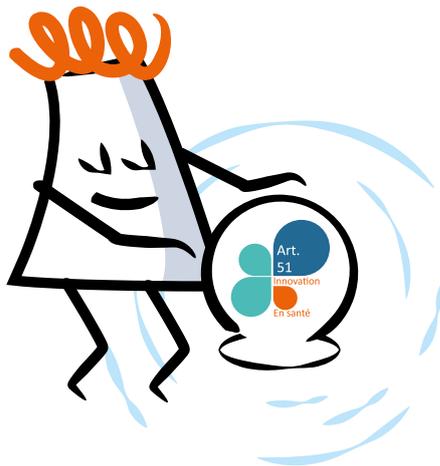
dans les données de santé des établissements de santé.

Cela permettra une description exhaustive de l'activité des établissements expérimentateurs et le repérage des séjours à des fins d'évaluation.



4

# ÉVOLUTIONS ET PERSPECTIVES



# ÉCHÉANCES DES EXPÉRIMENTATIONS

## Le prévisionnel des échéances des expérimentations 2021, 2022, 2023

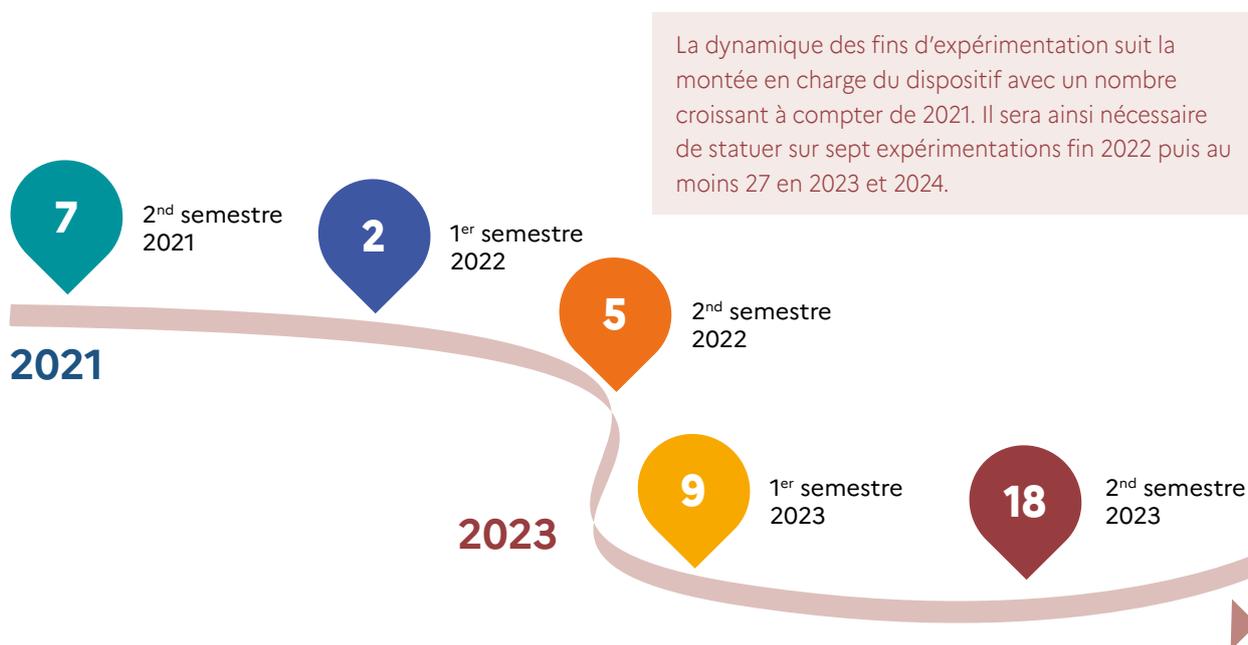


Figure 36 • Échéances des expérimentations 2021-2023 par semestre

## Les 7 expérimentations ayant une échéance initiale en 2021

Quatre expérimentations à l'initiative des acteurs et trois expérimentations ministérielles arrivent à échéance en 2021. Les premières concernent la prise en charge du diabète gestationnel avec télésurveillance, la mesure de l'INR des patients sous AVK avec biologie délocalisée (*Di@pason*) et le dépistage et le traitement du VHC en population générale (*Dépist'C Pharma*) ou auprès de populations vulnérables (*test & treat*). Parmi les expérimentations ministérielles, deux étaient pré-existantes au dispositif et ont été réintégrées en 2018 : *Écoute'Émoi* pour la prise en charge psychologique des enfants de 11 à 21 ans et *Mission retrouve ton cap* pour prévenir l'obésité chez les jeunes enfants de 3 à 8 ans (voir Rapport 2018). La troisième concerne les biosimilaires par un intéressement des établissements de santé pour certaines molécules.

## Les expérimentations prolongées

L'impact de la crise sanitaire de la Covid-19 ne peut constituer la seule motivation d'une prolongation d'expérimentation, le contexte pouvant avoir radicalement changé avec les transformations nées de la crise. De premiers éléments d'évaluation, ou à défaut de suivi, doivent confirmer la pertinence de l'intervention proposée ainsi que la nécessité de prolonger.

L'expérimentation de prise en charge avec télésurveillance du diabète gestationnel, communément appelée *myDiabby*, a ainsi **fait l'objet d'une prolongation**, au vu des données de suivi encourageantes pour permettre de disposer des résultats de l'évaluation, pour assurer la synchronisation avec la fin du programme *Etapas* et l'architecture du financement de la télésurveillance dans le droit commun (cf. *Perspectives d'évolution du droit commun* p. 111). Au terme initial de l'expérimentation le 18 juillet 2021, 99,3 % des objectifs d'inclusion avaient été atteints, 11 des 17 centres ayant dépassé les objectifs par établissement. D'après le rapport d'étape sur l'activité 2020 et une

**L'expérimentation de prise en charge du diabète gestationnel a été autorisée en juillet 2019 et a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2021.**

enquête réalisée par le porteur en mars 2021, les retours qualitatifs des patients et des professionnels sont très positifs. Ces derniers rapportent une fluidification de la prise en charge des patientes, un gain de temps par la modulation des

consultations en fonction des besoins de chaque patiente (personnalisation et efficacité) et une communication facilitée entre patiente et soignant ou équipe de soins, ce qui résulte en la bonne adhésion au programme et leur satisfaction globale. La bonne coordination du suivi de patientes entre les équipes médicales concernées (obstétricale et de diabétologie) est confirmée, permettant la réactivité et la capacité de l'ensemble des acteurs à intervenir au bon moment. Enfin, la bonne dynamique d'inclusion par les cabinets libéraux pourrait s'expliquer par la souplesse administrative de la gestion du parcours et le gain de temps de ce mode de prise en charge, ce qui est encourageant pour la faisabilité d'un déploiement en droit commun dans le secteur libéral. La satisfaction des patientes et professionnels concernant la solution technique est aussi soulignée : facilité d'utilisation, qualité du service par le fournisseur, l'ergonomie et simplicité de la mise en œuvre de la télésurveillance avec la plateforme.

**L'expérimentation Biosimilaires a pour objectif une incitation à la prise en compte par les prescripteurs de l'efficacité de leurs prescriptions sur le système de santé ambulatoire.**

Cette incitation correspond à **30 % des économies dégagées** par la prescription d'un prescripteur hospitalier de l'alternative la plus efficace parmi chaque classe de médicament incluse dans l'expérimentation.

L'intéressement fait l'objet d'une contractualisation au sein de l'établissement de santé pour permettre le reversement directement au service hospitalier dont dépend le prescripteur.

Cette expérimentation, qui concernait initialement deux molécules (insuline glargine et étanercept), a fait l'objet d'un élargissement de son périmètre au premier trimestre 2019 avec l'inclusion d'adalimumab parmi les molécules pouvant faire l'objet d'une incitation. Initialement prévue pour une durée de trois ans en 2018, elle se terminait le 1<sup>er</sup> octobre 2021 pour les trois classes de médicaments incluses, pour bénéficier d'une analyse finale concomitante.

Le suivi de l'expérimentation au fil de l'eau a permis de mettre en avant des résultats positifs, avec des différences entre +7 et +10 points s'agissant des taux de recours aux médicaments biologiques efficaces dans les établissements expérimentateurs en comparaison des autres établissements observés fin 2020, à comparer à des taux qui différaient de 1 à 4 points au démarrage de l'expérimentation. Ainsi, c'est une augmentation entre +16 et +29 points des taux de recours aux médicaments biologiques efficaces qui a été observée depuis le démarrage. En conséquence, dans l'attente des résultats définitifs, et dans la perspective d'une potentielle généralisation, le comité technique a rendu un avis favorable pour prolongation de 6 mois, soit jusqu'au 1<sup>er</sup> avril 2022.

## Les expérimentations dont le cadre de généralisation est proposé dans le PLFSS 2022

***Mission retrouve ton cap (MRTC)* est une expérimentation prévue par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2015 et réintégrée dans le cadre de l'Article 51 fin 2018. Elle visait à améliorer la prévention de l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans en surpoids, par le déploiement d'une nouvelle prise en charge, pluridisciplinaire, sans reste à charge, précoce et spécifiquement adaptée aux besoins de l'enfant et de sa famille.**

Les résultats d'évaluation provisoire produits au premier semestre 2021 soulignent des effets positifs du parcours pour une majorité d'enfants et plus particulièrement pour les enfants dans les situations les plus défavorables. Ainsi, près de deux tiers des enfants ont connu une évolution favorable du z-score de l'IMC, qui baisse en moyenne de -0,22 (-4 % pour le z-score de l'IMC relatif). Par ailleurs, la prise en charge a

permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier les habitudes alimentaires. Plus de 80 % des enfants ont amélioré au moins une habitude alimentaire. Enfin, la prise en charge a contribué plus globalement à améliorer le bien-être d'une majorité d'enfants et leurs relations avec les autres (au sein de la famille ou à l'école).

L'expérimentation permet d'offrir des solutions de prise en charge à des enfants éprouvant les besoins les plus importants. Elle permet tout d'abord d'inclure des familles confrontées à des fragilités socioéconomiques. Ainsi, 28 % des enfants inclus dans l'expérimentation sont bénéficiaires de la CMU, pour moins de 8 % en population générale. *MRTC* permet par ailleurs réellement d'aller vers les populations concernées. Ainsi, alors que la majorité des enfants sont en situation d'obésité à l'inclusion, ils sont neuf sur dix à n'avoir jamais bénéficié d'un suivi spécifique avant *MRTC*. Les professionnels rencontrés ont confirmé que le coût financier d'une prise en charge pouvait constituer un frein pour accéder à un suivi pour les familles.

La mesure proposée en PLFSS 2022 vise à mettre en place un parcours permettant une prise en charge précoce et pluridisciplinaire pour les enfants de 3 à 12 ans en surpoids et présentant un risque d'obésité ou souffrant d'obésité sans critères de complexité et de sévérité. Ce parcours sera intégralement financé par l'Assurance Maladie obligatoire, sans avance de frais pour les familles.

Le devenir de l'expérimentation de prise en charge du diabète gestationnel précitée est étroitement lié à la suite donnée au programme *Etapes* dans la mesure où celui-ci couvre la télésurveillance de la prise en charge des diabètes de type 1 et 2, et que les organisations, périmètre d'activités et composantes de la prise en charge sont proches.

Des premiers résultats seront disponibles avant la fin de l'année et complétés au cours du premier semestre 2022. Compte tenu de l'inscription dans le droit commun de la télésurveillance (voir ci-dessous), il sera cependant nécessaire de prévoir une phase de transition pour permettre au nouveau dispositif d'être pleinement opérationnel. Cette phase transitoire sera définie d'ici la fin de l'année 2021 et commune avec le programme *Etapes*.

*Écoute'Émoi* est une expérimentation prévue par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 et réintégrée dans le cadre de l'Article 51 fin 2018. Elle vise à réduire la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans et à intervenir de manière précoce en améliorant leur parcours santé et en renforçant la coordination des acteurs de la santé mentale.

L'évaluation intermédiaire produite au premier semestre 2021 en a validé la pertinence et l'intérêt. Apprécié des professionnels, ce dispositif est reconnu comme une bonne réponse aux besoins importants identifiés et comme une organisation permettant l'échange entre les professionnels de ville et de l'éducation nationale et comme un vecteur d'une dynamique de coopération. La coordination de la prise en charge assurée par les maisons des adoles-

cents (MDA) a renforcé leur rôle comme interlocuteur privilégié des parties prenantes, la reconnaissance de leur expertise, ainsi que leur légitimité auprès du public jeune. Le potentiel des MDA dans la création et l'animation des réseaux des professionnels avec les acteurs partenaires de la MDA a bien été identifié. La gratuité de la prise en charge pour lever les freins de l'accès aux soins et la capacité à être présent pendant la crise sanitaire ont été soulignées.

L'expérimentation a également permis d'identifier les adaptations à apporter pour la suite : le repérage par les acteurs de première ligne (hors médecins) à développer ; le processus d'évaluation du jeune et la gestion administrative à simplifier ; la place du médecin traitant à clarifier et la pertinence du bilan médical à interroger. L'absence d'outils de partage d'informations sécurisés est signalée, ainsi qu'un certain turnover des coordonnateurs au sein des MDA. Enfin, les suites à donner pour les jeunes nécessitant un accompagnement au-delà des 12 séances prévues interrogent les professionnels.

Dans le contexte de crise sanitaire qui dure et dont les effets sur la santé mentale des jeunes renforcent l'intérêt du repérage et de la prise en charge précoce de la souffrance psychique, l'expérimentation a fait l'objet d'une extension à 15 nouveaux territoires à l'été 2021 et d'adaptations tenant compte du retour d'expériences.

