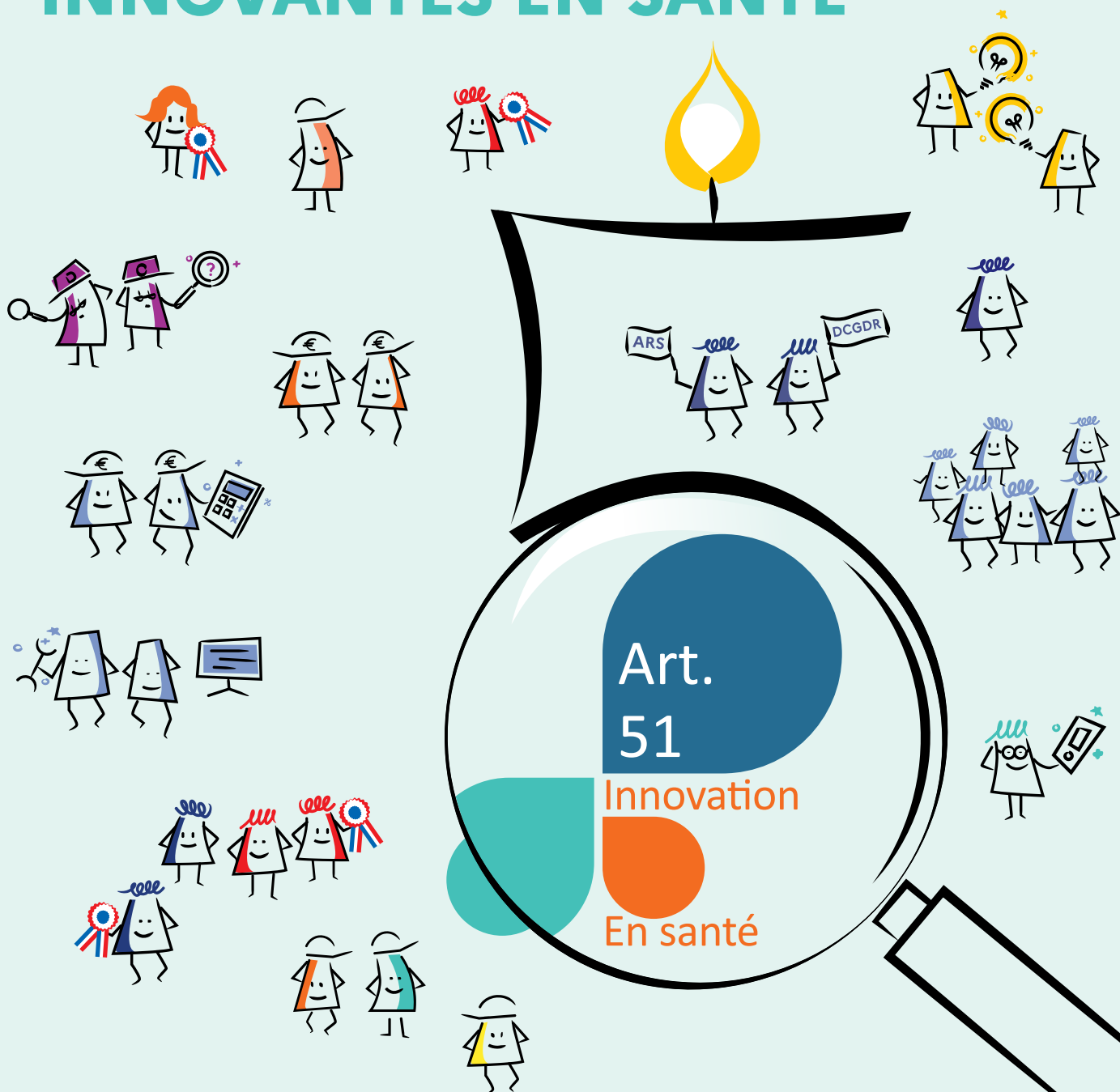
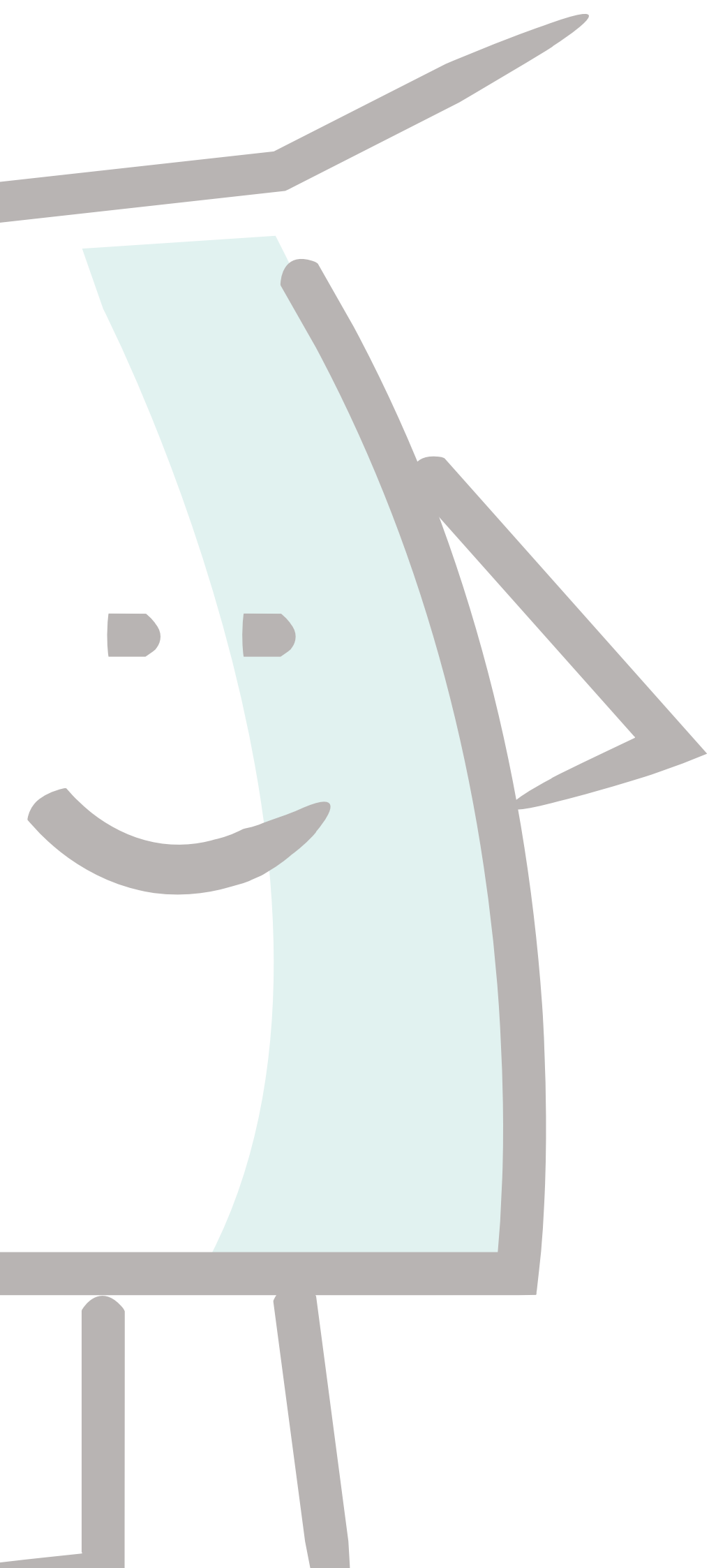




RAPPORT AU PARLEMENT 2023 SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ



Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018





AURÉLIEN ROUSSEAU

Ministre de la Santé et de la Prévention

Préparer le système de santé de demain, c'est soutenir l'innovation sous toutes ses formes, qu'elle soit bien sûr médicale et scientifique, mais aussi technologique, numérique, organisationnelle ou encore managériale.

L'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2018 est pour cela un formidable dispositif, qui permet aux professionnels du système de santé, grâce à des dérogations à certaines règles de droit commun, d'expérimenter de nouvelles façons de prendre en charge les patients, de mettre en place de nouvelles coopérations pluri professionnelles ou encore de renforcer les actions de prévention.

Le nombre de projets autorisés a connu une très nette progression depuis cinq ans, passant de 42 en 2019 à 144 en 2023. Cela démontre le très fort intérêt que suscite ce dispositif auprès des professionnels, comme leur volonté de pouvoir déployer et mettre en œuvre les projets innovants qu'ils ont imaginés, au service de la qualité de prise en charge des patients et de l'efficacité de notre système de santé.

Les thématiques traitées sont nombreuses et les projets contribuent à mettre l'innovation au service de nos grandes priorités nationales : prévention, cancer, santé mentale, maladies chroniques, obésité, perte d'autonomie, addictions, santé des enfants, périnatalité, qualité de la prescription, lutte contre les inégalités de santé...

Nous arrivons aujourd'hui à une étape charnière pour le dispositif. En effet, cinq ans après l'entrée en vigueur de l'article 51, le temps est maintenant venu de l'entrée dans le droit commun des démarches qui, après avoir fait l'objet d'une évaluation indépendante, ont démontré leur plus-value pour les patients et le système de santé.

Ce cadre d'entrée dans le droit commun est prévu dans le PLFSS pour 2024, et permettra de faire bénéficier à toujours plus de patients et de professionnels des innovations qui apportent le plus de progrès. L'un des enjeux de l'année 2024 consistera ainsi à accompagner cette nouvelle étape.

Parallèlement, de nouveaux projets ciblés pourront intégrer la démarche « Article 51 » de manière à poursuivre notre démarche de transformation du système de santé avec des idées nouvelles.

Je remercie l'ensemble des équipes impliquées dans ces expérimentations Article 51, et souhaite encourager sans réserve la poursuite de cette dynamique d'innovation au sein de notre système de santé.

INTRODUCTION

Le dispositif Article 51 a cinq ans !

Au service des acteurs de santé pour faire évoluer les organisations et les modes de financement, l'Article 51 a dû s'inventer, s'adapter, faire passer des idées, des concepts, convaincre ses partenaires institutionnels de la nécessité d'expérimenter. Être à l'écoute, faire preuve d'intelligence, savoir s'effacer afin de faire émerger des idées novatrices porteuses de progrès dans un contexte de crise et de turbulences, tels sont les principes mis en œuvre par l'Article 51.

Nous revenons sur les cinq années de l'Article 51, ses 144 expérimentations, ses méthodes, ses outils, son évaluation et ses communautés de pratiques sans lesquels rien ne serait possible. En effet, l'innovation est une quête passionnante mais frustrante et les échecs nombreux. L'innovation demande du temps, de l'investissement, du leadership que cette innovation soit de routine ou de rupture, plus une innovation est disruptive, plus elle doit être expliquée et explicite. Les acteurs de santé et les institutions doivent développer une stratégie d'innovation originale soutenant la stratégie globale du système de santé. Une stratégie d'innovation oblige à expérimenter, à apprendre et à s'adapter en permanence.

Faire émerger des idées et les transformer en solutions originales, opérationnelles et utiles et accompagner l'innovation reposent sur cinq paradoxes :

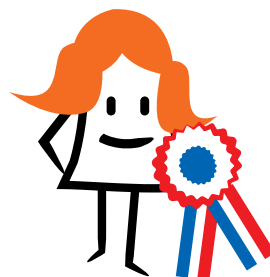
1. Encourager l'initiative ascendante et intervenir de haut en bas
2. Soutenir et confronter
3. Favoriser l'expérimentation, l'apprentissage et la performance
4. Faire preuve de patience et être conscient de l'urgence
5. Conforter l'innovateur, les expérimentateurs et les partenaires

L'Article 51 est un engagement !