La mesure PLFSS permettra la création d'une prestation d'accompagnement psychologique pour les troubles psychiques d'intensité légère à modérée.

## Les expérimentations dont l'issue reste à déterminer

Pour quelques expérimentations, l'issue est encore incertaine, soit les premiers résultats d'évaluation ne sont pas suffisamment convaincants, soit en l'absence de résultats d'évaluation, les informations de suivi ne permettent pas de se prononcer.

*Di@pason* est dans ce dernier cas, les professionnels impliqués dans l'expérimentation (IDE et biologistes) ont été en première ligne de la crise et l'expérimentation n'a pu se déployer. Les premiers éléments d'évaluation seront produits à l'automne et devraient permettre d'éclairer la suite des opérations.

Les deux expérimentations de dépistage et traitement du VHC sont dans la première situation dans la mesure où de premiers éléments d'évaluation ont été produits. Ceux-ci illustrent bien les difficultés nées de la pandémie qu'il s'agisse des pharmaciens d'officine ou des structures de prise en charge de publics spécifiques et leurs bénéficiaires. Mais au-delà de l'impact de la crise, il apparaît également des difficultés liées aux modèles-mêmes testés qui interrogent l'après expérimentation. La suite donnée sera en conséquence déterminée à la lumière du rapport final d'évaluation de l'expérimentation attendu à l'automne.

## Les expérimentations se terminant en 2022

Sept expérimentations ont une échéance initiale prévue en 2022 :

- dépistage et diagnostic des problèmes bucco-dentaires des personnes à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico-sociaux dans le Cher ;
- dépistage précoce et amélioration du suivi de l'insuffisance rénale par les biologistes médicaux en Centre-Val de Loire ;
- *Équilibres* – EQUIpes d'Infirmières LIBres REsponsables et Solidaires ;
- *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 ;
- prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance – Bretagne ;
- *RSMO* – suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers en Pays de la Loire ;
- *TokTokDoc* – polyclinique mobile en Grand Est.

Pour ces expérimentations, les premiers résultats d'évaluation sont attendus afin d'orienter la suite des travaux.

## Le besoin d'une période transitoire dans l'attente de la mise en œuvre des mesures de généralisation

Le séquençage expérimentations – résultats d'évaluation – extension constitue un défi auquel les pays disposant de dispositifs équivalents sont également confrontés (cf. [Retours d'expérience internationaux page 56](#)). Les données de remboursements n'étant pas mobilisables en temps réel, leur disponibilité l'année suivante (dans le meilleur des cas) a un impact sur les délais de production des résultats d'évaluation finale. Il est pour cette raison difficile de faire coïncider la mise à disposition des résultats d'évaluation et la fin des expérimentations. Une seconde difficulté provient du temps nécessaire à la décision sur la suite à donner, puis le cas échéant, celui pour produire la nouvelle norme sachant que selon le vecteur nécessaire, le calendrier peut être décalé de plusieurs mois voire plus d'une année s'il est nécessaire de recourir à la loi, la convention entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé ou les tarifs des établissements de santé qui sont produits une fois par an. Cela peut également être plus court en cas de vecteur réglementaire.

Plusieurs options se présentent aux décideurs, l'expérimentation peut être interrompue à son échéance, soit elle est prolongée et dans ce cas les conditions de cette prolongation sont à définir. La logique expérimentale plaiderait pour un arrêt une fois la preuve de concept effectuée et un relais par le droit commun une fois celui-ci défini. Cette position pragmatique permet de ne pas grever les budgets et de permettre la mise en œuvre de nouveaux projets qui ont besoin de pouvoir faire leurs preuves.

Elle a pour inconvénient de ne pas maintenir la dynamique pour les expérimentateurs qui perdent alors le bénéfice de leur position pionnière. La prolongation permet de répondre à ce dernier point mais mobilise alors un budget qui ne peut être utilisé autrement. S'agissant des modalités de cette prolongation, la question de la poursuite des inclusions et de la période concernée se pose, car dans la plupart des cas, celles-ci ne pourront pas être intégrées à la période évaluée sans retarder la mise à disposition des résultats. Cette prolongation peut durer quelques mois pour disposer des résultats complets d'évaluation comme vu précédemment.

La question se pose également quand l'extension ou la généralisation nécessite un temps long. Par exemple, s'agissant de la télésurveillance, il s'agit de créer un nouveau cadre. Il est donc nécessaire de prévoir des mesures législatives et réglementaires. Il ne s'agit alors plus d'un cadre expérimental mais d'une période transitoire permettant un maintien en conditions opérationnelles de manière à maintenir la dynamique des acteurs jusqu'à ce que le relais puisse être pris par le droit commun. Ce temps peut être également nécessaire aux expérimentateurs pour leur permettre de préparer le passage en droit commun qui souvent ne se fait pas exactement dans les mêmes conditions que celles de l'expérimentation. Ce besoin est illustré dans le cas de la télésurveillance pour les expérimentateurs *Etapas* ou *Dispositif 51* dont l'échéance est au 31 décembre 2021.

# EXPÉRIMENTATIONS ET RÉFORMES : UN ENRICHISSEMENT MUTUEL

## Perspectives pour les expérimentations 51 traitant de la santé mentale et de la psychiatrie

### MESURES SÉGUR ET MESURES D'URGENCE

**La mesure 31 du Ségur** a permis la mise en œuvre de plusieurs dispositifs dont le « renforcement en psychologues dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé » est le plus emblématique et structurant. Il permet, pour des troubles légers à modérés, l'accès à des séances de prise en charge psychologique aux patients de 3 ans et plus en souffrance psychique (bilan initial, dix séances maximum d'accompagnement psychologique de soutien, dix séances maximum de psychothérapie spécifique). D'une durée prévue de 3 ans, ce dispositif est préfigurateur de l'évolution du droit commun concernant la prise en charge par l'Assurance Maladie de soins psychologiques pour certaines indications.

L'importance de la santé mentale, longtemps reléguée au second plan dans les différents plans de santé publique, a été confirmée et accentuée par la crise sanitaire. Elle est devenue une priorité pour tous les acteurs de santé, ainsi que pour le ministère des Solidarités et de la Santé qui a engagé des mesures d'urgence pour répondre à la forte dégradation de la santé mentale de la population.

**Le dispositif Santé Psy Étudiant**, lancé par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, permet aux étudiants en souffrance psychique l'accès à des séances de prise en charge par des psychologues partenaires, après orientation par le médecin généraliste ou le service de santé universitaire (trois à six séances). Ce dispositif a été instauré en mars 2021 et est prévu jusqu'à fin 2021.

**Le dispositif Psy Enfant Ado** pour les 3 à 17 ans présentant des troubles anxieux ou dépressifs légers à modérés, permet l'accès à un accompagnement par des psychologues partenaires après orientation d'un médecin (jusqu'à dix séances). Ce dispositif a été instauré en mai 2021 et est prévu jusqu'à janvier 2022.



## INITIATIVES INSTITUTIONNELLES AVANT LA CRISE

En 2017, le ministère de la Santé a autorisé l'expérimentation *Écoute'Émoi* pour la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en mobilisant les maisons de l'adolescent et les psychologues libéraux.

**Bien avant la crise, la prise en charge de la santé mentale avait déjà fait l'objet de travaux qui ont conduit à des expérimentations à l'initiative du ministère de la Santé ou de la Cnam et à l'élaboration de la feuille de route santé mentale et psychiatrie.**

En 2018, une expérimentation a été mise en place à l'initiative de la Cnam pour permettre le remboursement des thérapies non médicamenteuses (accès à l'accompagnement psychologique de soutien et à des psychothérapies structurées par des psychologues en coordination avec le médecin traitant).

En juin 2018 la feuille de route santé mentale a été publiée, déclinée en trois grands axes et 37 actions avec une perspective de transformation à moyen et long terme. Un délégué ministériel à la Santé mentale et à la Psychiatrie chargé de coordonner la mise en œuvre de cette feuille de route a été nommé en avril 2019.

### **FDR Santé mentale et psychiatrie de 2018**

**Axe 1 :** Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

**Axe 2 :** Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

**Axe 3 :** Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale, ainsi que la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

### **Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop),**

dédié au champ de la psychiatrie, a été créé en 2019. Il a vocation à permettre de financer des projets innovants proposant des nouvelles pratiques organisationnelles afin de répondre aux besoins de transformation de l'offre de soins en psychiatrie. À la différence des projets inscrits dans le cadre de l'article 51, le Fiop ne permet pas de déroger au mode de financement, ni de financer des prestations dérogatoires. Les projets sélectionnés suite à un appel à projet annuel sont financés pour 3 ans et évalués avant une éventuelle pérennisation. En lien avec les dynamiques territoriales des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), les projets sont proposés essentiellement par les établissements psychiatriques, mais en partenariat avec des acteurs de tous les secteurs (sanitaire, social et médico-social, enseignement...). Ils s'orientent vers davantage d'ambulatoire, de partenariats et d'inclusions et sont mis en œuvre dans le cadre du déploiement de la feuille de route santé mentale et psychiatrie.

Dans la même perspective et depuis la mise en place du dispositif Article 51 en 2018, des acteurs de terrain ont proposé plusieurs projets permettant de répondre à des besoins de prise en charge en santé mentale et en psychiatrie.

Ainsi, 35 sur 103 projets Article 51 autorisés depuis 2019 ont pour objet ou intègrent la prise en charge de la souffrance psychique ou d'une maladie psychiatrique. Parmi ces 35 projets, 11 concernent le champ de la santé mentale ou de la psychiatrie (y compris les projets concernant l'addiction et un projet re-intégré) à propre-

ment parler et 24 proposent la prise en compte de la santé mentale dans une approche globale et intégrée du traitement et du suivi de situations cliniques diverses en médecine générale ou pour des maladies somatiques chroniques en médecine spécialisée.

Ces projets témoignent de la diversité des contextes locaux très variés. Ils proposent des parcours de soins bien définis, mobilisant souvent les professionnels ou structures de premier recours. La coordination ville/hôpital est valorisée et la formation des professionnels

une condition *sine qua non* pour la qualité de la prise en charge. Une démarche de proximité, d'aller vers, ou de suivi rapproché est souvent privilégiée. L'ensemble des actions est structuré par une organisation innovante qui modernise la prise en charge des patients et facilite le changement culturel vis-à-vis de la santé mentale. Le patient est vu dans sa globalité, sans stigmatisation et sans séparation étanche entre le somatique et le mental, et est parfois accompagné aussi sur le plan médico-social ou social. L'autonomisation du patient dans une

approche globale favorisant le rétablissement, est recherchée pour éviter la rupture de soins, voire la rupture sociale. Ces projets intègrent la prise en charge dérogatoire des soins non remboursés actuellement dont les soins psychologiques. Ils proposent également des nouveaux modes de financement, à travers des forfaits pour des séquences de soins solidarisant l'intervention de différents professionnels et renforçant la cohérence des différents types de soins et accompagnements proposés.



Figure 37 • Projets avec prise en compte de la santé mentale

Globalement, les projets autorisés depuis 2019 sont en résonance avec la **feuille de route santé mentale et psychiatrie** :

#### AXE 1

### Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

#### ACTION 5

Mettre en place l'expérimentation *Écoute'Émoi* de l'organisation de repérage et prise en charge de la souffrance psychique chez les jeunes de 11 à 21 ans (voir chapitre précédent).

#### ACTION 7

Promouvoir la santé mentale 3.0. (expérimentation *Passport bipolaire* voir description ci-dessous).

#### AXE 2

### Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

**ACTIONS 11, 14 ET 15** Mieux prendre en charge la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques

**ACTIONS 31 À 33** Adapter les ressources et faire évoluer le modèle de financement de la psychiatrie

**L'expérimentation *Passport bipolaire* constitue une bonne illustration de ces différentes actions.**

Elle est portée par la fondation Fondamental, et propose une prise en charge intégrée (psychiatrique et somatique) spécialisée et personnalisée des patients atteints de trouble bipolaire avec un suivi rapproché et coordonné par des *case managers* à l'aide d'outils numériques (réhabilitation psychosociale, remédiation cognitive, télésurveillance et algorithme de stratification de risque de rechute). Une évolution progressive du financement de la dotation annuelle de financement (DAF) vers un financement au parcours est envisagée pendant le projet.

**ACTION 27** Mieux articuler le travail des psychiatres et des psychologues en travaillant sur la continuité de l'action et leur complémentarité

**L'expérimentation *SP Adepress* est portée par le CHU d'Angers et deux MSP de la région Pays de la Loire.** Elle propose un parcours de soins gradué en fonction de la gravité pour le patient présentant une dépression caractérisée, intégrant des soins psychologiques par des psychologues, coordonné par le médecin traitant en collaboration avec le psychiatre et associé à un financement forfaitaire à la séquence de soins. Une coordination ville/hôpital est structurée avec étude conjointe par les professionnels de premier et deuxième recours des cas plus complexes et l'orientation de ces derniers vers le service de psychiatrie qui assure également la formation des médecins généralistes et psychologues à la prise en charge de la dépression selon les recommandations de la HAS.

Les expérimentations concernant la prise en charge de l'obésité, ou des populations précaires ou d'autres maladies somatiques (cf. cartographie en annexe2), intègrent un accompagnement psychologique ou la prise en charge de la souffrance psychique. D'autres incitent à la coordination entre la psychiatrie et la médecine générale ou entre le psychologue et le psychiatre (exemples ci-dessous).

## AXE 2

### Expérimentations répondant à l'objectif général de mise en place des parcours fluides et efficaces

**L'expérimentation Microstructures post-Covid-19** est portée par la coordination nationale des réseaux de microstructures (CNRMS) : elle propose l'accompagnement médical, social et psychologique des patients fragilisés par la Covid-19 et le confinement par la mobilisation des réseaux de microstructures médicales autour d'une équipe pluriprofessionnelle (médecin généraliste, psychologue, psychiatre, travailleurs social).

**L'expérimentation DSPP adultes** est portée par l'URPS médecins Occitanie, le CHU de Toulouse et le CH Marchant et propose un dispositif apprenant fondé sur des pratiques collaboratives permettant aux médecins généralistes d'obtenir un avis psychiatrique dans un délai convenu pour leurs patients âgés de 15 ans et plus présentant une souffrance psychique ou de troubles mentaux fréquents ou sévères.

La santé mentale détient une place importante dans le dispositif Article 51, de par le nombre de projets concernés et leur cohérence avec les mesures, actions et dispositifs mis en place par les pouvoirs publics ces dernières années, par ailleurs renforcés pendant la crise sanitaire.

**L'un des enjeux majeurs est la convergence de toutes ces initiatives pour aboutir à un cadre applicable pour et par le plus grand nombre dans le droit commun.**

Un meilleur accès à des soins de meilleure qualité, plus structurés et mieux coordonnés, impliquant non seulement les différents professionnels intervenants, mais aussi les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) y sont proposés dans une vision intégrée de la prise en charge.

Si les expérimentations Article 51 sont en cohérence avec le sens et l'orientation générale des différentes mesures et dispositifs lancés depuis 2017, elles vont bien au-delà de leur cadre et testent des réelles innovations dans l'organisation, la coordination et le mode de financement de la prise en charge de la santé mentale. Elles s'articulent naturellement avec la feuille de route santé mentale et psychiatrie et peuvent enrichir et accélérer les actions de la feuille de route et inversement, de nouveaux projets pourraient s'inspirer des actions concrètes de celles-ci en incitant les porteurs à aller plus loin.

L'un des enjeux majeurs est la convergence de toutes ces initiatives pour aboutir à un cadre applicable pour et par le plus grand nombre dans le droit commun. Cette convergence est attendue non seulement sur le contenu et la nature de la prise en charge à proprement parler, mais également sur un financement soutenable pour la collectivité.

L'immense chantier de la transformation du système de santé, en particulier en santé mentale et psychiatrie a été initié par les premiers travaux pour la généralisation de la prise en charge des soins psychologiques par des psychologues qui sera bientôt effective. Les différents dispositifs et mesures contribueront à la poursuite des travaux de ce chantier et en particulier les résultats des évaluations systématiques des expérimentations Article 51 apporteront des éléments déterminants pour faire évoluer le droit commun.

## Perspectives pour les expérimentations 51 mobilisant la télésurveillance

### FOCUS Outils numériques, produits de santé et télésanté

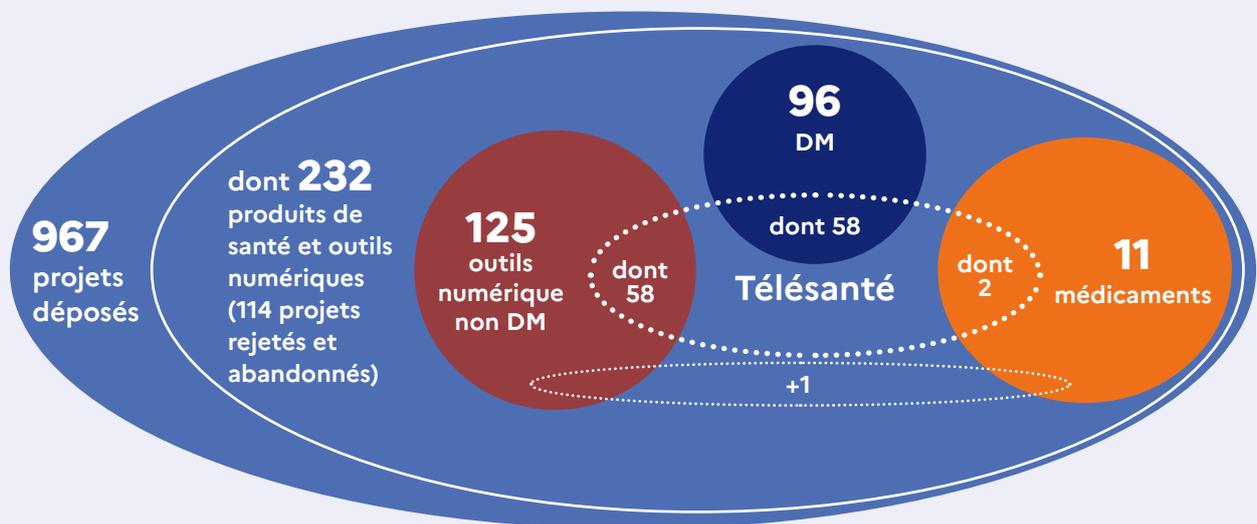


Figure 38 • Répartition dans les projets entre outils numériques non DM et produits de santé

Les produits de santé conservent une place modeste au sein des projets 51 puisque un projet proposé sur dix contient un produit de santé. Leur proportion double au sein des projets autorisés, avec un projet sur cinq contenant un produit de santé. Le renforcement des exigences réglementaires sur les outils numériques n'a pas eu d'effet massif sur la représentation du DM dans les projets déposés, les outils numériques présents dans les projets étant pour l'essentiel un support à la coordination, non visé par ces exigences.

#### Statut des projets intégrant des produits de santé

- autorisés :
  - 21 projets avec DM
  - 6 projets médicament<sup>20</sup>
- en cours d'instruction
  - 28 projets avec DM
  - 2 projets médicament
- 51 projets refusés ou abandonnés

#### Statut des projets intégrant des outils numériques non DM

- 18 projets autorisés<sup>21</sup>
- 46 en cours d'instruction
- 62 projets refusés ou abandonnés

<sup>20</sup> Cette année, la catégorie « médicaments » a été révisée pour inclure la finalité « pertinence de la prescription ».

<sup>21</sup> À noter un projet compté à la fois dans les catégories outils numérique non DM et médicament.

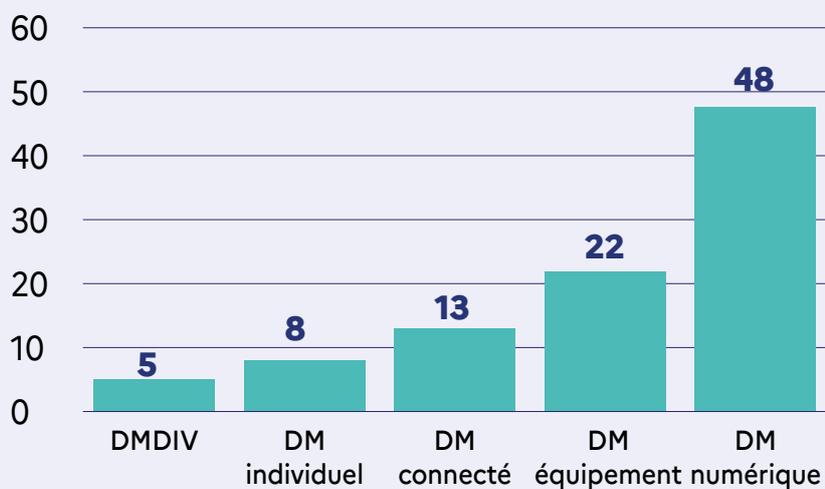


Figure 39 • Typologie du DM sur les 96 projets déposés

La part conséquente du DM numérique dans les typologies de DM rencontrés dans les projets de l’Article 51 subsiste.

La numérisation en cours de notre société se répercute sur le secteur de la santé portant dans son sillage tout un champ d’innovations dont la voie de développement est parfois l’Article 51.

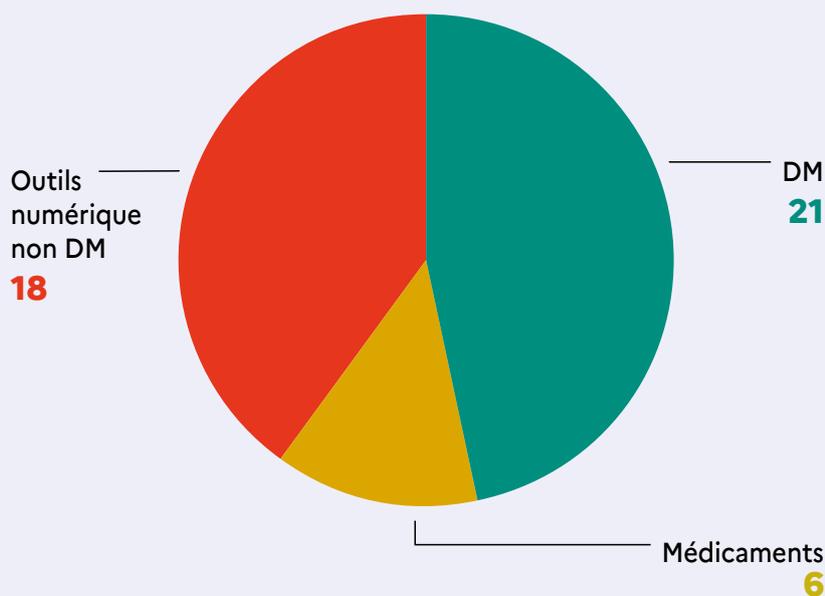
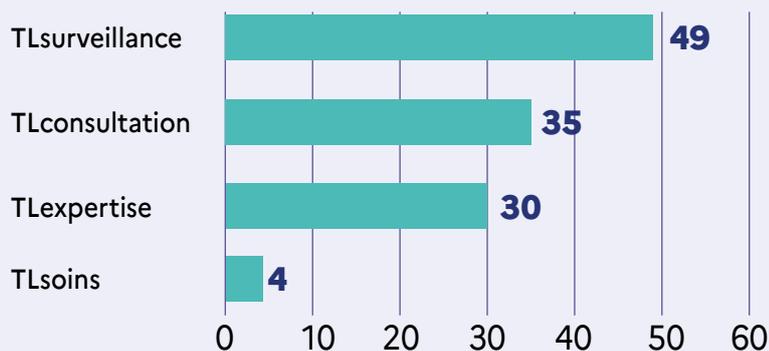


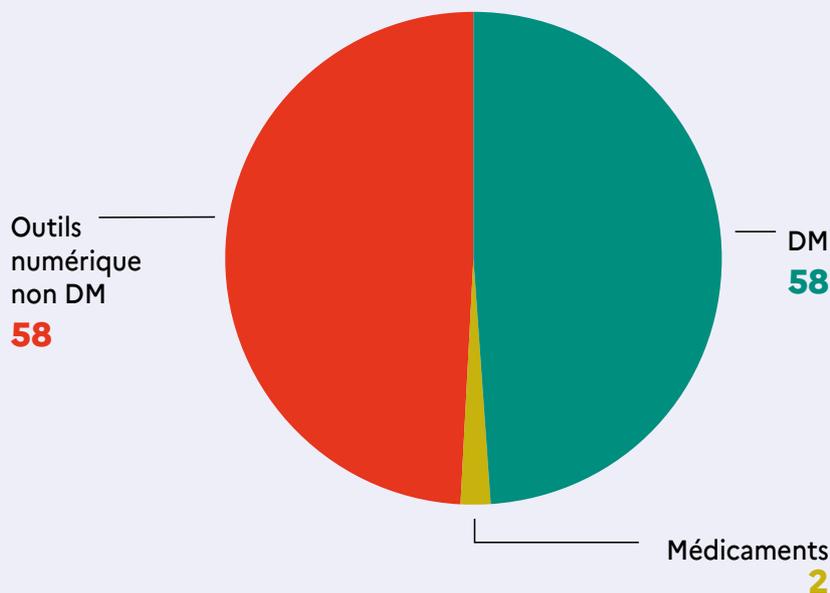
Figure 40 • Répartition produits de santé, outils numériques non DM – 44 projets autorisés – un projet compté à la fois dans les catégories outils numérique non DM et médicaments



**Statut des 118 projets de télésanté**

- 22 autorisés
- 50 en cours d’instruction
- 46 refusés ou abandonnés

Figure 41 • Télésanté dans les projets déposés



En matière de télésanté, la télésurveillance est la plus fréquente (42 %) dans les projets Article 51, sans doute du fait que les pathologies non couvertes par le programme Etapes étaient éligibles. L'introduction de la télésurveillance dans le droit commun devrait impacter cette situation (voir ci-après).

Figure 42 • Typologie des projets déposés avec télésanté

## LES DIFFÉRENTS USAGES DES OUTILS NUMÉRIQUES DANS L'ARTICLE 51

Les outils numériques mobilisés dans les expérimentations sont multiples. Leur diversité couvre tant leur nature technologique que leurs principes de fonctionnement et leurs fonctionnalités. Durant le premier semestre 2021, les 85 premiers porteurs de projets A51 ont été interrogés sur leurs outils numériques ; 55 porteurs ont répondu à l'enquête décrivant 56 outils numériques.

L'enquête visait à dresser une cartographie des outils numériques. Chaque porteur était invité

à décrire le socle des spécificités techniques, les fonctionnalités des DM, le type de données, la capacité de l'outil à prendre en compte les données et à être un outil d'aide à la décision.

Cette enquête a été réalisée à l'aide d'une grille s'inspirant de la classification de la HAS publiée en février 2021<sup>22</sup>, classification fonctionnelle selon la finalité d'usage, des solutions numériques utilisées dans le cadre de soins médicaux ou paramédicaux.