Toute expérimentation est soumise à une évaluation externe, les parties prenantes examinent toutes les conclusions avant que le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé proposent les suites à réserver, y compris un arrêt du projet si les résultats ne sont pas probants.

Susciter des nouvelles mesures législatives ou réglementaires, créer de nouveaux outils pour faire évoluer l'organisation de notre système de santé, telle est la logique qui sous-tend le dispositif et que nous retraçons dans ce sixième rapport.

SOMMAIRE



	Le 51 en un coup d'œil	6
1	RETOUR SUR LES TEMPS FORTS	8
	LE RENDEZ-VOUS ANNUEL DU COLLECTIF 51	9
	LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES 51 (CDP), UNE NOUVELLE DYNAMIQUE	11
	LES SÉMINAIRES DES RÉFÉRENTS ARS/DCGDR POUR NOURRIR LE COLLECTIF	12
	LE CONSEIL STRATÉGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTÉ PLEINEMENT MOBILISÉ	13
	UNE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE ÉMERGENTE	14
2	CINQ ANS DÉJÀ	16
	LE DEVENIR DES PROJETS DÉPOSÉS	17
	UNE COUVERTURE NATIONALE QUASI COMPLÈTE	18
	UN PORTAGE ET UN DÉPLOIEMENT DIVERSIFIÉS	19
	UN ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS	20
	DES MODÈLES ÉCONOMIQUES MAJORITAIREMENT FORFAITAIRES	25
	UN ENGAGEMENT FINANCIER CROISSANT	26
	DES RÉVISIONS DES CAHIERS DES CHARGES TENANT COMPTE DU RETOUR D'EXPÉRIENCE	28
3	LE DÉCRYPTAGE DES FINS D'EXPÉRIMENTATION	31
	LES ÉTAPES DE LA SORTIE EXPÉRIMENTALE	32
	UN NOUVEL ATELIER D'ACCOMPAGNEMENT	32
	UNE PRÉPARATION POUR DES IDÉES CLAIRES ET UNE BONNE ÉCOUTE	35
	LES SUITES POSSIBLES DES EXPÉRIMENTATIONS	36

4	UNE ANNÉE CHARNIÈRE POUR L'ÉVALUATION	42
	UN CHANTIER D'ENVERGURE INÉDITE	43
	UNE PRODUCTION CROISSANTE DE RAPPORTS FINAUX	44
	LE DÉFI DE LA MISE À DISPOSITION DES DONNÉES	46
	LE RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES ÉVALUATEURS	49
	L'ÉVALUATION RENFORCÉE PAR DES ANALYSES TRANSVERSALES	51
5	UNE CAPITALISATION AU FIL DE L'EAU	54
	UNE DÉMARCHE D'INTELLIGENCE COLLECTIVE	55
	INSPIRATION ET ESSAIMAGE	63
6	UNE PROMESSE TENUE ?	67
	LE DÉFI DE LA SÉQUENCE DE FIN D'EXPÉRIMENTATION	68
	LA PRÉPARATION DES SUITES À DONNER AUX EXPÉRIMENTATIONS	72
	LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES À VENIR	73
	QUELLES PERSPECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?	82
	CONCLUSION	84
	LISTE DES ABRÉVIATIONS	85
	LISTE DES FIGURES	87

LE 51 EN UN COUP D'ŒIL



LE MANIFESTE DU 51

1. Un dispositif ouvert à tout acteur du système de santé souhaitant porter un projet innovant pour contribuer à la transformation du système de santé
2. Un objectif de test d'organisation et/ou de financements, sur un périmètre réduit, susceptible d'être étendu au système de santé si le test est concluant
3. Un large champ de dérogations qui invite à penser hors cadre et s'extraire des règles établies
4. Une démarche partenariale qui associe toutes les parties prenantes pour améliorer la robustesse des projets grâce aux regards croisés
5. Une approche collaborative où les projets sont coconstruits : faire avec les porteurs de projets et non à leur place !
6. Un cadre expérimental qui autorise le droit à l'erreur, dans une logique incrémentale et apprenante car on ne peut pas tout prévoir à l'avance !



LES ÉTAPES CLÉS DU 51



LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

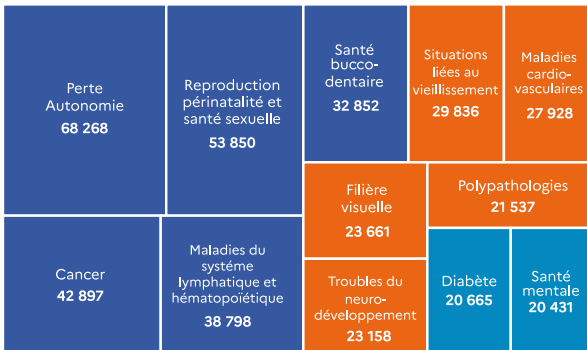


Figure 1 : 12 principaux types de prise en charge pour l'ensemble des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorité, en volume de bénéficiaires ciblés.

LA POPULATION CIBLÉE

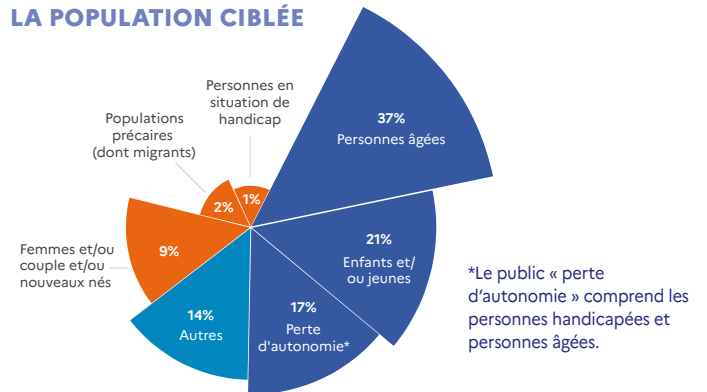


Figure 2 : Part de chaque type de population ciblée pour l'ensemble des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorisation, en nombre de bénéficiaires ciblés.

LES FINALITÉS

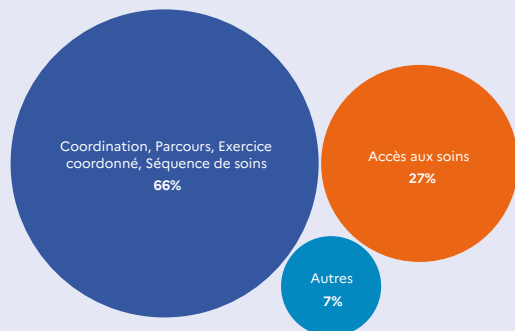


Figure 3 : Part de chaque type de finalité pour l'ensemble des 144XP ayant fait l'objet d'une autorisation.

TAUX TOTAL D'INCLUSION DES BÉNÉFICIAIRES CIBLES

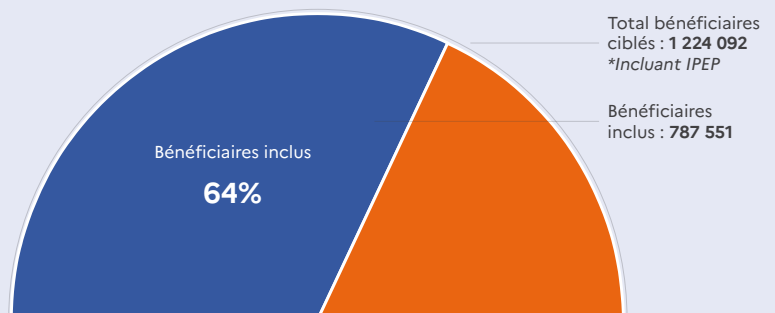


Figure 4 : Taux inclusion sur les 127 expérimentations en déploiement.

RÉPARTITION DES EXPÉRIMENTATIONS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE AUTORISATION, PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE

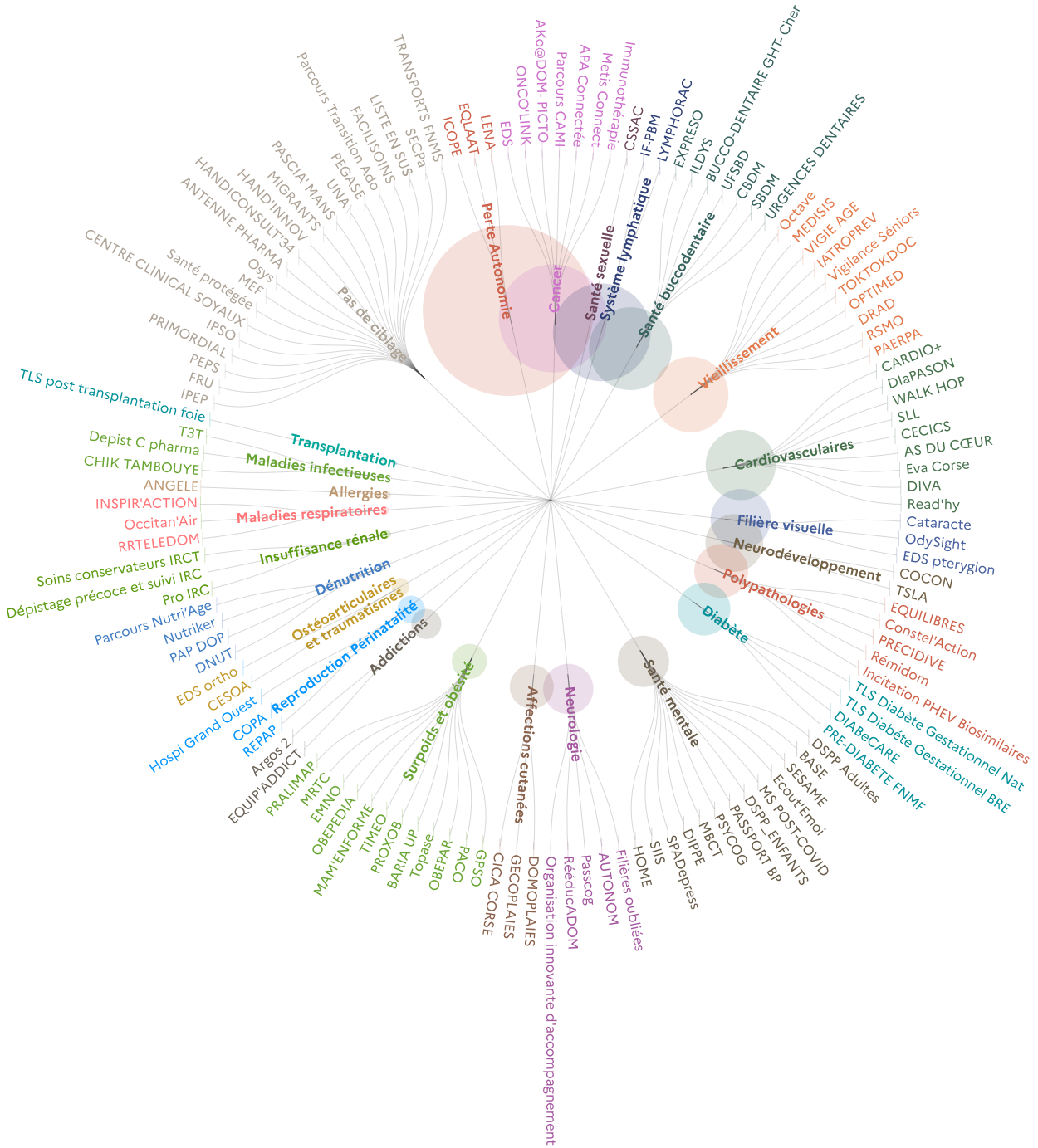
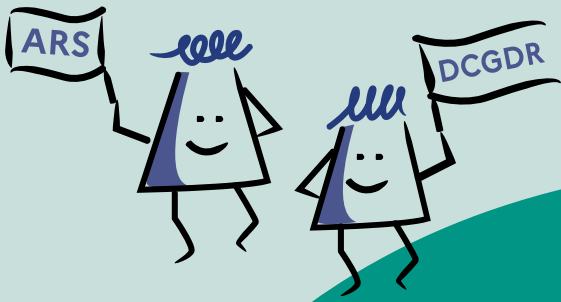
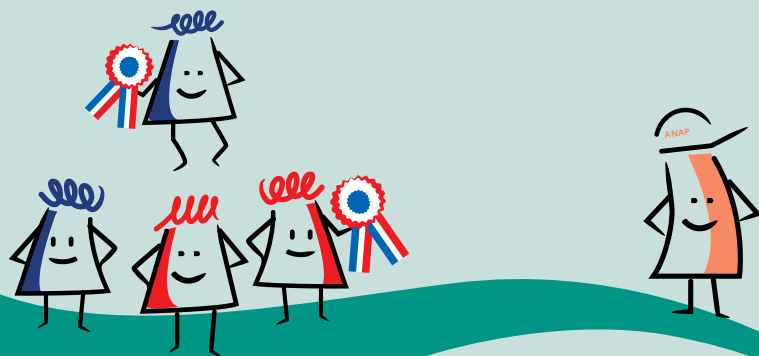