- 11 projets indiquent ne pas avoir recours à des outils numériques.
- 38 projets utilisent une plateforme numérique. Les plateformes sont majoritairement dédiées aux professionnels pour la gestion médico-administrative, l'échange d'information, la formation, le recueil des données. 51 % d'entre elles proposent des supports d'information (les pathologies, le handicap, la prévention, les changements de comportement, les parcours de soins...) des services ou des questionnaires à l'attention des patients. Une plateforme sur cinq est dotée d'outils d'aide à la décision (logiciel de prescription, gestion d'alertes...).
- Un répondant sur sept utilise un ou plusieurs DM avec sa ou ses solutions numériques. La finalité des DM dans les solutions numériques A51 est diverse et n'a pu être évaluée dans le cadre de cette enquête : l'impact des DM dans la prise en charge des patients et l'évolution des organisations seront documentés dans le cadre de l'évaluation des expérimentations.
- 7 projets déclarent avoir recours à des dispositifs de télésurveillance dans le cadre de cette enquête (voir Panorama page 110).

<sup>22</sup> [www.has-sante.fr/jcms/p\\_3238360/fr/classification-fonctionnelle-selon-leur-finalite-d-usage-des-solutions-numeriques-utilisees-dans-le-cadre-de-soins-medicaux-ou-paramedicaux](http://www.has-sante.fr/jcms/p_3238360/fr/classification-fonctionnelle-selon-leur-finalite-d-usage-des-solutions-numeriques-utilisees-dans-le-cadre-de-soins-medicaux-ou-paramedicaux)

Les outils numériques dans l'Article 51 : retour de l'enquête

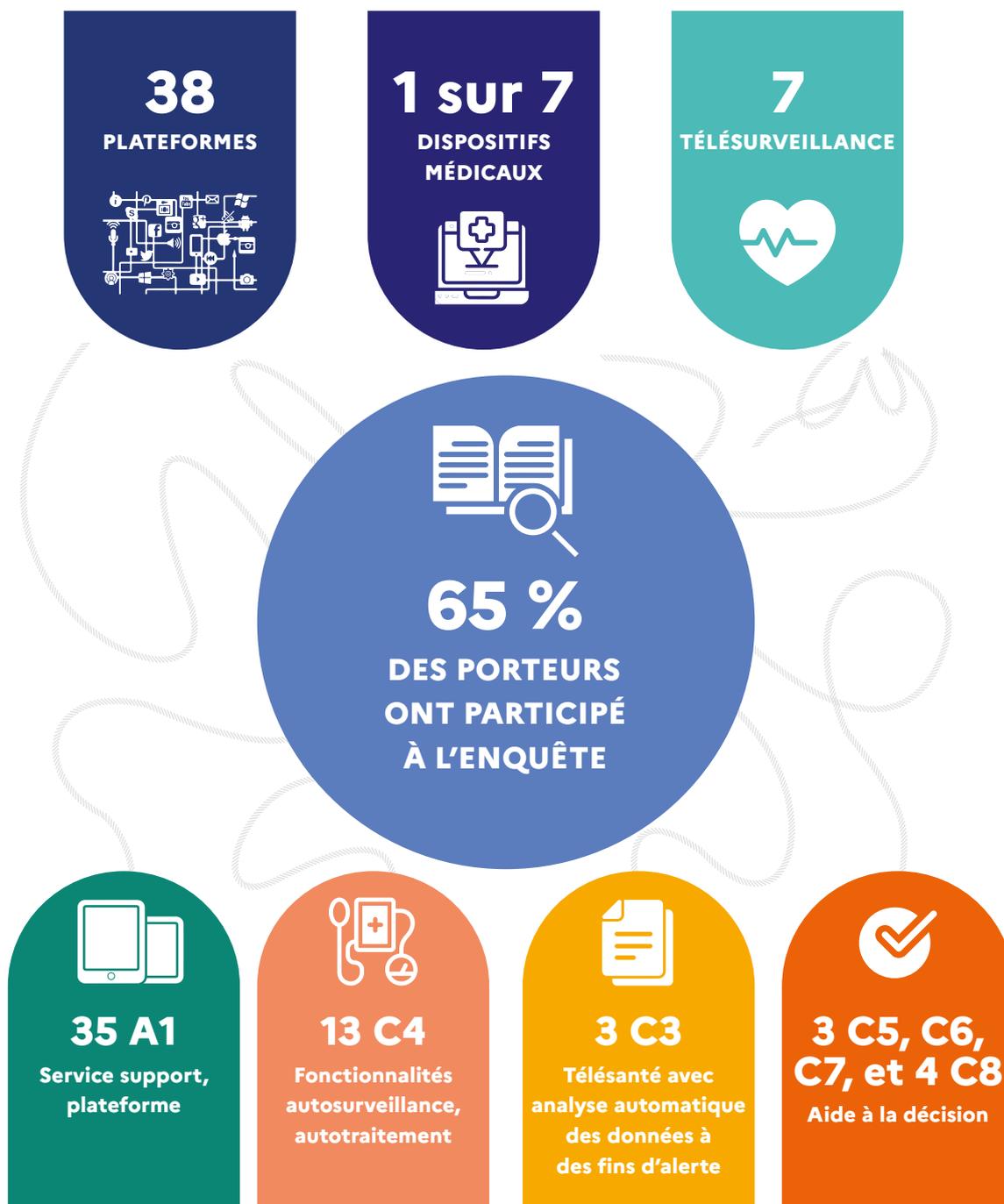


Figure 43 • Les premiers retours de l'enquête « Outils numériques dans l'Article 51 »

Selon les réponses apportées par les porteurs, 35 des outils numériques peuvent être classés en catégorie A1<sup>23</sup> de la classification HAS précédemment citée, 13 en C4<sup>24</sup>, 3 en C3<sup>25</sup>, 3 en aide à la décision C5<sup>26</sup>, C6<sup>27</sup>, C7<sup>28</sup> et 4 C8<sup>29</sup>.

La télésanté en général et la télésurveillance<sup>30</sup> en particulier, constituent un enjeu clé de la transformation du système de santé et un important vecteur de l'amélioration de l'accès aux soins. Elles permettent une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients, offrent de nouvelles possibilités de travail à distance aux équipes de soins et sont source potentielle d'amélioration de la qualité de soins et de qualité de vie pour les patients et de vie au travail pour les soignants. La crise sanitaire a accentué le besoin et confirmé la télésanté comme l'une des priorités de l'action du ministère.

Un programme d'expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (Etapes) a été créé par l'article 36 de la LFSS 2014, modifié en 2018.

Ce programme teste depuis 2016<sup>31</sup> le recours à la télésurveillance et sa prise en charge dérogatoire pour cinq pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire et prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique).

Depuis 2018, d'autres expérimentations de prise en charge par la télésurveillance ou intégrant le recours à la télésurveillance dans une organisation innovante ont été proposés dans le cadre de l'Article 51 de la LFSS pour 2018.

<sup>23</sup> A1 : services support aux patients, aux aidants ou aux professionnels dans le cadre de soins ou d'optimisation du parcours de soins ou de gestion médico/socio-administrative sans action directe sur la santé des patients.

<sup>24</sup> C4 : Télésanté avec analyse automatique des données transmises à des fins d'alerte sans autonomie de la solution numérique concernant la gestion de ces alertes en termes de diagnostic ou de traitement/prise en charge.

<sup>25</sup> C3 : Autosurveillance, autotraitement sans autonomie de la solution numérique.

<sup>26</sup> C5 : Aide au dépistage sans autonomie de la solution numérique.

<sup>27</sup> C6 : Aide au diagnostic sans autonomie de la solution numérique.

<sup>28</sup> C7 : Aide au traitement sans autonomie de la solution numérique.

<sup>29</sup> C8 : Aide à la décision thérapeutique sans autonomie de la solution numérique.

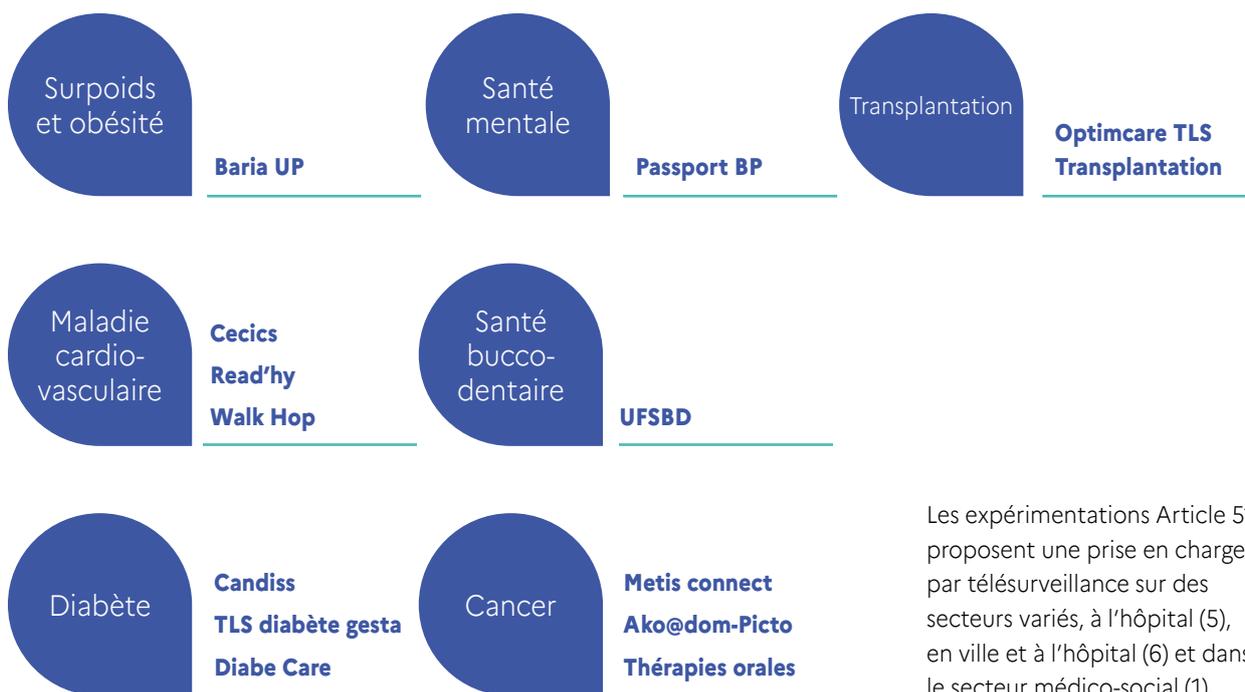
<sup>30</sup> La télésurveillance est ainsi définie à l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique : « **La télésurveillance médicale, [qui] a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.** »

<sup>31</sup> Les deux premiers cahiers des charges (insuffisance rénale et insuffisance respiratoire) sont publiés en 2016, suivis des deux suivants (diabète et télésurveillance cardiaque) en 2017 (*Rapport au parlement Etapes Novembre 2020*).



## PANORAMA DES PROJETS AUTORISÉS TÉLÉSURVEILLANCE

**13 expérimentations Article 51** incluant une prise en charge par télésurveillance sont aujourd’hui autorisées. Sur l’ensemble de ces expérimentations, la moitié est en lien avec les pathologies ciblées Etapes, les autres portant sur d’autres prises en charge :



Les expérimentations Article 51 proposent une prise en charge par télésurveillance sur des secteurs variés, à l’hôpital (5), en ville et à l’hôpital (6) et dans le secteur médico-social (1).

Figure 44 • Classification des expérimentations « télésurveillance » par type de prise en charge

### Ils s’appuient sur des dispositifs médicaux.

Des caractéristiques communes se dégagent des projets Article 51. Ils prennent en charge des pathologies chroniques et/ou situations complexes, reposent sur des équipes pluri-professionnelles (à la fois médicales et paramédicales), comme pour Etapes, et majoritairement sur une articulation ville/hôpital). Les parcours se matérialisent en majorité par des forfaits de prise en charge globale intégrant un versant télésurveillance. Certains projets, comme *Walk Hop*, intègrent en outre une part variable fondée sur la performance

## Deux exemples de projet de télésurveillance

L'expérimentation *Walk Hop* permet la mise en place d'un programme de téléadaptation cardiaque à domicile en alternative à la prise en charge en centre. Le programme démarre, sur prescription médicale, par un bilan en centre permettant la mise en place d'un programme personnalisé. Le patient bénéficie d'une vingtaine de séances de réadaptation encadrées par un professionnel du centre avec entre autre : entraînement physique, éducation thérapeutique, accompagnement psychosocial, accompagnement dans la thérapeutique médicamenteuse. À l'issue de ces séances un bilan final est prévu en hôpital de jour (HDJ).

L'expérimentation *Prise en charge avec télésurveillance du diabète gestationnel* – couramment appelée « myDiabby », le nom de la solution technique utilisée – est portée par la société MDHC en partenariat avec 17 établissements publics, privés ou cabinets médicaux. Elle vise à améliorer la qualité de la prise en charge du diabète gestationnel, l'accès aux soins en zones défavorisées et la qualité de vie des patientes, ainsi que l'efficacité de soins par un parcours combinant des soins en présentiel et des soins à distance, financé au forfait. Elle a été autorisée en juillet 2019 pour inclure 3 000 patients pendant 2 ans. En octobre 2020, elle a été autorisée à doubler les effectifs pour répondre à une demande accrue de suivi à distance des femmes enceintes du fait de la crise de la Covid-19. En juillet 2021, l'expérimentation a été prolongée jusqu'au 31 décembre 2021, sur la base des données de suivi encourageantes pour assurer la synchronisation avec la fin du programme Etapes et dans l'attente de la remise du rapport d'évaluation.

## PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DU DROIT COMMUN

La Mesure 24 du Ségur – Assurer le développement de la télésanté dans tous les territoires – et le Plan innovation santé de 2030, présentés en juillet 2021 prévoient le droit commun de la télésurveillance dès 2022. L'architecture globale et les différents paramètres d'un modèle de financement de la télésurveillance font l'objet d'une mesure au PLFSS 2022, permettant ainsi une inscription dans le droit commun de la prise en charge de la télésurveillance par l'Assurance Maladie.

Les travaux préparatoires ont tenu compte des résultats du programme Etapes qui se termine le 31 décembre 2021, et s'appuient sur un benchmark international et sur une capitalisation des expérimentations Article 51, en particulier l'expérimentation *Prise en charge de diabète gestationnel par télésurveillance* qui est la première à arriver à échéance fin 2021 (voir encadré ci-dessus).

Les expérimentations Article 51 en cours continueront leur déploiement, seront évaluées et les résultats de ces évaluations enrichiront et contribueront aux évolutions de demain. Les projets exclusivement centrés sur la prise en charge par télésurveillance ne seront plus éligibles à l'Article 51, qui restera cependant ouvert pour des projets proposant des innovations organisationnelles au-delà de la télésurveillance.

## Réforme des protocoles de coopération et Article 51 : regards croisés pour promouvoir les coopérations interprofessionnelles

Le régime des protocoles de coopération a été refondé ces deux dernières années avec la création du Comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) pour l'élaboration de protocoles nationaux d'une part et la possibilité ouverte de protocoles locaux en établissements de santé et en ville d'autre part. Par ailleurs, la LFSS 2019 a élargi la base légale de l'Article 51 en permettant de déroger aux règles de compétences des professionnels de santé.

### L'Article 51 vu par Michel Varroud-Vial (DGOS) : inspiration, harmonisation, facilitation !

#### INSPIRATION

**L'Article 51 : une source d'inspiration pour le Comité national des coopérations interprofessionnelles qui est chargé de proposer la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire.**

Les projets 51, à l'initiative des acteurs de terrain, proposent des innovations organisationnelles qui répondent aux blocages rencontrés et aux contraintes liées au contexte des territoires (démographie des professionnels, intégration des structures d'exercice coordonné, technologies de plus en plus sophistiquées...). Révélateurs de besoins non satisfaits sur le terrain et d'une réalité émergente, les projets proposent très souvent des dérogations aux compétences des professionnels de santé non médecins qui supposent soit de rédiger des protocoles de coopération qui n'existent pas actuellement, soit d'adapter des protocoles existants. L'interaction du CNCI avec l'équipe 51 sur l'opportunité de ces propositions a permis d'alimenter ses réflexions relatives au choix des thématiques pour les appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour les protocoles nationaux.

L'exemple des nombreux projets déposés sur la filière visuelle est à ce titre très parlant. Une analyse partagée des différents projets reçus entre les équipes du ministère, la Cnam, les ARS et l'équipe 51 a mis d'une part en évidence le besoin de rénover les protocoles de coopération existants, particulièrement ceux portant sur le travail à distance entre ophtalmologues et orthoptistes, et d'autre part d'identifier ce qu'il serait intéressant de tester dans le cadre du 51 avant de décider une intégration dans le droit commun.

Pour les équipes 51 nationale et régionales, ce travail collaboratif permet d'orienter plus clairement et plus rapidement les porteurs : soit sur une réorientation des projets dans la perspective des évolutions récentes ou attendues du droit commun, soit sur la poursuite de l'instruction dans le cadre de l'Article 51 pour tester de nouvelles modalités de coopération et de modèle économique associé.

---

## HARMONISATION, COMPLÉMENTARITÉ ET ARTICULATION DES DÉMARCHES

**Un travail commun  
sur les projets et une  
attention particulière  
sur l'articulation entre  
les démarches.**

Lorsque les avis convergent pour confirmer l'opportunité de tester des projets nécessitant des protocoles de coopération innovants, un travail commun s'engage entre les équipes 51, les experts du ministère, la Cnam et le porteur afin de fournir une réponse adaptée au projet et également cohérente avec les travaux des pouvoirs publics en cours.

Le projet Osys en Bretagne illustre la complémentarité des démarches entre les projets 51 et les protocoles de coopération. Cette expérimentation vise à apporter une réponse à des situations identifiées de premier recours par des pharmaciens d'officine en zone de sous-densité médicale de manière à décharger les médecins généralistes situés dans ces zones (et parfois les services d'urgences). Dans une première étape cette réponse reste dans la limite des compétences des pharmaciens, ce qui ne leur permet pas de délivrer directement de médicaments à prescription médicale obligatoire. Mais dès la seconde année de l'expérimentation, les médecins et les pharmaciens de ces zones pourront adhérer à des protocoles nationaux élaborés suite à des appels à manifestation d'intérêt publiés par le CNCI, ce qui permettra aux pharmaciens engagés dans Osys de délivrer les médicaments sous prescription médicale obligatoire pour les angines et les cystites simples.

**Un point de vigilance :  
l'impact de l'évolution  
du droit commun sur les  
expérimentations 51.**

Le projet *RSMO : Suivi à domicile des personnes invalides et/ou âgées par les médecins traitants et les infirmiers* en Pays de la Loire a été autorisé en juillet 2019 pour permettre un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant de MSP et IDE pour des patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. Dans ce projet c'est l'IDE, sous la responsabilité du médecin, qui assure le suivi mensuel au domicile et transmet au médecin les informations afin qu'il décide de la procédure à suivre. Ce projet ne prévoit donc pas de dérogations aux compétences infirmières.

Cependant, un protocole national de coopération sur le même thème est en cours de rédaction en réponse à la mesure 28 du Ségur de la santé qui demande d'améliorer la présence des professionnels de santé libéraux au domicile de ces patients. Ce protocole prévoit d'octroyer, aux IDE plusieurs délégations de compétences, sur la prévention de la déshydratation, l'adaptation de traitements par AVK, diurétiques, régulateurs du transit, etc. En fonction de la date d'autorisation de ce protocole national, une réflexion sur l'impact et la gestion de la suite de l'expérimentation en cours sera à prévoir. Ce cas précis met en évidence la nécessité d'un travail en étroite collaboration et en anticipation entre les experts du ministère en lien avec le CNCI et les équipes 51.



## **FACILITATION ET SIMPLIFICATION**



Lorsque des projets Article 51 nécessitent des dérogations aux compétences des professionnels de santé non médecins, la LFSS 2018 prévoyait la possibilité d'élaborer des protocoles de coopération dans le cadre des expérimentations en saisissant la HAS pour avis. Néanmoins, la démarche étant assez complexe, force est de constater que les acteurs ne s'en sont pas saisis. Seul un projet a mobilisé cette possibilité (Cecics).

**La réforme des protocoles locaux : une simplification qui s'intègre parfaitement dans le cadre du 51.**

Désormais les porteurs de projet Article 51 (en établissements de santé, en GHT – groupements hospitaliers de territoire, en établissements sociaux et médico-sociaux ou en structures d'exercice coordonné en ville) peuvent rédiger directement un protocole local de coopération en application des lois Asap de décembre 2020 et de la loi visant à améliorer le système de santé d'avril 2021. Ce protocole est déclaré à l'ARS territorialement compétente et transmis pour information au CNCI et à la HAS mais ne nécessite ni de validation ni d'avis à priori de la HAS. Ceci devrait faciliter considérablement le processus de construction et d'instruction des expérimentations Article 51 nécessitant des dérogations de compétences.



L'appropriation de cette nouvelle opportunité par les porteurs de projets fera l'objet d'un suivi attentif.

## DISPOSITIF CIBLE ET DIMENSIONNEMENT

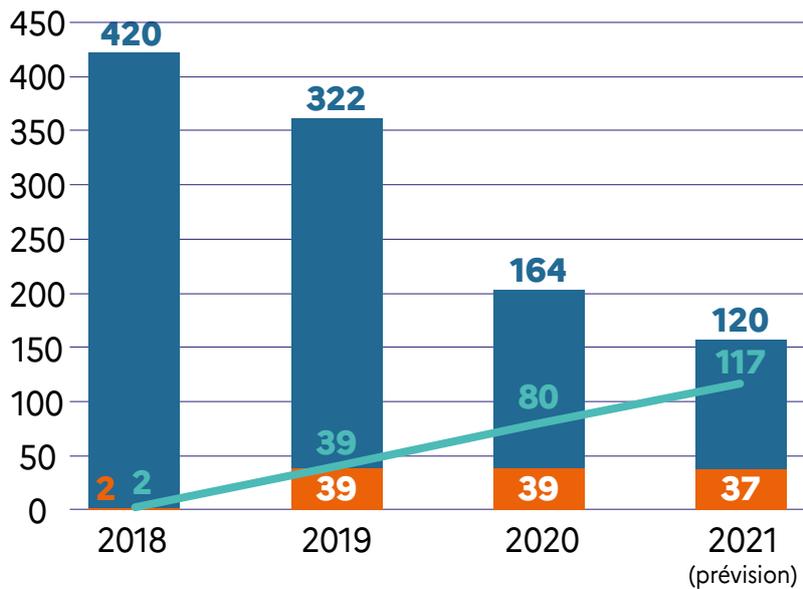


Figure 45 • Nombre de projets autorisés et déposés par année

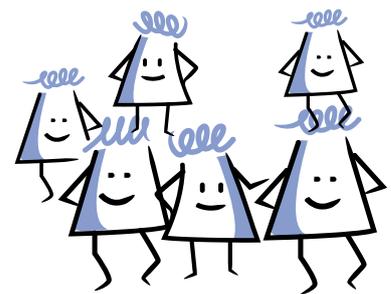
Avec 41 expérimentations autorisées fin 2019, 80 fin 2020, et entre 110 et 120 expérimentations attendues en 2021, le dispositif est proche de sa capacité maximale. En effet, l'augmentation du portefeuille d'expérimentations autorisées augmente d'autant la charge de suivi, d'évaluation et de préparation de fin d'expérimentation ce qui produit un effet de ciseaux avec les projets en instruction.

■ Nombre de nouveaux projets déposés  
■ Nombre de nouvelles expérimentations autorisées  
— Portefeuille de projets autorisés

Le dispositif 51 est animé par un collectif au service des porteurs et de leurs projets constitué d'une équipe dédiée autour de la rapporteure générale, et des référents au sein des directions du ministère chargé de la Santé, de l'Assurance Maladie (Cnam et organismes locaux) et des ARS. Il

bénéficie de l'appui de l'Anap et du concours de l'ATIH et la HAS sur certains sujets.

Compte tenu de ce qui précède, le portefeuille cible d'expérimentations autorisées peut être estimé autour de 130 à 140 projets en régime de croisière



La soutenabilité d'un tel dispositif nécessite cependant :

- un ajustement des ressources financières et humaines consacrées au dispositif ;
- un renouvellement dynamique des expérimentations respectant un certain équilibre entre les sorties (fin d'expérimentation) et les entrées (nouvelles expérimentations autorisées) ; ce qui suppose également l'extinction d'une autorisation d'expérimenter quand le démarrage de l'expérimentation n'a pas eu lieu longtemps après son autorisation.

## CONCLUSION

Crise sanitaire, état d'urgence, Covid-19, restrictions sanitaires... sont des mots qui ont envahi notre quotidien depuis 2020. La crise sanitaire sans précédent a percuté notre système de santé de plein fouet et nous a collectivement incités à nous réinventer encore plus pour répondre aux situations d'urgence. Pour faire face aux exigences imposées par la crise, notre système de santé a dû s'adapter, innover, déroger, et vite !

Au fil de ce rapport, nous avons retracé le dynamisme de l'année 2020-2021 pour un Article 51 qui n'a pas connu de crise de croissance. Les engagements budgétaires sont révélateurs du développement du dispositif et constituent un marqueur fort du soutien porté à la politique de l'innovation organisationnelle. L'attractivité du dispositif et la mobilisation des acteurs n'ont pas failli, témoignant de la volonté, de la motivation et de la capacité du terrain à faire bouger les lignes. Néanmoins, il a fallu faire face à des problématiques de mise en œuvre parfois liées à la crise, parfois liées à un manque de maturité des projets mais le plus souvent à des problématiques sous-jacentes du système de santé dans son ensemble comme c'est notamment le cas des systèmes d'information. De ce point de vue, l'Article 51 constitue un révélateur de ces problématiques structurelles.

Dans les rapports précédents, nous évoquions les enjeux de la généralisation. sept expérimentations auraient dû entrer dans cette phase. La crise a conduit à en prolonger certaines mais cela reste notre enjeu pour demain : réussir à transformer mais aussi à accepter que certains attendus ne sont pas au rendez-vous.

Le soutien à une politique d'innovation porteuse des évolutions de demain est réaffirmé par l'annonce de la création de l'agence de l'innovation en santé qui va s'accompagner d'une réflexion stratégique dans laquelle le dispositif Article 51, devenu la référence sur les innovations organisationnelles, doit être intégré. Par son ancrage dans le paysage, sa reconnaissance par les acteurs et son développement croissant et rapide, le dispositif dans sa configuration actuelle, atteint une taille critique et se doit d'être réinterrogé pour continuer à répondre aux ambitions qu'il porte. Notre défi sera de réussir la phase de croissance liée au nombre de projets déployés, les ressources humaines à mobiliser sur la mise en œuvre et le suivi étant au cœur des réflexions à mener pour atteindre la finalité intrinsèque du dispositif : transformer le système. L'innovation organisationnelle tient en effet un rôle majeur dans la rénovation du système de santé que tout le système appelle de ses vœux et qui est portée par l'Article 51.