Figure 5 : Répartition des expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation, par type de prise en charge.



1

RETOUR SUR LES TEMPS FORTS



LE RENDEZ-VOUS ANNUEL DU COLLECTIF 51



Une occasion unique de retrouver tous les acteurs œuvrant pour les innovations organisationnelles et de nouveaux modes de financement : les pionniers de l'expérimentation, les professionnels de santé, les partenaires institutionnels, les évaluateurs, les représentants des acteurs de santé, sans oublier les patients bénéficiant du dispositif 51.

L'opportunité en un temps resserré, de prendre connaissance des expérimentations, de partager les réussites et les échecs et d'aller à la rencontre des experts dans différents domaines. Cette quatrième édition a permis de partager les premiers enseignements issus des expérimentations avec la participation de Yann Bourgueil dans le rôle du grand témoin et du ministre de la Santé et de la Prévention.



« Et ça a permis de matérialiser ce Collectif 51 dont j'entends beaucoup parler et je vois qu'il est particulièrement vivant et dynamique... La rencontre entre l'innovation, le terrain et l'application pratique, c'est l'intérêt de cet Article 51. »

« Je tiens vraiment à vous remercier, vous nous apportez des idées, vous contribuez fortement à la construction de cette refondation du système de santé et ça, c'est ce qui est le plus important. »

« Merci pour cette mobilisation, merci pour cette organisation et ces réunions qui viennent enrichir la boîte à outils de solutions que je veux absolument porter à l'échelle des territoires avec ce qui va remonter également du CNR santé. »

François Braun, ministre de la Santé et de la Prévention –
Journée nationale des porteurs - 23 novembre 2022



Ministères sociaux/ DICOM / Martin Chang / Sipa



1 journée



200 porteurs
expérimentateurs



76 accompagnateurs
régionaux
et nationaux



700MW d'énergie
produite



35 kiosques pour
présenter les
expérimentations



17 ateliers animés par
les expérimentateurs



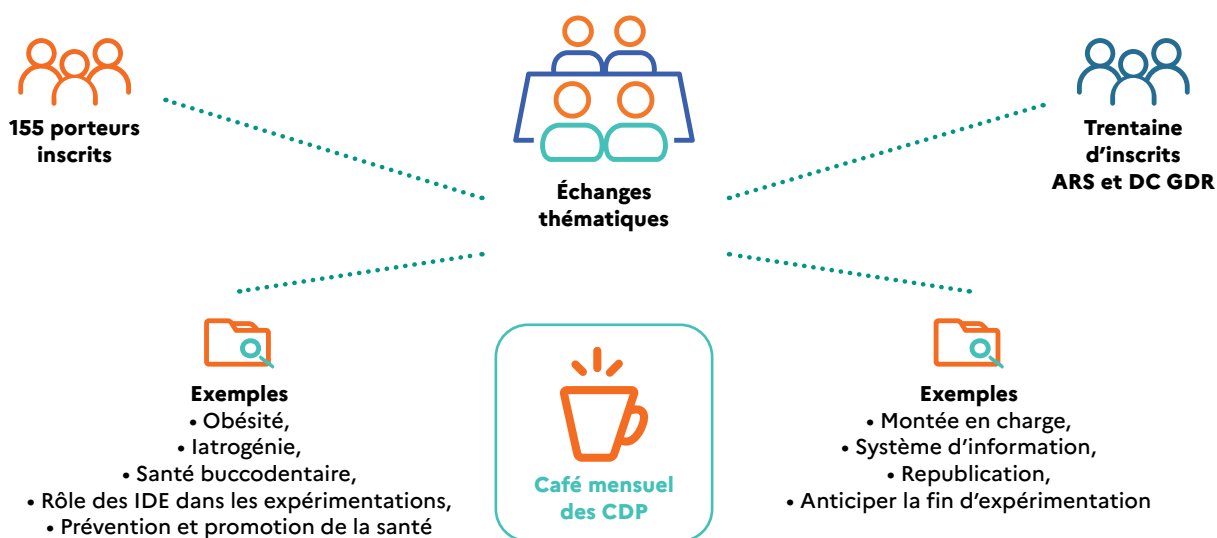
« Merci de nous donner la chance
de vivre cette innovation et de
participer à l'évolution de la santé
de nos enfants »

Expérimentateur

« Un grand merci pour cette
journée, devenue un rendez-vous
annuel ».

ARS

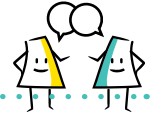
LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES 51 (CDP), UNE NOUVELLE DYNAMIQUE



La communauté de pratiques était jusqu'en 2022 un espace d'entraide et d'intelligence collective dédié aux porteurs. En 2023, une deuxième communauté de pratiques a été mise en place à l'attention des référents des ARS et des DCGDR de l'Assurance maladie. Ces communautés de pratiques sont animées par l'ANAP, assurant ainsi la neutralité des échanges. Les sujets sont librement choisis par les participants et développent les capacités créatives telles que l'agilité, la confrontation et la résolution de problèmes pour favoriser l'essor de l'innovation. Y participer permet ainsi d'être acteur du changement. La production des communautés de pratiques vient enrichir les travaux de capitalisation et de transposition dans le droit commun (voir chapitre 5).



Les travaux de capitalisation, conduits en dehors des communautés de pratique, sont partagés et enrichis en CDP.



LES SÉMINAIRES DES RÉFÉRENTS ARS/DCGDR POUR NOURRIR LE COLLECTIF

Le collectif des référents 51 s'est réuni chaque semestre pour s'ajuster et faire évoluer le dispositif. Ces temps de rencontre soudent le collectif et redonnent de l'énergie à chacun.



réflexion

méthode
échange
partage
informations
co-construction

enrichissement
collectif
possible
généralisation
joie
convivialité



« L'Article 51 ce sont des projets, des organisations et avant tout des gens qui travaillent ensemble. »

DCGDR

« Les ARS/DCGDR sont les porteurs de parole de la vision terrain. »

ARS Occitanie



LE CONSEIL STRATÉGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTÉ PLEINEMENT MOBILISÉ

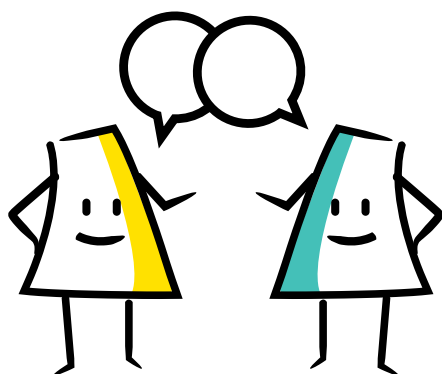
Les séances plénières sont l'occasion depuis 2022 de bénéficier du témoignage d'expérimentateurs et de présentation de résultats d'évaluation finale.

Le 2 février 2023, lors du conseil stratégique, ont ainsi été présentés :

- les regards croisés entre Madame le Professeur Laville en charge d'une mission sur la prévention et la prise en charge de l'obésité et les 4 porteurs des expérimentations EMNO, GPSO, Paco et Proxob ;
- les résultats d'évaluation finale de l'expérimentation Incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville.

La séance a été également un temps de partage sur le défi de la généralisation et le rôle central de l'instance dans la suite donnée à chaque expérimentation.

Le 7 septembre 2023, le conseil stratégique a été réuni dans l'objectif de partager les enseignements tirés des rémunérations forfaitaires au parcours avec le témoignage de 3 porteurs (Ako@dom Picto, Occitan'Air et TSLA), les résultats d'évaluation finale de l'expérimentation Centres de santé sexuelle d'approche communautaire et les perspectives de passage dans le droit commun des expérimentations 51.



UNE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE ÉMERGENTE

La Cour des Comptes s'intéresse au dispositif 51

La Cour des Comptes a consacré le chapitre IV de son rapport 2023 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) au dispositif de l'Article 51. L'enquête a mobilisé certaines parties prenantes du dispositif, principalement les administrations nationales et régionales de l'État et de l'Assurance maladie, les représentants nationaux du système de santé (ordres, fédérations hospitalières et des centres de santé) et quatre porteurs d'expérimentation. La phase d'entretiens a été réalisée pour l'essentiel entre les mois de juin et de septembre 2022. Tous les documents disponibles ont été mis à disposition des enquêteurs de la Cour : comptes rendus de l'ensemble des réunions des instances depuis 5 ans - certaines se tenant toutes les semaines -, états financiers, rapports d'étape produits par les porteurs et rapports d'évaluation quand ceux-ci étaient disponibles.

La Cour reconnaît le caractère structuré et innovant du dispositif : « *l'approche intersectorielle qu'il couvre pour répondre en particulier aux enjeux de financement partagé entre les acteurs hospitaliers et de soins primaires, par l'encouragement des pratiques collaboratives qu'il porte, et notamment la collaboration inédite entre les services de l'État et de l'Assurance maladie, par la méthode de soutien aux porteurs qu'il déploie, enfin par l'évaluation systématique de chaque projet* ».

Elle identifie les priorités actuelles du dispositif concernant l'évaluation d'un grand nombre de projets et la préparation de la généralisation des expérimentations qui auront fait leurs preuves. Elle formule cinq recommandations pour répondre à l'enjeu de sortie du cadre expérimental de la vague d'expérimentations arrivant à échéance en 2023 et 2024.