# GLOSSAIRE

**AHSN** : Academic Health Science Networks

**AMI** : Appel à manifestation d'intérêt

**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

**APA** : Activité physique adaptée

**ARS** : Agence régionale de santé

**ATIH** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**CAI** : Crédits d'amorçage et d'ingénierie

**CCAM** : Classification commune des actes médicaux

**CMMI** : Center for Medicare and Medicare Innovation

**CNAM** : Caisse nationale d'assurance maladie

**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés

**Covid** : Corona Virus Disease

**CPAM** : Caisse primaire d'assurance maladie

**CPTS** : Communauté professionnelle territoriale de santé

**CROMs** : Clinicians Reported Outcomes Measures

**CRSA** : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

**CSS** : Code de la sécurité sociale

**CTIS** : Comité technique de l'innovation en santé

**DAC** : Directions de l'administration centrale/dispositif d'appui à la coordination

**DCGDR** : Direction de la coordination 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

**DIM** : Département d'information médicale

**DM** : Dispositif médical

**DMDIV** : Dispositif médical de diagnostic in vitro

**DMP** : Dossier médical partagé

**DREES** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**DSS** : Direction de la sécurité sociale

**EDS** : Épisode de soins

**EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**EN51** : Équipe nationale Article 51

**ESMS** : Établissements et services médico-sociaux

**Étapes** : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

**FINESS** : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

**FIR** : Fonds d'intervention régional

**FISS** : Fonds pour l'innovation du système de santé

**GCS** : Groupement de coopération sanitaire

**GHT** : Groupement hospitalier de territoire

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute Autorité de santé

**ICOPE** : Integrated Care for Older PEople

**Idel** : Infirmier(e) diplômé(e) d'État libéral(e)

**INCa** : Institut national du cancer

**IPEP** : Incitation à une prise en charge partagée

**LFSS** : Loi de financement de la sécurité sociale

**LPP** : Liste des produits et prestations

**Mecss** : Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale

**MDA** : Maison des adolescents

**MS** : Médico-social

**MSP** : Maison de santé pluriprofessionnelle

**NHS** : National Health Service

**PA** : Personne âgée

**PEPS** : Paiement en équipe des professionnels de santé

**PH** : Personne en situation de handicap

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PREMs** : Patient-Reported Experience Measures

**PROMs** : Patient-Reported Outcome Measures

**PRS** : Projet régional de santé

**PTA** : Plateforme territoriale d'appui

**RG** : Rapporteur(e) général(e)

**RGPD** : Règlement général de protection des données

**SI** : Système d'information

**SMR** : Service médical rendu

**SNDS** : Système national des données de santé

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**URPS** : Union régionale des professionnels de santé

**USLD** : Unité de soins de longue durée

**VHC** : Virus de l'hépatite



# ANNEXE 1 – PERSONNES INTERVIEWÉES GALAXIE 51

## PARTS VARIABLES



Yann Lhomme  
(DSS)



Fanny Traver  
(Cnam)

## SSR



Marie Hervé  
(DGOS)

## AMI



Emmanuel Frère-Lecoutre  
(DSS)



Claire Montête  
(DSS)



Manon Flandrois  
(DSS)

## SI



Marie-Gabrielle Rietsch  
(DGOS)



Ayden Tajahmady  
(Cnam)



Émilie Herbrecht  
(Cnam)



Lucie Humeau  
(DGOS)

## FACTURATION



Stéphane Arouete  
(Cnam)



Nathalie Rigollot  
(ATIH)

## ACCÉLÉRATEUR



Jennifer Bouaziz  
(Cnam)

**PROTOCOLES DE COOPÉRATION**



Michel  
Varroud-Vial

**ANAP**



Valérie  
Reznikoff  
(Anap)



Élvire  
Cavallini  
(Anap)

**COORDINATION**



Maud  
Robert  
(DSS)

**ÉVALUATION**



Anne-Sophie  
Agudé  
(Cnam)



Élise  
Pesonel  
(Drees)



Sandrine  
Augui  
(Cnam)



Anouck  
Payen  
(Cnam)



Valérie  
Donio  
(Cemka)



Anne  
Duburcq  
(Cemka)

**ARS/DCGDR**



Pierre  
Ricordeau  
(DG ARS  
Occitanie)



D' Jean-Yves  
Grall  
(DG ARS ARA)

© Félix Ledru



Morgane  
Beck  
(ARS GE)



Sabrina  
Byot  
(DCGDR GE)

**SANTÉ MENTALE**



Frank  
Bellivier  
(DMSMP)

## ANNEXE 2 – LIEN DES PROJETS AVEC LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

Les expérimentations autorisées ont été cartographiées selon les différentes feuilles de route, stratégies et plans nationaux.

 *Projet à l'initiative d'acteurs*  *Projets d'initiative ministérielle*

### Les stratégies nationales

#### Prévention et protection de l'enfance 2020-2022

*Les expérimentations Pegase et Enfance protégée ont pour objet de renforcer et structurer le suivi de santé physique et psychologique des jeunes enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance (ASE).*

 **Enfance protégée**  
 **Pegase**

#### L'autisme au sein des TND 2018-2022

*Le projet Parcours de santé TSLA Occitanie porte sur la mise en place d'un dispositif destiné aux enfants de 6 à 15 ans présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et à leur famille. Il permettra de nourrir le travail d'extension aux 6-12 ans des plateformes de coordination et d'orientation annoncé par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap le 11 février 2020.*

 **TSLA**

#### Santé sexuelle

*Mesure phare du Plan priorité prévention, cette expérimentation pilotée par la DGS a pour objectif d'innover en matière de santé sexuelle afin de relever le défi de diminuer significativement l'incidence du VIH dans les territoires les plus concernés par l'épidémie. Il s'agit de déployer quatre centres de santé sexuelle ouverts à tout public dans des régions prioritaires pour apporter une réponse globale aux besoins de santé et une offre de « test and treat », par une approche communautaire spécifique vers des populations cibles (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), personnes transgenres, personnes en situation de prostitution...).*

 **Centres de santé sexuelle d'approche communautaire**

#### Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

*Les expérimentations permettent la prise en charge et le suivi, à distance, des patients en lien avec les équipes hospitalières ayant initié les traitements. La poursuite de l'accompagnement des patients à leur domicile en lien notamment avec le développement des thérapies orales et de l'activité physique adaptée visent à améliorer la qualité de vie du patient tout en garantissant l'effectivité et la sécurité des traitements.*

 **Ako@dom**  **Metis Connect**  
 **APA connect**  **Thérapies orales/**  
 **EDS colectomie** **Oncolink**  
 **Immunothérapie**  
**à domicile CLB**

## Les feuilles de route

### Santé mentale : le lien premier recours/second recours

Les expérimentations organisent un repérage précoce des troubles psychiques, notamment chez les jeunes (« aller vers ») et proposent un accompagnement intensif des patients en lien étroit avec les professionnels des soins primaires.

- DSPP adultes
- DSPP enfants
- Microstructure post-Covid-19
- Passport bipolaire
- SPAdepress

### « Vieillir en bonne santé » : aller vers

Les expérimentations portent sur la prise en charge de la personne âgée sur son lieu de vie, certaines visent ainsi l'accès aux soins des résidents en Ehpad (soins buccodentaires, soins de spécialité et bilan partagé de médication), d'autres la prise en charge et le maintien à domicile (repérage de la fragilité, services renforcés, hébergement de transition, prise en charge médicamenteuse du patient, suivi de proximité coordonné médecin traitant-infirmier)

- ADMR
- Buccodentaire Cher
- DNUT PDL
- DRAD
- Iatroprev
- Ildys
- Lena
- Nutri'Age
- Octave
- Optimed
- Passcog
- PEPS PA
- Psycog
- Remidom
- RSMO
- SBDM
- Toktokdoc
- UFSBD

### ZOOM sur

#### Microstructure post-Covid-19

La microstructure propose un accompagnement pluriprofessionnel de qualité et de proximité des patients fragilisés somatiquement, psychiquement et socialement par la crise et ses conséquences. La microstructure est une équipe de soins pluriprofessionnels travaillant en exercice coordonné au sein d'un cabinet de médecin généraliste. Elle est composée d'un ou plusieurs médecins généralistes exerçant en cabinet de ville ou maison de santé pluridisciplinaire, un psychologue, un travailleur social, un psychiatre. Elle développe des partenariats avec les acteurs en santé mentale. La microstructure assure le suivi du patient au sein du cabinet de ville ou de la MSP.

### ZOOM sur

#### Nutri'âge

L'expérimentation vise à prévenir, repérer la dénutrition chez les personnes âgées à domicile et organiser après concertation pluridisciplinaire la prise en charge de la dénutrition et de ses situations à risque avec l'intervention d'un diététicien libéral, voire d'un psychologue, d'un orthophoniste, d'un ergothérapeute au domicile de la personne âgée. La mise en œuvre du plan personnalisé de soins repose sur la coopération renforcée (concertation pluridisciplinaire) entre les acteurs de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, infirmier libéral), les acteurs sociaux (auxiliaire de vie, aide-ménagère), les diététiciens libéraux, les psychologues, les orthophonistes, les ergothérapeutes et les acteurs des dispositifs d'appui à la coordination.

## Handicap : « aller vers »

Les expérimentations dans le champ du handicap améliorent l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Certaines sont centrées sur le domaine bucco-dentaire. Handiconsult teste un modèle économique pour des consultations dédiées pour différentes spécialités. EqLAAT met en place un accompagnement des personnes au choix et à la prise en main des aides techniques avec une évaluation par des équipes spécialisées de proximité. Enfin, l'expérimentation AFM Téléthon teste un modèle d'accompagnement de la personne dans son parcours de santé avec la mise en place d'un référent parcours.

- AFM téléthon
- Buccodentaire Cher
- EqLAAT
- Facilisoins
- Handiconsult
- Ildys/buccodentaire

## Obésité : une approche globale de la personne

Les expérimentations obésité (10) proposent une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée ainsi qu'un suivi à moyen/long terme, incluant la coordination de soins (ville/hôpital ou en ville) et des prestations non remboursables (soins de support i.e. diététique, prise en charge par un psychologue, activité physique adaptée principalement).

- Baria'Up
- Emno
- GPSO
- Obepar
- Obepedia
- Paco
- Pralimap
- Proxob
- Topase
- Timeo

## ZOOM sur Emno

Un parcours médico-éducatif de prise en charge de l'obésité, pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé.

## Les 1 000 premiers jours de l'enfant

L'expérimentation Copa propose un accompagnement post-natal réalisé par des auxiliaires de puériculture, complémentaire et coordonné avec les dispositifs existants. Cette expérimentation permet à cette profession hospitalière de se rendre au domicile des patientes après leur accouchement afin de les accompagner dans la parentalité, en complément du suivi clinique dont elles bénéficient.

L'expérimentation RéPAP vise à proposer à toutes les femmes enceintes et, en particulier aux plus vulnérables, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité, de la grossesse aux 3 mois de l'enfant, en complémentarité et en coordination avec les dispositifs et professionnels existants (ville/hôpital/PMI).

- Copa
- HospiGrandOuest (expérimentation arrêtée par le porteur)
- RéPAP

## Les plans nationaux

### Mobilisation contre les addictions 2018-2022

Cinq ARS (Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie, Haut-de-France, Grand Est et Île-de-France) ont élaboré ensemble, en étroite collaboration avec les acteurs territoriaux parties prenantes, un cahier des charges commun pour expérimenter un nouveau modèle économique et de financement visant à promouvoir, pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions, une organisation souple, autour du médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle (psychologues et travailleurs sociaux), médico-psycho-sociale, coordonnée au sein d'un cabinet médical ou d'une maison de santé. Argos 2 se concentre, quant à lui sur l'amélioration des parcours de soins des usagers de drogue sans domicile fixe. L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins en addictologie en ville.

- Equip'Addict BFC
- Equip'Addict GE
- Equip'Addict HDF
- Equip'Addict IDF
- Equip'Addict OCC
- Argos 2

### Plan priorité prévention 2018-2022

Certaines expérimentations ont un lien spécifique avec les axes des plans prévention.

Les deux expérimentations VHC (virus de l'hépatite C) prévoient une séquence de soins incluant un dépistage de l'hépatite C en proximité par test rapide d'orientation diagnostique (TroD) puis l'initiation du traitement par une équipe mobile après confirmation du diagnostic par sérologie, en vue de l'éradication du VHC.

- Dépist'C pharma
- VHC Test and treat

Le projet *Chik Tambouyé* en Guadeloupe vise notamment à sensibiliser sur le chikungunya dans le cadre du renforcement de la prévention des maladies vectorielles.

- Chik Tambouyé

Le projet *Facilisoins* vise notamment à renforcer la prévention pour les personnes en situation de handicap accueillies au sein en établissements. L'accès au dépistage des personnes handicapées, axe prioritaire du plan prévention 2018-2019, en est un des volets.

65 % de l'ensemble des expérimentations comportent par ailleurs un volet prévention.

- Facilisoins

## Ma santé 2022

### Ma santé 2022, Paiement qualité et performance

-  Baria'Up
-  Liste en sus
-  PEPS
-  Biosimilaires
-  Medisis
-  Pharm'osys
-  Cataracte
-  Octave
-  Primordial
-  EDS
-  Optimed
-  Toktokdoc
-  EVA Corse
-  Passport
-  IPEP
-  Bipolaire

### Ma santé 2022, Pertinence

-  Biosimilaires
-  Cataracte
-  Iatroprev
-  Liste en sus
-  Medisis
-  Octave
-  Optimed

### Ma santé 2022, Paiement séquence de soins

Une majorité des projets expérimentés testent le financement de séquences de soins. Le forfait, partagé entre tous les acteurs de la prise en charge, permet de replacer le patient au centre de la prise en charge et incite au décloisonnement entre les différents secteurs et les différentes professions de santé.