LES 5 RECOMMANDATIONS

- 1 Limiter le flux d'entrée de nouveaux projets, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires
- 2 Procéder à une analyse globale de l'évaluation des expérimentations relevant d'une même thématique et des impacts qui en résulteraient sur le système de santé et les dépenses d'assurance maladie avant de décider de leur généralisation
- 3 Prévoir la généralisation anticipée des expérimentations les plus prometteuses et l'arrêt avant leur terme de celles n'ayant pas répondu aux attentes
- 4 Identifier, dès la mise en œuvre des expérimentations, les conditions pratiques de leur généralisation, notamment en matière de compétences attendues des professionnels santé, ou d'évolution des systèmes d'information de prises en charge des patients et de facturation des soins
- 5 Organiser la conduite des chantiers de généralisation des expérimentations dans un cadre coordonné entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie

Le sens général de ces préconisations est largement partagé et reflète ainsi la feuille de route en cours de mise en œuvre par l'État et l'Assurance maladie, en adaptant l'organisation du dispositif Article 51 dans le cadre des moyens humains qui lui sont dédiés.



L'avis favorable de la HAS pour étendre deux protocoles de coopération à l'expérimentation Osys

Le pharmacien d'officine intervient dans OSYS en tant que professionnel de santé dans le parcours de soins du patient en offrant des prestations spécifiques pour améliorer l'accessibilité aux soins de premiers recours (ou soins non programmés) à des populations vivant dans des territoires à risque de désertification médicale ou de faible accessibilité aux soins.

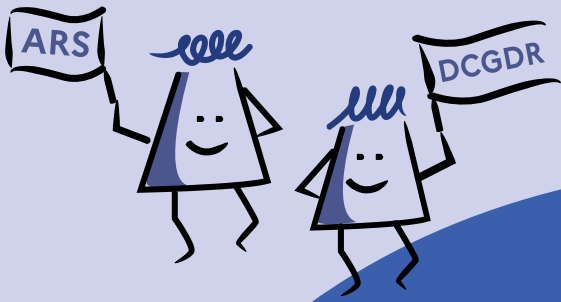
OSyS apporte une réponse subsidiaire en l'absence de CPTS ou de MSP fonctionnelles sur le territoire avec des protocoles de triage adaptés aux contraintes du territoire. Dans le cadre de l'expérimentation OSyS, 50 % des territoires sont dépourvus de CPTS ou MSP fonctionnelles.

Les protocoles nationaux de coopération odynophagie et pollakiurie autorisent les pharmaciens d'officine, dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé, à délivrer des antibiotiques lorsque les symptômes correspondent et que les résultats sont positifs (respectivement TROD et bandelette urinaire).

Compte tenu des conditions de mises en œuvre d'OSyS décrites ci-dessous, la Haute Autorité de Santé a rendu un avis favorable à la mise en œuvre de protocoles nationaux de coopération odynophagie et pollakiurie dans le cadre de l'expérimentation OSyS.

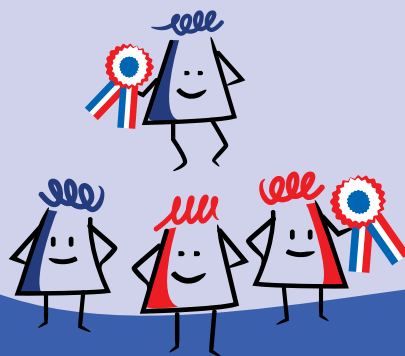
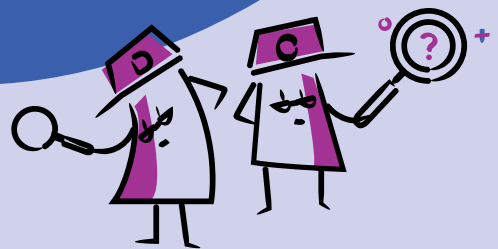
- 1 Le suivi et la validation d'une formation spécifique aux nouvelles compétences d'évaluation clinique et de prescription
- 2 La mise à disposition des pharmaciens :
 - d'un outil informatique dédié leur permettant d'assurer le suivi des arbres décisionnels, l'enregistrement, le suivi du rappel téléphonique, et l'édition du compte rendu adressé au médecin
 - des outils de communications à destination des médecins et pharmaciens
 - d'une supervision et d'un suivi régulier en visioconférence
- 3 Un travail en équipe entre pharmaciens et médecins du territoire
- 4 L'identification des médecins acceptant de donner un avis et/ou de prendre en charge les patients réorientés dans un délai approprié à leur état
- 5 La communication au médecin traitant du compte rendu
- 6 La mise en œuvre de canaux de communication sécurisés entre médecins et pharmaciens

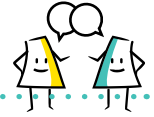
Cet avis a permis d'envisager l'extension d'Osys à trois autres régions (CVL, COR, OCC) intervenue début septembre 2023.



2

CINQ ANS DÉJÀ !





LE DEVENIR DES PROJETS DÉPOSÉS

Après cinq ans d'existence, le nombre de projets déposés sur les plateformes régionales et nationale de l'Article 51 a dépassé le millier. Parmi les 1 110 projets instruits ou en cours d'instruction, 55 % étaient recevables. Ce taux reste stable depuis 2 ans, malgré une baisse du nombre de projets déposés (89 lettres d'intention reçues en 2022 contre 38 entre le 1^{er} janvier et 30 septembre 2023). Cette baisse du nombre

de projets déposés, mais également l'effort en répondant plus rapidement aux sollicitations se traduit par la diminution du nombre de projets à instruire. Le nombre de projets réorientés reste stable avec 290 projets réorientés. Au total 144¹ expérimentations ont fait l'objet d'une autorisation dont 17 sont arrivées à leur terme.

1 174 PROJETS DÉPOSÉS, 144 AUTORISÉS

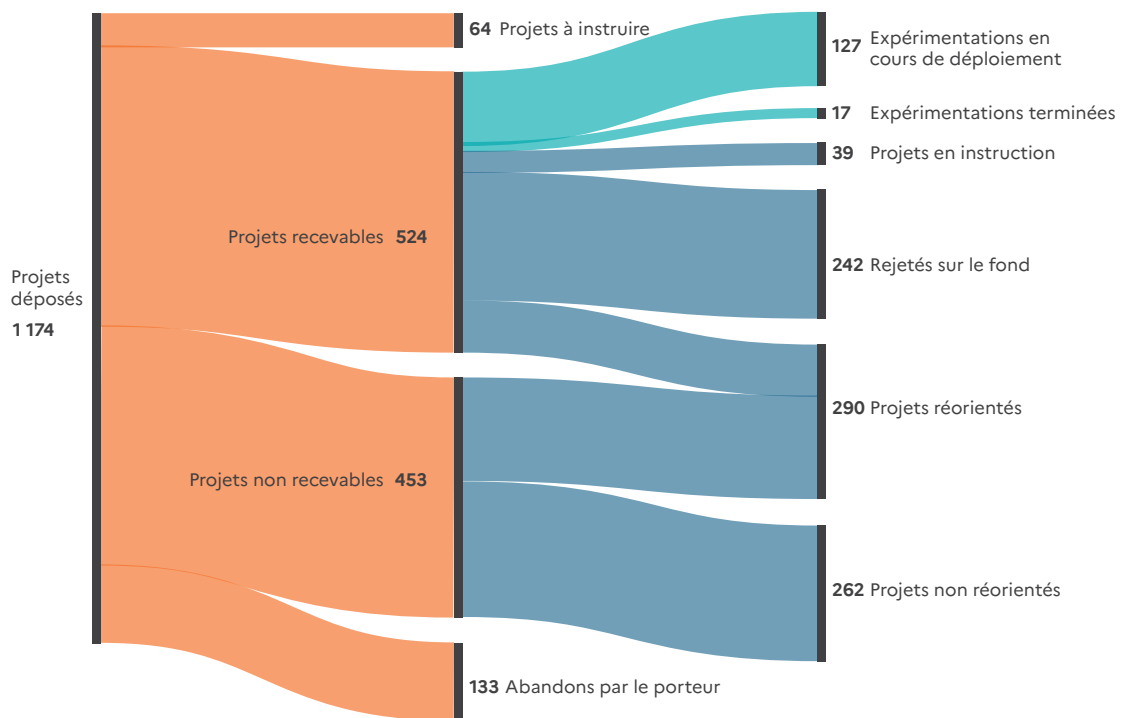
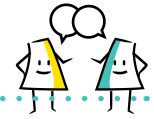


Figure 6 : État de l'instruction pour les 1 174 projets déposés au 31 août 2023.

1. Sur les 144 expérimentations autorisées, 3 sont des expérimentations préexistantes au dispositif et réintégrées en 2018 : Ecout'moi, Paerpa et Mission Retrouve ton cap.



UNE COUVERTURE NATIONALE QUASI COMPLÈTE

La répartition des expérimentations sur la quasi-totalité du territoire national témoigne du dynamisme des acteurs, 9 régions totalisant plus de 20 expérimentations déployées.

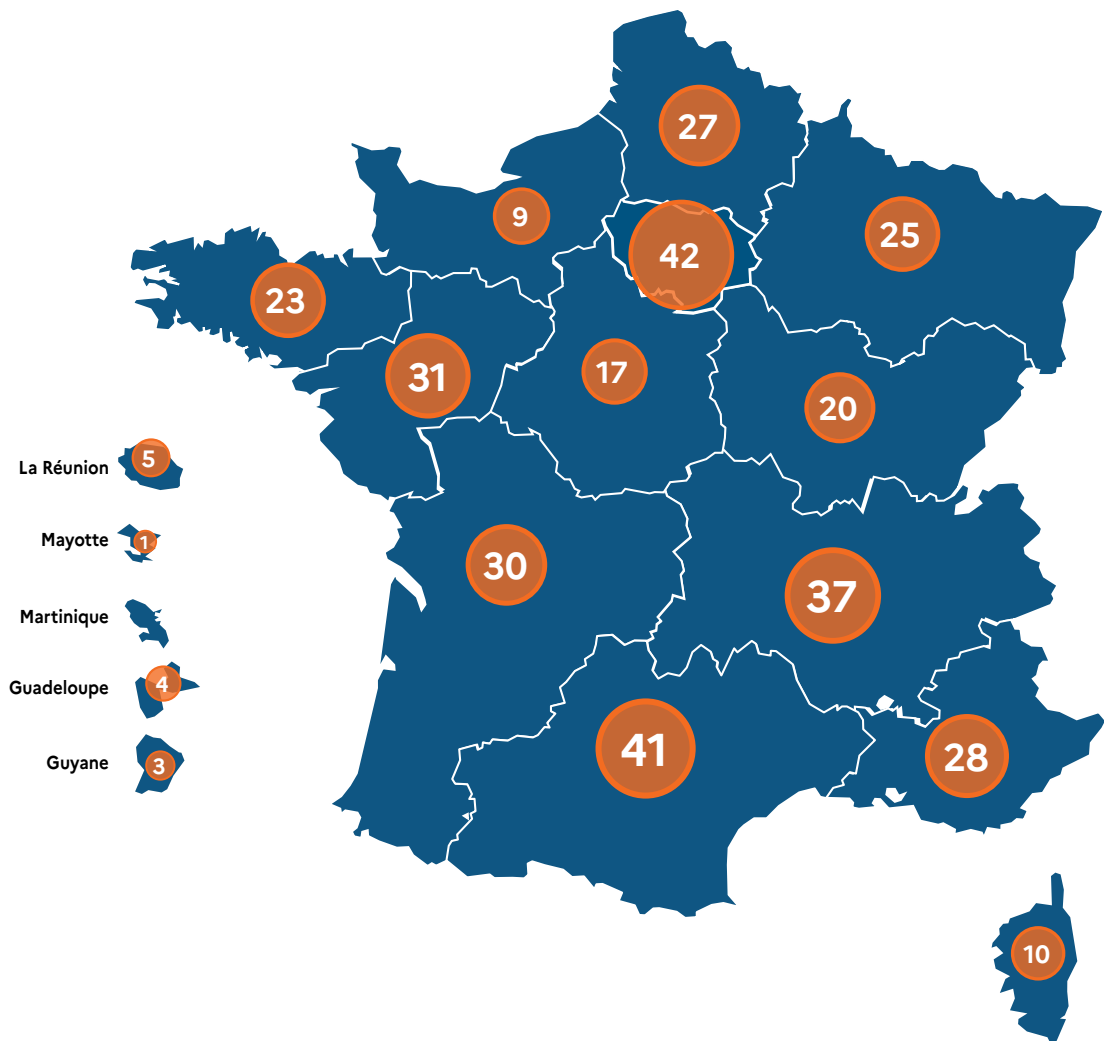
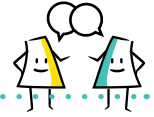


Figure 7 : Nombre d'expérimentations en cours de déploiement dans chaque région.

Nota bene : Le nombre indiqué par région correspond au nombre d'expérimentations distinctes : une même expérimentation mise en œuvre sur plusieurs territoires au sein d'une même région n'est comptée qu'une seule fois.



UN PORTAGE ET UN DÉPLOIEMENT DIVERSIFIÉS

UN FINANCEMENT MAJORITAIRE DU SECTEUR AMBULATOIRE

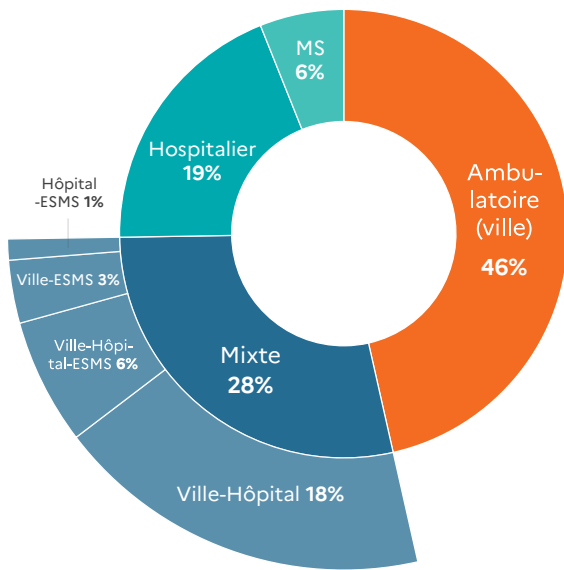


Figure 8 : Part de chaque secteur financé pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.

En 2023, les tendances observées les années précédentes se confirment : le secteur ambulatoire demeure largement majoritaire en étant financé dans 74 % des expérimentations.

UN PEU PLUS DE 50 % DES EXPÉRIMENTATIONS PORTÉES PAR DES GROUPEMENTS D'ACTEURS OU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Groupement d'acteurs (CPTS, Syndicats, GCS, sociétés savantes, associations de patients et associations de professionnels, ...)

28%

Établissement de santé dont groupes (ES publics, privés, GCS-ES, GHT, HAD ...)

26%

Acteurs de Ville (PS libéraux, MSP, CDS, ESP, URPS ...)

19%

Pouvoirs publics (ARS, CPAM, CD)

17%

Sociétés privées (start up, industriels, ...)

5%

ESMS dont groupes

3%

Autres catégories d'acteurs

2%

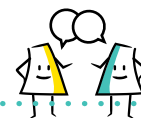
Personnes physiques

1%

Figure 9 : Part de chaque catégorie de porteur pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.








Sur l'ensemble des expérimentations autorisées, la part de celles portées par les groupements d'acteurs dépasse dorénavant celle des établissements de santé à 26 %.

Ce positionnement résulte des nouvelles expérimentations et d'une description plus fine des catégories de porteurs réalisée en 2023.



UN ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS

Le 51, cinq ans après...

Population	41 expérimentations autorisées*	144 expérimentations autorisées
	2019	2023
 Précarité	1 423	3 283
 Personnes en situation de handicap	161	5 164
 Périnatalité	18 725	29 232
 Jeunes enfants et enfants	9 577	62 800
 Perte d'autonomie	9 481	47 177
 Personnes âgées	18 433	114 762
 Population générale	702 166	1 014 574

* Hors 3 expérimentations réintégrées

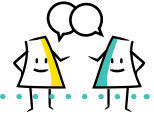
Nota bene : Le décompte des expérimentations se fait par deux approches distinctes, l'une populationnelle (par exemple, personnes âgées ou handicapées en perte d'autonomie, enfant...) ou une approche par pathologie ou situation (par exemple obésité, ou situations liées au vieillissement ou perte d'autonomie...). Ces deux approches sont complémentaires et permettent d'appréhender les différentes caractéristiques et objectifs des expérimentations.

Figure 10 : Évolution des populations ciblées entre 2019 et 2023.

Les populations fragiles ou fragilisées telles que les personnes en situation de précarité, les femmes enceintes, les nouveaux nés, les jeunes enfants, les enfants, les personnes en perte d'autonomie (personnes âgées et en situation de handicap) représentaient 7,64 % de l'ensemble des effectifs cibles des expérimentations 51 en 2019.

En 2023, ces mêmes populations représentaient 20 % des effectifs cibles avec une place prépondérante pour les personnes âgées et en situation de handicap.

Cette évolution marque l'engagement croissant des acteurs à prendre en charge les patients les plus fragiles et éloignés du système de santé.



PANORAMA DES EXPÉRIMENTATIONS SUR LES POPULATIONS LES PLUS FRAGILES

ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS : 15 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES PLUS DE 114,5 M€ ENGAGÉS

Accès aux soins 1^{er} recours

CIME-Migrants 07/2024 Structure pivot d'appui Interprétariat professionnel en médecine de ville Budget : 0,625 M€	PASCIA'MANS 05/2026 Prise en charge pluriprofessionnelle des populations précaires dont les migrants avec l'appui de médiateurs de santé Budget : 3,18 M€
CSSAC 09/2023 Accueil et accompagnement d'approche communautaire autour de la santé sexuelle pour faciliter les dépistages et accompagner la mise en place du traitement pour le VIH, les hépatites virales et les IST et mettre en place un parcours Test and Treat Budget : 15,23 M€	PEGASE 08/2024 Protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance Budget : 4,74 M€
Santé protégée 06/2024 Parcours des enfants et adolescents protégés pour une prise en charge somatique et santé mentale précoce Budget : 0,938 M€	Microstructures post Covid 01/2024 Renforcement des microstructures médicales pour des prises en charge pluriprofessionnelle de proximité en santé mentale Budget : 1,73 M€
Equip Addict 12/2023 Prise en charge en proximité par une équipe de soins primaires pluriprofessionnelle des patients présentant une situation médico-psycho-sociale complexe avec une ou plusieurs conduites addictives Budget : 8,30 M€	SECPA 12/2023 Mise en œuvre dans les CDS et MSP participatifs d'une prise en charge globale (médico-psycho-sociale) des patients précaires avec recours à des psychologues, des médiateurs et services d'interprétariat Budget : 30 M€

Accès aux soins 2nd recours

DIPPE 05/2028 Dispositif de détection et d'intervention précoces en santé mentale et parcours de prise en charge en milieu de vie Budget : 7,34 M€	MAMEN'Forme 12/2028 Prise en charge personnalisée, coordonnée et pluriprofessionnelle de la femme enceinte en situation d'obésité et jusqu'à un an de l'enfant Budget : 2 M€
HOME 01/2026 Équipe de suivi intensif en milieu ordinaire, associé à un accès facilité à un logement indépendant pour des patients psychiatriques sévères Budget : 3,870 M€	SIIS 07/2025 Suivi intensif pour l'inclusion sociale de patients atteints de troubles psychiques invalidants Budget : 6,46 M€
ARGOS 2 01/2026 Accueil individualisé des usagers de drogue sans domicile fixe dans un lieu de vie et de soins avec accès à la salle de consommation à moindre risque et amélioration du parcours de soins Budget : 2,7 M€	COCON 09/2027 Parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable Budget : 26,5 M€
	REPAP 12/2023 Accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité Budget : 0,9 M€

Pour en savoir plus : voir Les annexes - Focus Santé pour tous

Médico-social FIN XP

PARCOURS DE SANTÉ DE L'ENFANT : 13 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES DANS LE CHAMP DE L'ENFANCE : PLUS DE 75 M€ ENGAGÉS

Accompagnement des familles dans la période post-natale

RéPAP 12/2023 Accompagnement personnalisé et gradué par un référent parcours périnatalité Budget : 0,9 M€	CoPa 12/2023 Accompagnement post-natal par des auxiliaires de puériculture Budget : 1,1 M€	BASE 09/2026 Accompagnement des futurs parents et jeunes parents à s'ajuster aux besoins psychoaffectifs essentiels Budget : 1 M€
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Troubles du neurodéveloppement et santé mentale

TSLA 01/2024 Prise en charge précoce (diagnostic et rééducation) des TSLA pour les 6-15 ans Budget : 21 M€
Santé protégée 06/2024 Parcours de soins coordonné pour les enfants et les adolescents incluant une prise en charge somatique et en santé mentale précoce Budget : 9,4 M€
PÉGASE 08/2024 Protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (ASE) Budget : 4,7 M€
DSPP Enfants 03/2026 Dispositif apprenant basé sur des pratiques collaboratives permettant aux médecins traitants une évaluation rapide par l'équipe du dispositif pour des patients âgés de 6 à 18 ans Budget : 1 M€
COCON 09/2027 Parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable Budget : 26,5 M€

Obésité et prévention

PRALIMAP 09/2025 Organisation innovante d'accompagnement pour les personnes atteintes de certaines maladies invalidantes en situation de handicap Budget : 1,4 M€	Mam'en'forme 12/2028 Programme Prise en charge personnalisée, coordonnée et pluriprofessionnelle de la femme enceinte en situation d'obésité et jusqu'à un an de l'enfant Budget : 2 M€
Obépédia 09/2025 Organisation innovante d'accompagnement pour les personnes atteintes de certaines maladies invalidantes en situation de handicap Budget : 2,7 M€	TOPASE 12/2026 Organisation innovante d'accompagnement pour les personnes atteintes de certaines maladies invalidantes en situation de handicap Budget : 2,5 M€
PROXOB 09/2026 Équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques Budget : 1,9 M€	

Pour en savoir plus : voir Les annexes - Focus Enfance

FIN XP

**ACCÈS À LA SANTÉ ET REPÉRAGE PRÉCOCE : 10 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES
DANS LE CHAMP DU HANDICAP PLUS DE 70 MILLIONS ENGAGÉS**