 Plus de 70 projets

### Ma santé 2022, Paiement au suivi

Plusieurs expérimentations testent une rémunération au suivi, c'est-à-dire un montant forfaitaire octroyé par patient pour une prise en charge de santé globale (suivi, prévention, dépistage, soins, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur la période de temps définie, dans un environnement donné (défini par un type de population, un type de territoire, des types d'actes, etc.), sur une période de temps définie (annuelle/trimestrielle/mensuelle), souvent en fonction du type de patient (ajustement au risque).

-  ADMR
-  Pegase
-  AFM téléthon
-  PEPS
-  DRAD
-  Primordial
-  IPSO santé
-  Toktokdoc

## ZOOM sur

### IPSO

L'expérimentation Ipsy – Nouveau contrat médecin traitant en Île-de-France a pour objet de proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant », avec une rémunération du médecin traitant au forfait par catégorie de patient. Ce contrat engage les deux parties : le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

À terme, le médecin traitant bénéficiera d'une rémunération forfaitaire par patient mensuelle modulée en fonction des catégories de patients, se substituant à la facturation à l'acte.

## Séjour de la santé

### Pilier 4 : Feuille de route numérique – Télésanté

La télésanté trouve naturellement sa place dans les expérimentations 51 en ce qu'elle permet la mise en place d'organisations nouvelles et innovantes permettant des collaborations et un suivi facilité. Les expérimentations proposent de nouveaux modes de prises en charge et permettent de tester leur propre modèle économique. Elles couvrent différents champs comme les maladies chroniques (plaies complexes, insuffisance cardiaque, greffe hépatique, diabète...), l'accès aux soins des résidents en Ehpad ou encore la maternité (diabète gestationnel).

#### TÉLÉSURVEILLANCE

- Ako@dom-picto
- Baria'Up
- Cecics
- Diabecare
- Metis Connect
- Optimcare
- Passport bipolaire
- Read'hy
- Thérapies orales/  
Oncolink
- TLS diabète gesta (N)
- TLS diabète gesta  
(BRE)- Candiss
- UFSBD
- Walk Hop

#### TÉLÉEXPERTISE

- Buccodentaire Cher
- Domoplaies
- Gecoplaies
- Ildys
- SBDM

#### TÉLÉCONSULTATION

- Cica corse
- Ipsos santé
- Pharma'Osys
- Toktokdoc

#### TÉLÉSOIN

- Walk Hop

### Pilier 4 : Lutter contre les inégalités de santé

L'objectif de ces expérimentations est de structurer et d'améliorer le parcours de santé des populations précaires dont les migrants. Elles mobilisent les compétences de professionnels de premier recours (MG) et des professionnels hors secteur sanitaire (médiateurs en santé, interprètes), tout en accompagnant le patient vers l'autonomie en tant que soigné et en tant qu'usager.

- Argos
- Centres de santé sexuelle d'approche communautaire
- Consultations santé migrants
- 5 Equip'Addict
- Microstructures post-Covid-19
- Pascia'mans
- Sec Participatives
- VHC population vulnérable

## La pépinière du 51

### Les pousses du 51

L'article 51 permet également à d'autres projets de se développer.  
Ils portent en germe les transformations de demain.

- **Angele** : allergies complexes, prise en charge globale, diététique et environnementale
- **AS du Cœur** : activité physique adaptée (APA) pour les patients cardio-vasculaires
- **Centre clinique de Soyaux** : modalités de recrutement des médecins généralistes dans un centre de santé
- **CeSOA** : centre spécialisé de soins ostéo-articulaires en ambulatoire
- **Diapason** : biologie délocalisée de la mesure de l'INR pour patients sous AVK
- **Diva** : suivi intensif des AVC par des équipes pluridisciplinaires mixtes (ville/hôpital)
- **Équilibres** : Equipes d'Infirmières Libres Responsables et Solidaires
- **FNMF mutualité pré-diabète** : prévention pour les pré-diabétiques
- **Forfait de réorientation des urgences hospitalières**
- **IRC CVL (URPS Biologie)** : dépistage précoce et amélioration du suivi de l'insuffisance rénale par les biologistes médicaux
- **Lymphorac** : traitement des lymphoedèmes
- **Parcours de soin dénutrition** : parcours ville/hôpital de prise en charge de la dénutrition en Bretagne
- **Partn'Air** : réhabilitation respiratoire à domicile
- **Précidive** : prévention du risque de rechute pour des patients atteints de maladies chroniques
- **Régulation des urgences dentaires (ARA, NA, Normandie)**
- **Santelys Nephronor IRCT** : dispensation coordonnée de traitements conservateurs pour les insuffisants rénaux chroniques
- **Structures libérales légères** : rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques en structure libérale légère (alternative SSR)

## ZOOM sur

### Équilibres

Inspirée de Buurtzorg aux Pays-Bas, l'expérimentation Équilibres a pour ambition de libérer le temps de soins d'une équipe d'infirmiers libéraux pour une approche globale centrée sur le besoin des patients en privilégiant la relation humaine et de favoriser l'autonomisation du patient. Cette expérimentation teste un paiement au temps passé auprès des patients pour les soins infirmiers à domicile, en lieu et place du paiement à l'acte.

## ANNEXE 3 – CE QUI RESSORT DES RENCONTRES ENTRE LES MEMBRES DU CONSEIL STRATÉGIQUE ET LES PORTEURS DE PROJETS

Les finalités des expérimentations et les modèles organisationnels ont été au cœur des échanges et ont fait ressortir les points suivants :

- **L'importance d'articuler les projets avec les acteurs et les dispositifs territoriaux (subsidiarité des projets 51)** a été rappelée lors de plusieurs rencontres (*Equip'Addict, Domoplaies...*). À ce titre, la discussion sur le projet *Handiconsult* s'est orientée sur la nécessaire complémentarité à développer avec le 1<sup>er</sup> recours, notamment avec les plateforme territoriale d'appui (PTA). Pour *Paco*, la bonne adhésion des établissements de santé témoigne du bon fonctionnement de l'expérimentation.
- **La question de la plus-value des projets par rapport à des dispositifs existants** a également été posée à plusieurs reprises. Pour le projet *Cesoa*, les soins sont dispensés par une structure plus légère qu'un hôpital donc potentiellement plus efficiente. Pour *Domoplaies*, c'est l'approche domiciliaire en appui des professionnels qui a été mise en avant.
- **La priorité donnée aux prises en charge de proximité et à l'accès aux soins a été soulignée pour la plupart des projets** : *Handiconsult, ADMR, Equip'Addict...* « Offrir un accès à un expert le plus proche du domicile » (session *Domoplaies*).
- **La coordination des professionnels au bénéfice des patients, qui est au centre des projets de l'Article 51, a naturellement fait l'objet de nombreuses questions** qui ont notamment mis en évidence :
  - La nécessité de bien positionner les acteurs pour assurer une bonne coordination. « Miser sur une coordination bien organisée entre les professionnels avec pour chacun un rôle défini dans le parcours » (session *Domoplaies*).
  - La coordination pour favoriser les échanges entre tous les professionnels dans le but d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge : pour l'expérimentation *ADMR*, un participant a souligné que le projet est un réel dispositif d'appui à la coordination des professionnels de premier recours. « C'est repérer pour agir ». En effet, ce projet repose sur une valorisation du travail des aides à domicile, qui donnent l'alerte à des professionnels de santé lorsqu'elles repèrent des signes de fragilité et/ou de dégradations chez les seniors. « La force de ce projet, c'est de rendre nos aides à domiciles des vigiles de l'état du senior » (session *ADMR*).
  - Dans le cadre du projet *Ipsa*, les équipes ont indiqué vouloir développer la coordination entre médecins généralistes et IDE dans le but d'éviter la perte d'autonomie.
  - Lors de la session *Equip'Addict* a été souligné tout l'intérêt du modèle des microstructures pour les patients (coordination entre médecins traitants, psychologues et travailleurs sociaux) : l'unité de temps et de lieu, et les réunions de concertation pluridisciplinaires. Dans le projet *Paco*, l'accompagnement global et intégré permet au patient d'avoir accès aux différents professionnels en un seul lieu.

— La coordination et la coopération entre acteurs comme vecteur de valorisation du travail des professionnels et de leur montée en compétence (*ADMR, Cesoa, Handiconsult*).

● **Les modèles avec une approche globale des patients pour des accompagnements spécifiques adaptés ont également suscité l'intérêt des membres du conseil stratégique.**

Dans le projet *Ipsos*, toutes les dimensions sont prises en compte (biomédicale, psychosociale, environnementale, dépistage des violences, dépression, etc.) pour permettre de proposer une réponse adaptée. La création d'un poste de coordinatrice sociale ou le recours possible à de l'interprétariat ou des séances d'ETP ont été cités en exemple.

En synthèse, les échanges ont permis de montrer que les modèles organisationnels testés permettent globalement de redonner du sens au travail des professionnels, de permettre une prise en charge de qualité et qui souvent vise à favoriser l'autonomisation du patient.

Un participant du projet *Équilibres* témoigne : « On revient à un rythme, celui de l'échange, de la communication, de la prise en soins. »

## Les grandes thématiques abordées dans les échanges sur les modèles financiers des projets 51 :

● **Le financement comme une réponse aux blocages organisationnels actuels et comme un intérêt à agir pour les professionnels.**

C'est le cas pour de nombreux projets. La session *Paco* par exemple a permis de souligner que le financement de prestations non remboursés actuellement (diététique, psychologique, activité physique) levait un frein à l'accès à un parcours pertinent.

● **Des modèles pour tenter de répondre à la question complexe de la valorisation de la coordination** (*Domoplaies, Equip'Addict...*).

● **La construction de modes de rémunération au service de modèles de prise en charge innovants favorisant la qualité des soins** a vivement intéressé les membres du conseil stratégique :

— Le projet *Équilibres*, avec une rémunération des IDE au temps passé et non plus à l'acte, a fait l'objet de discussion sur des sujets de fond : le risque de sélectivité des patients par le taux horaire ; exercice libéral versus salariat.

— L'approche à la capitation auprès de patients âgés et/ou handicapés, notamment en perte d'autonomie, avec un suivi à domicile par des équipes en ville spécialiste des soins primaires du projet *Ipsos*.

— Lors de la session *Handiconsult*, il a été souligné que le financement par forfait à la séquence de soin est un modèle très adapté à la prise en charge proposée.

● **Une recherche d'efficacité avec une prise en charge ambulatoire en alternative à une hospitalisation** (*Cesoa*).

« Dans le cadre de l'approche domiciliaire, ce genre d'expérimentation qui permet aux expertises de s'affranchir du temps et de l'espace est un facteur d'économies pour notre système de santé et de confort pour les patients » (session *Domoplaies*).

## À l'heure où la fin des premières expérimentations approche, l'évaluation et les perspectives de généralisation ont également été un point incontournable des discussions.

Les échanges ont témoigné d'attentes fortes sur l'évaluation notamment pour répondre à la question de la valorisation de la coordination (session *Domoplaies*) ou bien pour disposer d'un bilan sur la légitimité du dispositif et les modalités possibles de sa généralisation (session *ADMR, Paco...*). Pour *Équilibres*, les membres du conseil stratégique se sont intéressés aux critères d'évaluation de la prise en soins et ont souligné l'enjeu de mesurer le dispositif *Équilibres* par rapport au modèle actuel.

De nombreuses interrogations sur les perspectives de généralisation ont été exprimées :

- Comment aborder la généralisation, quel garde-fou, comment garder l'essence du sujet ?
- Quelles possibilités de financement des projets dans le droit commun ?
- Comment organiser la transition en cas de généralisation ?

● Quel modèle territorial en cas de généralisation ? Pour *Handiconsult*, le modèle n'aura sans doute pas vocation à être déployé dans chaque département mais plutôt sur un échelon interdépartemental (à l'image des GHT).

**Les rencontres ont été l'occasion pour les membres du conseil stratégique d'interroger les porteurs sur le processus d'instruction des projets 51 et les méthodes de travail innovantes.** Malgré une durée jugée trop longue par certains dans la résolution de certaines problématiques, tous les porteurs ont une vision positive du processus d'instruction des projets. Ils ont mis en avant la force du travail collaboratif, l'efficacité de l'accompagnement, qu'il soit régional ou national, et ont plébiscité l'outil « accélérateur ». « L'accélérateur était fantastique : on cassait les bridages que l'on pouvait avoir. »

« C'est ça sortir du cadre ! C'est assez fantastique ! On espère que ça va continuer ! »

« Le mot start up correspond bien au dispositif de l'Article 51. »

## Le « + » de ces rencontres entre les porteurs et les membres du conseil stratégique

**Les échanges, en dehors du cadre habituel (politique, conventionnel...), ont été fructueux en matière de compréhension des enjeux des projets et, dans certains cas, ont abouti à des pistes de réflexion et à une volonté de poursuivre la discussion pour approfondir les sujets.**

À titre d'illustration :

- Pour le projet *Equip'Addict* Grand Est, un dialogue s'est ouvert pour développer un partenariat entre les microstructures et l'URPS sages-femmes de la région pour favoriser la prise en charge du suivi de grossesse des femmes ayant des conduites addictives.
- Dans le cadre du projet *Ipsos*, un participant s'est montré très intéressé pour prolonger les échanges avec le porteur sur la partie « personnes handicapées ».

---

● Le projet *Handiconsult* a fait émerger des pistes de réflexions sur la place des professionnels et celle de la pair-aidance ou encore sur la possibilité d'être terrain de formation...

● Enfin, les discussions avec l'équipe d'*Équilibres* ont permis de clarifier les objectifs de l'expérimentation de faire le point sur l'impact des modèles de rémunération sur la pratique du soignant et les risques potentiels. La nécessité d'aborder la question de la généralisation sans positionnement de principe mais au regard des éléments d'évaluation et avec une volonté de conserver l'essence du projet, a fait consensus.