Bucco-dentaire ★

ILDYS 08/2024
Service de soins bucco-dentaires mobile en Bretagne
Budget : 675 K€

Accès aux soins

HANDICONSULT'34 12/2023
Consultations dédiées
Budget : 3,1 M€

FACILISOINS 07/2024
Expérimentation d'un nouveau modèle de financement de l'organisation de la prévention et des soins en établissement pour personnes en situation de handicap
Budget : 1 M€

HAND'INNOV 01/2025
Expérimentation d'équipes mobiles rattachées à des structures de ville ou établissement de santé pour accompagner la personne dans son parcours de soins (évaluation besoins)
Budget : 1,7 M€ ★

AUTONOM 08/2025
Prise en charge de l'hypertonie déformante acquise au sein des ESMS par une équipe mobile de soins rattachée à un établissement sanitaire
Budget : 3,1 M€ ★

Accompagnement

EqlAAT 03/2024
Équipes locales d'accompagnement sur les aides techniques
Budget : 11,9 M€ ★

AFM Téléthon 10/2024
Organisation innovante d'accompagnement pour les personnes atteintes de certaines maladies invalidantes en situation de handicap
Budget : 1 M€

Repérage et prise en charge précoces

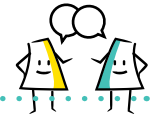
TSLA 01/2024
Prise en charge précoce (diagnostic et rééducation) des TSLA pour les 6-15 ans
Budget : 21 M€

PÉGASE 08/2024
Protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (ASE)
Budget : 4,7 M€

COCON 09/2027
Parcours de soins précoces et coordonnés du nouveau-né vulnérable
Budget : 26,5 M€

FIN XP ★ Aller vers

 Pour en savoir plus :
voir Les annexes - Focus Handicap



Évolution des principaux types de prise en charge

UN PALMARÈS PROFONDÉMENT TRANSFORMÉ

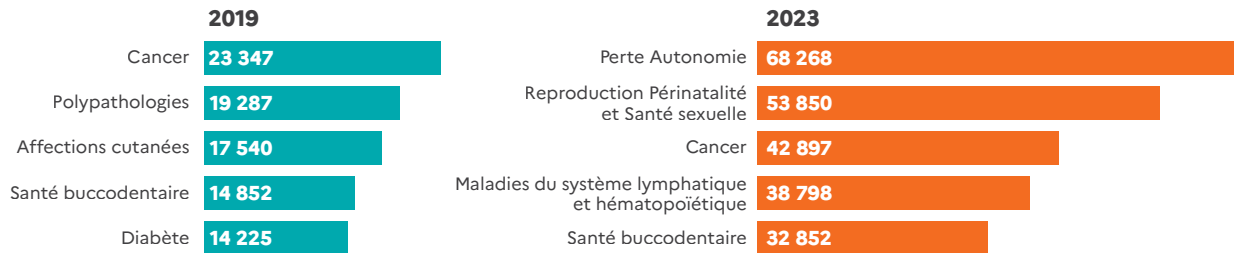


Figure 11 : Cinq principales prises en charge en nombre de bénéficiaires ciblés.

L'analyse du poids relatif des bénéficiaires cibles offre une perspective sur la réponse aux besoins des populations, cependant la fréquence des situations et pathologies dans les expérimentations nous apporte un éclairage

complémentaire sur l'intérêt des acteurs à innover sur certaines thématiques et l'évolution de celui-ci. Ainsi sur les 6 prises en charge les plus fréquentes en 2019, le nombre d'expérimentations a été multiplié par 2, 3 ou 4.

UNE FORTE AUGMENTATION DU NOMBRE D'EXPÉRIMENTATIONS SUR LES SIX PREMIÈRES PRISES EN CHARGE

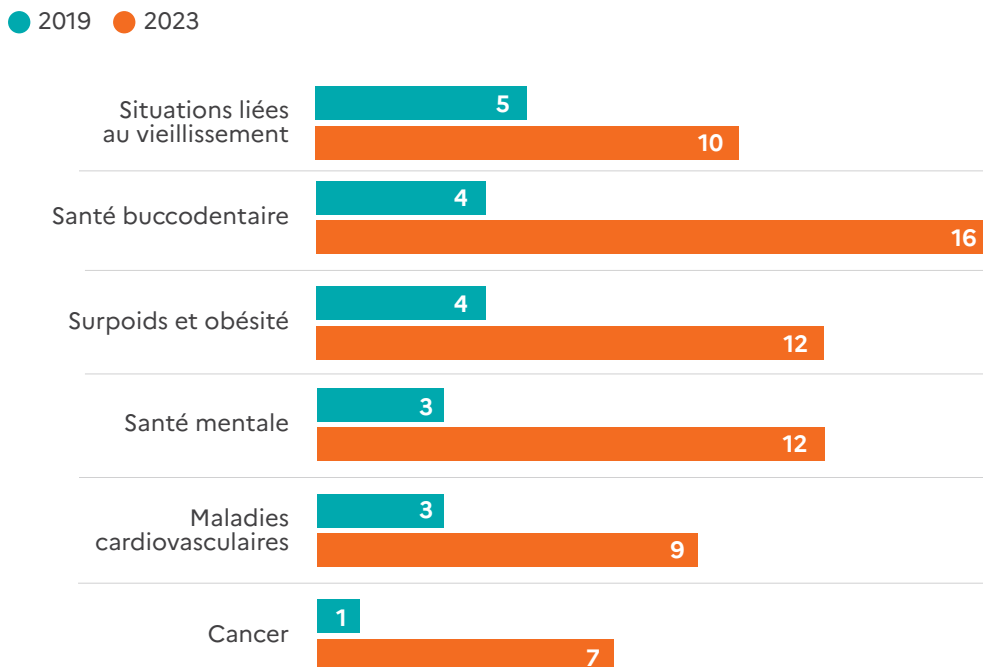


Figure 12 : Évolution du nombre des expérimentations des six premières prises en charge depuis 2019.

PANORAMA DES EXPÉRIMENTATIONS SUR LA SANTÉ MENTALE

SANTÉ MENTALE : 10 EXPÉRIMENTATIONS EN COURS DE MISE EN ŒUVRE
PLUS DE 33 MILLIONS ENGAGÉS

Autour du médecin traitant généraliste

DSPP Adultes 31/03/2026

Dispositif apprenant basé sur des pratiques collaboratives permettant aux médecins traitants une évaluation psychiatrique rapide par l'équipe du dispositif pour des patients âgés de 15 ans et plus
Budget : 4,3 M€

SP-Adress 22/01/2025

Parcours de soins pour le patient présentant une dépression caractérisée, coordonné par le médecin traitant en collaboration avec le psychiatre
Budget : 219 K€

DSPP Enfants 12/07/2027

Dispositif apprenant basé sur des pratiques collaboratives permettant aux médecins et pédiatres une évaluation psychiatrique rapide par l'équipe du dispositif pour des patients âgés de 6 à 18 ans
Budget : 1 M€

MBCT 24/04/2026

Programme de prévention des rechutes dépressives en ville, pour les patients ayant connu au moins 3 épisodes, intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience
Budget : 256 K€

SESAME Fin 2026/courant 2027

Modèle des soins collaboratifs en médecine générale, avec une prise en charge rapide, adaptée et globale des troubles mentaux les plus fréquents pour les adultes sans suivi en psychiatrie.
Budget : 3,2 M€

Microstructures post Covid 31/01/2024

Renforcement des microstructures médicales pour des prises en charge pluriprofessionnelle de proximité avec l'appui d'un psychiatre et des équipes du secteur de la santé mentale
Budget : 1,73 M€

Retour coordonné en milieu ordinaire

Passport Bipolaire 20/09/2024

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
Budget : 5 M€

SIIS 17/03/2025


Accompagnement global (médical, psychologique et social) et suivi intensif en milieu ordinaire par des équipes mobiles pour l'inclusion sociale de patients atteints de troubles psychiques invalidants
Budget : 6,46 M€

DIPPE 15/05/2028

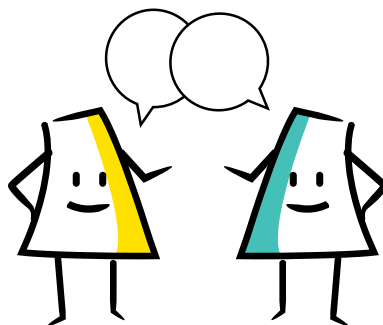
Dispositif de détection et d'intervention précoces en santé mentale et parcours de prise en charge en milieu de vie
Budget : 7,34 M€

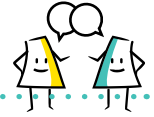
HOME 26/01/2026

Suivi intensif en milieu ordinaire par une équipe mobile, associé à un accès facilité à un logement indépendant pour des patients psychiatriques sévères
Budget : 3,87 M€

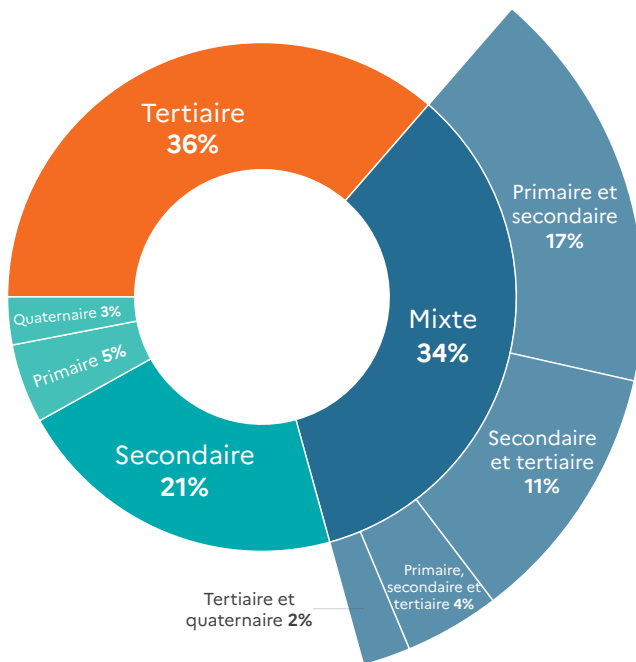
 Nouvelles XP qui ont commencé à inclure en 2023
FIN XP

 Pour en savoir plus :
voir Les annexes - Focus Santé mentale





68 % des expérimentations autorisées intègrent une approche de prévention



La prévention tertiaire, qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, reste prépondérante à hauteur de 36 % des expérimentations autorisées intégrant une approche de prévention.

La prévention primaire et la prévention quaternaire correspondent à l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Elles restent minoritaires à hauteur respectivement de 5 % et 3 %.

Figure 13 : Part de chaque type de prévention dans les expérimentations ayant été autorisées et intégrant une démarche de prévention.

DES MODÈLES ÉCONOMIQUES MAJORITAIREMENT FORFAITAIRES

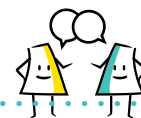
Modèles de Financement	2019	2023
Forfait	56 %	60 %
Païement horaire	2 %	8 %
Païement à l'acte	9 %	4 %
Païement au suivi	12 %	6 %
Dotation	0 %	3 %
Part variable	7 %	4 %
Mixte	14 %	15 %

Figure 14 : Part de chaque modèle de financement pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.

Les tendances initialement observées depuis la mise en place du dispositif se confirment avec une majorité des modèles de financement forfaitaires. On constate par ailleurs une légère progression des modèles économiques basés sur la dotation. À l'inverse, la part des modalités de paiement au suivi ou les modèles qui intègrent une part variable sont en recul.

À noter que la progression du paiement horaire résulte du nombre important de déclinaisons du modèle « Urgences Dentaires » (expérimenté dans dix régions).

 **Pour en savoir plus sur les modèles de financement voir Les annexes 6**



UN ENGAGEMENT FINANCIER CROISSANT

DES DÉPENSES ATTENDUES PROCHES DE L'AUTORISATION BUDGÉTAIRE EN 2023

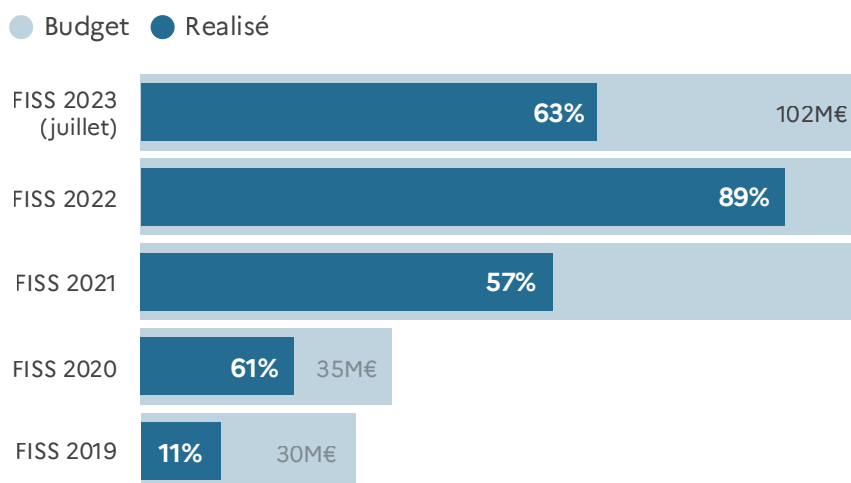


Figure 15 : Montant du FISS engagé et part du FISS exécuté par année.

On constate une accélération de la consommation du FISS en 2023, avec un taux de consommation qui atteint 63 % au 31 juillet 2023 (contre 41 % à la même période en 2022). En 5 ans, la progression du nombre d'expérimentations déployées se traduit naturellement dans l'évolution du budget annuel.

La conjonction de plusieurs événements et facteurs impactant le portefeuille d'expérimentations autorisées a également des traductions budgétaires.

Tout d'abord, les expérimentateurs ont été fortement impactés par la crise COVID et ont entamé un rattrapage dynamique dès 2022.

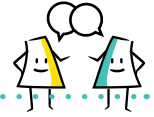
Cette montée en charge décalée s'est accompagnée d'une croissance du nombre de projets autorisés, avec un « palier » de projets en cours de déploiement atteints en 2023 et qui ne devrait pas être dépassé, dans la mesure où une vingtaine de projets se terminent en 2023/début 2024, et que le nombre de fin d'expérimentations est encore plus conséquent en 2024/2025 (voir chapitre 3).

La stabilisation du nombre d'expérimentations en cours de déploiement traduit l'arrivée du dispositif à maturité et l'atteinte d'un palier prochain en ce qui concerne l'exécution du budget voté dans le cadre du PLFSS.

Néanmoins, le budget dépensé en 2023 devrait se situer au-dessus de celui de 2022, avant que le palier ne trouve sa traduction budgétaire.

À partir de fin 2024/début 2025, de nouvelles marges de manœuvre devraient pouvoir à nouveau se dégager, que ce soit d'un point de vue budgétaire ou de la capacité du dispositif 51 à renouveler le portefeuille.

Le FIR poursuit également une dynamique d'augmentation des engagements, désormais de l'ordre de 5 à 6 M€ par an, illustrant l'engagement constant des régions dans l'accompagnement et le soutien des expérimentations 51. Pour mémoire, le FIR est mobilisé pour financer les crédits d'amorçage et d'ingénierie des expérimentations de portée régionale. Le niveau total d'engagement du FIR est désormais de 23 M€.



Cette nouvelle phase du déploiement du dispositif s'illustre notamment au travers de l'évolution de la répartition et de la dynamique des montants engagés au titre des différentes composantes.

La forte progression des dépenses liées à l'évaluation témoigne de la progression du dispositif et du nombre important d'expérimentations aujourd'hui engagées dans cette phase de déploiement (voir chapitre 3).

UNE DYNAMIQUE PORTÉE PAR LES RÉMUNÉRATIONS DÉROGATOIRES

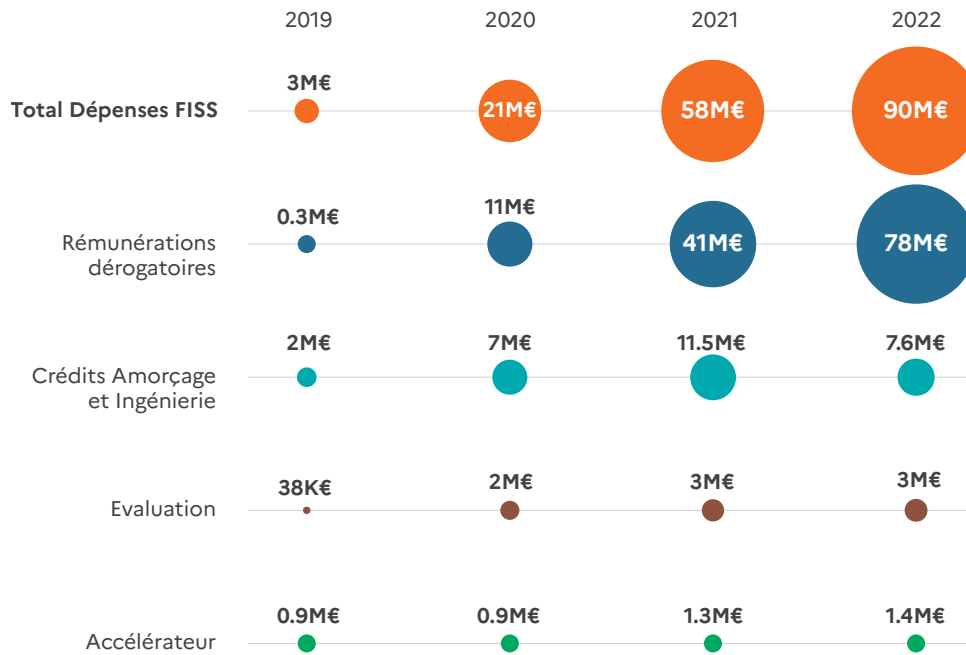
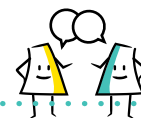


Figure 16 : Évolution de chaque poste de dépenses exécutées par année sur le FISS.



DES RÉVISIONS DES CAHIERS DES CHARGES TENANT COMPTE DU RETOUR D'EXPÉRIENCE

Avec 127 expérimentations en cours de mise en œuvre et plus de 100 expérimentations comptabilisant plus d'un an de retour d'expérience, le nombre de cahiers des charges modifiés augmente pour tenir compte des premiers enseignements et adapter les modèles expérimentés.

Certaines expérimentations ont ainsi déjà été modifiées plusieurs fois – comme celles ayant trait à la prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance ou la prescription de médicaments biosimilaires.

Le bilan à 5 ans est ainsi de 123 révisions de cahier des charges, concernant 70 expérimentations différentes.

Année	Nombre de republications	Republications avec prolongation
2019	6	0
2020	8	0
2021	36	15
2022	42	24
2023 (9 mois)	31	23
Total	123	62

Figure 17 • Nombre de republications par année pour les expérimentations concernées.

Ajustement du modèle économique	31
Modification organisationnelle	21
Évaluation	22
Montée en charge	17
Impact du droit commun	9
Appel à projet	19
Arrêt anticipé	4

Figure 18 • Nombre de republications concernées pour chaque motif de republication identifié.

Les deux motifs les plus fréquents de republication sont des adaptations pour ajuster le **modèle économique** (par exemple pour compléter un modèle par rémunération forfaitaire d'une dotation pour couvrir les frais d'une structure, ou pour ajouter des indicateurs au calcul d'une part variable) **ou organisationnel** (élargissement du territoire, changement de porteurs...).

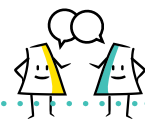
À la suite des résultats intermédiaires d'évaluation, le cahier des charges de l'expérimentation OSyS a été révisé en juin 2023. Cette adaptation a permis de recentrer les situations de triage sur les 6 plus fréquentes, de prendre en compte l'avis de la HAS sur l'application des protocoles de coopération Odynophagie et Pollakiurie, d'adapter les objectifs mensuels des pharmacies au nombre moyen de triages observés sur les quinze premiers mois de l'expérimentation et de simplifier le modèle économique. Le budget a été revu en conséquence.



L'impact de la modification du cahier des charges sur le FISS engagé dans une expérimentation se fait dans plus d'un quart des cas à la baisse, par exemple en cas de révision de l'effectif cible de l'expérimentation.



Dans plus de la moitié des cas, une republication prolonge l'expérimentation, la moyenne est alors de 8 mois.



Le processus d'évaluation représente le troisième motif en cumulé mais la première cause de modification de cahiers des charges pour l'année 2023 (un tiers). En effet, depuis l'autorisation Cnil délivrée en juin 2022, la nécessité de formation des évaluateurs et porteurs pour

la mise à disposition des données a entraîné le décalage d'un grand nombre de travaux évaluatifs et l'impossibilité pour certaines expérimentations se terminant en 2023 de pouvoir livrer le rapport en amont de la date de fin prévue (voir chapitre 4).



À noter que le retard dans la production des rapports finaux n'est pas toujours en cause : dans le cas d'Équip'Addict, c'est la volonté d'aligner les calendriers des différentes expérimentations – entre elles mais aussi avec l'expérimentation Microstructures Post-Covid – qui motive les modifications de cahier des charges, et ce dans le but de disposer au même moment des enseignements permettant d'identifier des vecteurs de passage dans le droit commun de l'ensemble des microstructures.

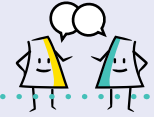
Comme illustré dans les précédents rapports, **les difficultés liées à la montée en charge des projets peuvent aussi causer une republication** en lien avec la pandémie de covid-19 ou des problèmes techniques entraînant un retard dans le démarrage du projet (pour les Centres de santé sexuelle d'approche communautaire, une difficulté pour trouver des locaux par exemple).

Un autre motif est l'actualisation du cahier des charges pour une prise en compte d'un droit commun qui évolue et pour lequel il peut être nécessaire par exemple de rendre cohérent le calendrier de fin d'expérimentation. C'est le cas par exemple pour les deux expérimentations de prise en charge du diabète par télé-surveillance, en conséquence de l'évolution de législation sur la télésurveillance.

La décision de prolongation de l'expérimentation DRAD jusqu'à fin 2023 a été prise pour sécuriser la transition de ces dispositifs expérimentaux dans le droit commun à partir du 1^{er} janvier 2024. En effet, la LFSS 2022 a permis la création des centres de ressources territoriale (CRT) s'inspirant, pour une partie de ses missions, de l'expérimentation en cours. L'enjeu était avant tout de ne pas rompre la continuité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui bénéficient déjà de ce service.