## ANNEXE 4 – DÉTAILS DES PROJETS CONCERNÉS PAR LE FOCUS CANCER

- **« Suivi à domicile des patients atteints d'un cancer et traités par immunothérapie »** porté par le centre Léon Bérard à Lyon (autorisé en février 2020) qui vise la mise en place d'un parcours de soins permettant d'assurer de manière sécurisée la prise en charge à domicile des patients traités par immunothérapie (actuellement faite uniquement à l'hôpital) grâce à un circuit pluriprofessionnel ville/hôpital et à une rémunération forfaitaire par patient et par séquence de soins sur la base d'un parcours type composé de trois séquences de soins (la première en hôpital de jour et les suivantes à domicile). Il s'agit d'un projet régional mené en Auvergne-Rhône-Alpes avec un objectif d'inclusion de 375 patients.
- **APA Connect, « Parcours après cancer Activité physique adaptée connectée »** porté par l'Institut de cancérologie de Lille Métropole du Groupe Ramsay Santé (autorisé en décembre 2020) qui vise la mise en place d'un programme d'activité physique adaptée en post-cancer du sein et cancer digestif selon des modalités nouvelles combinant séances en présentiel et distanciel. Le parcours proposé comprend un panel d'interventions en présentiel et à distance pour assurer un accompagnement et un suivi des patients : consultation, bilan, séances APA en présentiel et à distance, webinaires, animations thématiques, évaluations régulières et actions de coordination. Il s'agit d'un projet régional mené en Hauts-de-France avec un objectif d'inclusion de 500 patients.
- **Thérapies orales, « Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux »** porté par 34 établissements de santé (représentant 45 sites) dont 18 centres de lutte contre le cancer, 10 centres hospitaliers généraux, 3 centres hospitaliers et universitaires, 2 cliniques privées à but lucratif, 1 établissement de santé privé d'intérêt collectif (autorisé en déc. 2020) qui propose une innovation organisationnelle et financière permettant le suivi, à distance, des patients sous thérapies orales, par des équipes hospitalières ainsi que par des professionnels de ville (pharmaciens d'officine essentiellement). Il s'agit d'un projet national sur 12 régions avec un objectif d'inclusion de 14 855 patients.
- **Épisode de soins « colectomie »** porté par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie et qui teste auprès de 21 établissements de santé un paiement forfaitaire à l'épisode de soins chirurgicaux pour la colectomie pour cancer.
- **PAP DOP, « Paiement d'un parcours coordonné pour une correction de la dénutrition préopératoire des patients »** porté par l'Institut mutualiste Montsouris de Paris ; le CHU de Nantes, le CHU de Nice, Gustave Roussy, Villejuif ; l'université Paris Dauphine et l'École polytechnique Institut mutualiste Montsouris de Paris (autorisé en décembre 2020). Il s'agit d'un projet de portée nationale sur les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Corse avec un objectif d'inclusion de 800 patients. L'objectif est d'inciter financièrement les professionnels et les organisations de santé à une prévention et une prise en charge de la dénutrition en amont et en suivi de l'hospitalisation du patient afin d'améliorer les résultats d'une chirurgie liée à un cancer.
- **Metis Connect « Suivi digitalisé des patients atteints d'un cancer digestif en inter-cures de chimiothérapie »** porté par l'hôpital Privé Jean Mermoz (autorisé en janvier 2021) et qui structure le parcours de soins des patients atteints d'un cancer digestif traités par chimiothérapie intraveineuse classique exclusive administrée en hôpital de jour afin d'assurer, pendant la période d'inter-cures, une surveillance continue à domicile avec l'appui d'une application numérique de télé-suivi, de traitement des alertes et permettant le suivi des données cliniques par une infirmière de coordination en cancérologie. Il s'agit d'un projet régional mené en Auvergne-Rhône-Alpes avec un objectif d'inclusion de 410 patients.

— ***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 »*** co-porté par la société Continuum+, le Réseau régional de cancérologie du Grand Est, les hôpitaux universitaires de Strasbourg et l'Association Patients en Réseau (autorisé en août 2021). Le projet vise à expérimenter un modèle organi-

sationnel entre l'hôpital, la ville et le domicile au moment de l'instauration des traitements, en associant à l'humain la puissance du numérique. Plusieurs parcours coordonnés, dits parcours « standards » et parcours « appuyés », sont proposés selon le traitement et la vulnérabilité des patients. Il s'agit d'un projet régional mené en Grand Est avec un objectif d'inclusion de 2 410 patients.

## ANNEXE 5 – DESCRIPTIF DES OUTILS NUMÉRIQUES PAR LES PORTEURS DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE NUMÉRIQUE

Dans le cadre d'une enquête sur les outils numériques dans les expérimentations Article 51, les porteurs de projet ont été sollicités pour envoyer un descriptif de leur outil numérique.

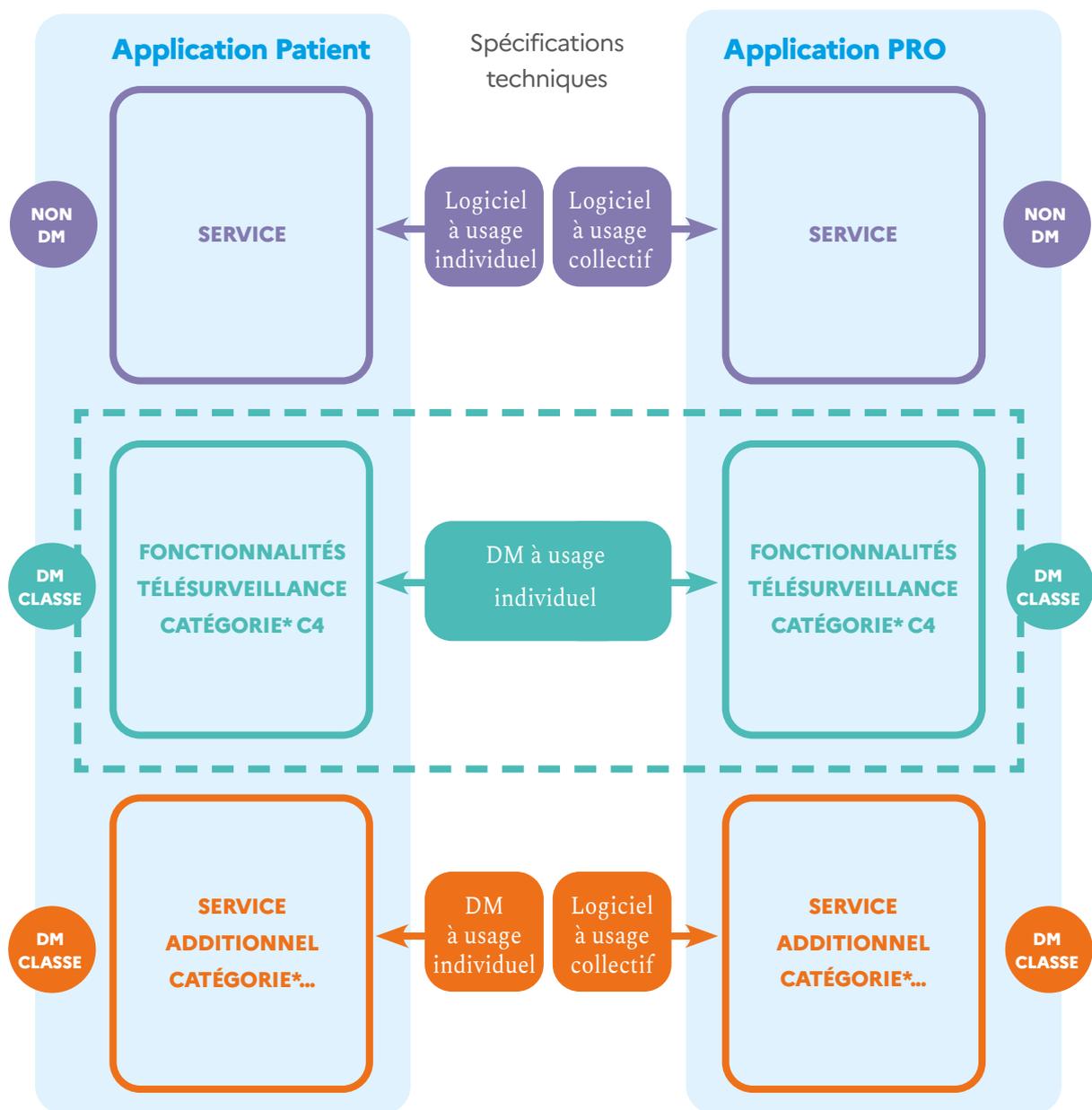


Figure 46 • Document de renseignement des outils numériques à destination des porteurs

## ANNEXE 6 – LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> – État d’instruction des 967 projets Article 51 déposés depuis 2018	<b>8</b>	<b>Figure 14</b> – Rôle des patients dans les expérimentations A51	<b>20</b>
<b>Figure 2</b> – Statut des porteurs des 570 projets recevables	<b>9</b>	<b>Figure 15</b> – Expérimentations portées par ou dont le partenaire est une association de patients	<b>21</b>
<b>Figure 3</b> – Secteurs de déploiement des 570 projets recevables	<b>9</b>	<b>Figure 16</b> – Nombre d’expérimentations autorisées par secteur de déploiement	<b>24</b>
<b>Figure 4</b> – Répartition des projets ciblant une population spécifique par type de population	<b>10</b>	<b>Figure 17</b> – Prises en charge proposées pour les expérimentations autorisées ville/hôpital	<b>25</b>
<b>Figure 5</b> – Nombre de projets autorisés depuis 2018	<b>11</b>	<b>Figure 18</b> – Nombre d’expérimentations autorisées par durée	<b>29</b>
<b>Figure 6</b> – Principales prises en charge ciblées dans les 103 expérimentations autorisées	<b>11</b>	<b>Figure 19</b> – Délais entre l’autorisation du projet et la première inclusion de patient pour l’ensemble des projets autorisés	<b>31</b>
<b>Figure 7</b> – Répartition territoriale (hors EDS) des expérimentations « cancer »	<b>13</b>	<b>Figure 20</b> – Délais depuis l’autorisation du projet pour les projets non démarrés	<b>32</b>
<b>Figure 8</b> – Nombre de projets autorisés par populations bénéficiaires	<b>14</b>	<b>Figure 21</b> – Impact de la Covid-19 sur la dynamique de facturation	<b>34</b>
<b>Figure 9</b> – Expérimentations pour l’accès aux soins des personnes handicapées	<b>15</b>	<b>Figure 22</b> – Nombre de projets déposés à l’initiative d’acteurs par région et au national	<b>49</b>
<b>Figure 10</b> – Modèle de financement des expérimentations centrées autour du handicap	<b>15</b>	<b>Figure 23</b> – Déploiement par région de l’ensemble des expérimentations autorisée	<b>49</b>
<b>Figure 11</b> – Statut des porteurs des expérimentations autorisées	<b>16</b>	<b>Figure 24</b> – Coupures de presse	<b>55</b>
<b>Figure 12</b> – Répartition des financements FIR/FISS	<b>18</b>	<b>Figure 25</b> – Montée en charge du dispositif : nombre de rapports intermédiaires et finaux attendus sur la période 2021-2023 concernant les projets actuellement autorisés	<b>66</b>
<b>Figure 13</b> – Détail du financement FISS FIR par type d’expérimentation	<b>19</b>		

---

<b>Figure 26</b> – Les étapes de l'évaluation	<b>67</b>	<b>Figure 37</b> – Projets avec prise en compte de la santé mentale	<b>102</b>
<b>Figure 27</b> – Bilan global d'activité pour l'accélérateur en 2021	<b>70</b>	<b>Figure 38</b> – Répartition dans les projets entre outils numériques non DM et produits de santé	<b>105</b>
<b>Figure 28</b> – Nombre d'ateliers en distanciel en 2021	<b>70</b>	<b>Figure 39</b> – Typologie du DM sur les 96 projets déposés	<b>106</b>
<b>Figure 29</b> – Répartition par typologie d'atelier	<b>71</b>	<b>Figure 40</b> – Répartition produits de santé, outils numériques non DM	<b>106</b>
<b>Figure 30</b> – Calendrier de la semaine des porteurs 2020	<b>66</b>	<b>Figure 41</b> – Télésanté dans les projets déposés	<b>106</b>
<b>Figure 31</b> – Enseignements majeurs du bilan à 6 mois de la mise en place de la communauté de pratique Article 51	<b>74</b>	<b>Figure 42</b> – Typologie des projets déposés avec télésanté	<b>107</b>
<b>Figure 32</b> – Typologie des coordinations dans le cadre du groupe de travail	<b>79</b>	<b>Figure 43</b> – Les premiers retours de l'enquête « outils numériques dans l'Article 51 »	<b>108</b>
<b>Figure 33</b> – Typologie des projets comportant des parts variables	<b>81</b>	<b>Figure 44</b> – Classification des expérimentations « télésurveillance » par type de prise en charge	<b>110</b>
<b>Figure 34</b> – Exemple de partage des gains économiques dans l'expérimentation <i>Passport bipolaire</i> (BP)	<b>84</b>	<b>Figure 45</b> – Nombre de projets autorisés et déposés par année	<b>115</b>
<b>Figure 35</b> – Schéma synthétique de la construction EDS	<b>90</b>	<b>Figure 46</b> – Document de renseignement des outils numériques à destination des porteurs	<b>135</b>
<b>Figure 36</b> – Échéances des expérimentations 2021-2023 par semestre	<b>94</b>		



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*