Pour finir, dans le cas d'une expérimentation qui se déploie par le biais d'un appel à projets, un premier arrêté est publié avec le cadre générique d'expérimentation, puis a minima un se-

cond est nécessaire pour préciser les candidats retenus et les terrains d'expérimentations.



EN SYNTHÈSE

En 5 ans, 144 expérimentations ont été autorisées sur le territoire métropolitain et les départements et régions d’Outre-Mer.

Les expérimentations couvrent des situations et pathologies très variées. Elles s’inscrivent dans les priorités nationales pour répondre aux différents besoins des populations : enfance, précarité, personnes en situation de handicap, maladies chroniques, obésité, situations peu prises en compte par le système de santé etc.

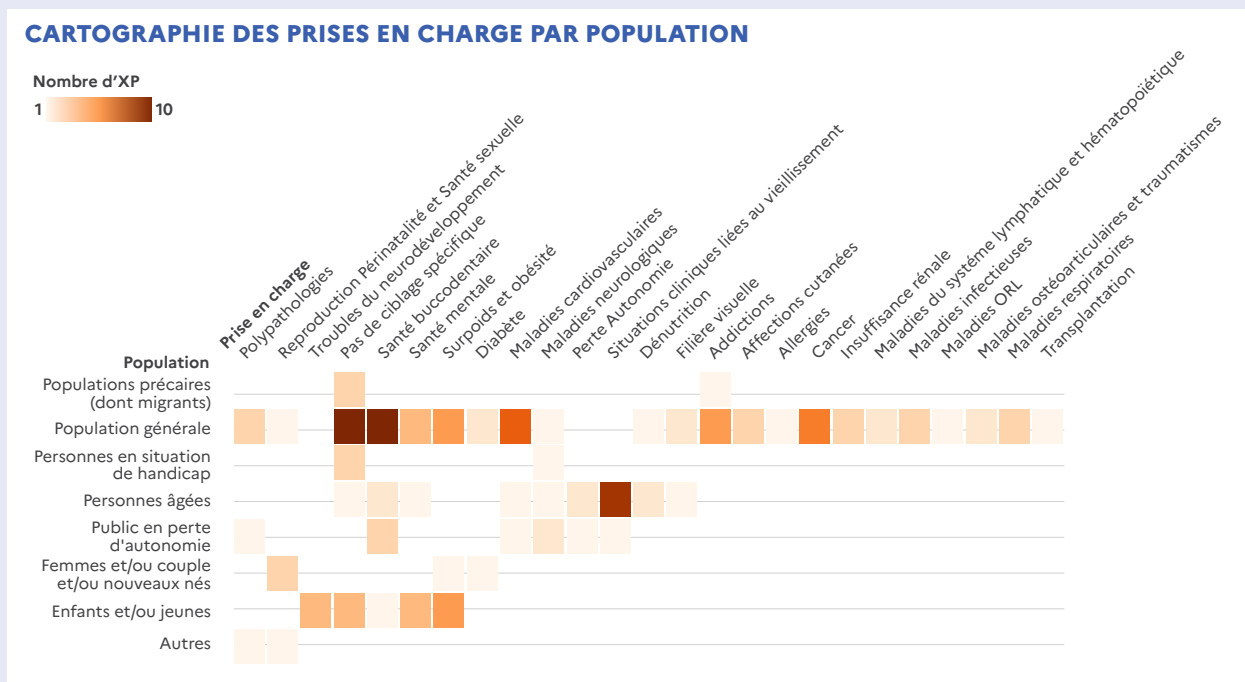


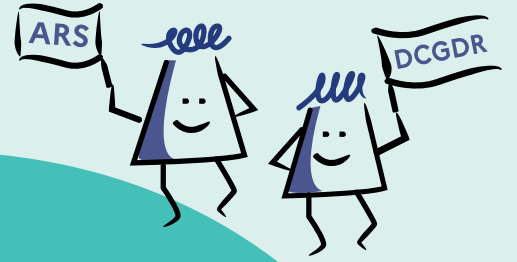
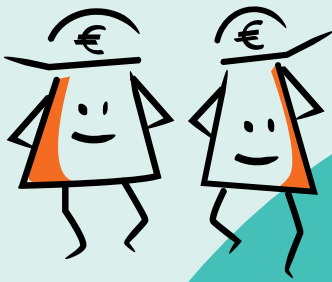
Figure 19 : Heatmap des répartitions des 144 XP ayant fait l’objet d’une autorisation, par type de prise en charge et public ciblé.

Le portefeuille des expérimentations tend à se stabiliser avec un ralentissement concomitant du nombre de nouveaux projets et un accroissement du nombre d’expérimentations qui se terminent.

La dynamique d’inclusion des expérimentations a atteint son rythme de croisière avec une moyenne de 7 024 nouveaux patients inclus par mois.

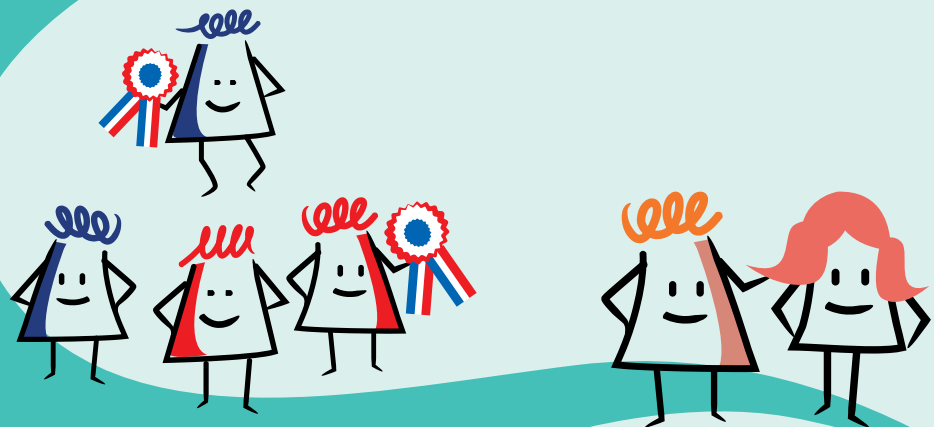
Les professionnels de ville sont à l’initiative de la majorité des innovations organisationnelles visant à organiser et structurer une réponse aux populations fragiles ou éloignées du système de santé.

Les premiers retours qualitatifs exprimés par les patients montrent que les innovations organisationnelles proposées permettent d’apporter des réponses de proximité, des réponses structurées à des besoins spécifiques avec des approches plus centrées sur les besoins, un accès à des prestations jusqu’alors non accessibles ou peu organisées, des approches qui permettent de responsabiliser le patient et le rendre plus autonome.



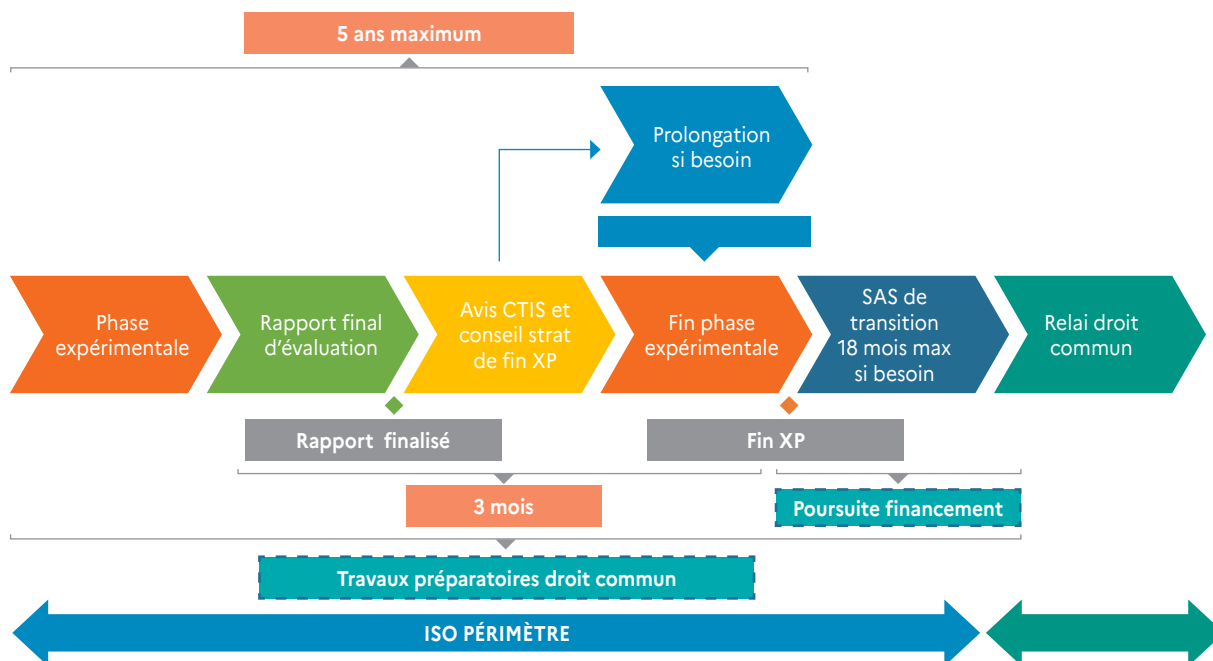
3

LE DÉCRYPTAGE DES FINS D'EXPÉRIMENTATION





LES ÉTAPES DE LA SORTIE EXPÉRIMENTALE



UN NOUVEL ATELIER D'ACCOMPAGNEMENT

La vie d'une expérimentation Article 51 est ponctuée par différents types d'ateliers, qui sont des temps d'intelligence collective au service des porteurs et expérimentateurs :

- Lors de son instruction, pour construire le cahier des charges (balise parcours patient, construction du modèle économique), au moment de son autorisation, pour accompagner la mise en œuvre et la première inclusion du patient (conventionnement, mise en place du circuit de facturation, pilotage de l'expérimentation, communication ...);
- Le cas échéant à mi-parcours de son déploiement avec un atelier « d'accompagnement renforcé » pour répondre aux difficultés et blocages rencontrés lors du déploiement et questionner les évolutions du cadre expérimental afin de les dépasser.

Depuis février 2023, un nouveau rendez-vous (atelier de fin d'expérimentation) a été systématiquement proposé aux porteurs, lorsque leur expérimentation arrivait prochainement à échéance, visant à la préparation de la sortie du cadre expérimental. En effet, si l'opportunité d'une généralisation est incertaine, appréciée par le Comité technique et Conseil stratégique à partir du rapport final d'évaluation, la date de fin du cadre expérimental est, elle, connue et certaines actions peuvent être anticipées.

Ainsi, les différents scénarii doivent être appréhendés par les parties prenantes. Il s'agit d'un moment particulier pour les porteurs car ils se projettent dans la fin de l'aventure qu'ils ont conçue et conduite, et ce, dans un moment d'incertitude. L'atelier s'attache à s'adapter aux spécificités de chaque expérimentation.



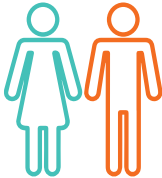
QUAND ?



Entre 6 à 9 mois avant la fin de l'XP. Il intervient souvent entre la présentation des enseignements intermédiaires et le rapport final d'évaluation

21
ateliers réalisés

QUI ?




Il réunit porteurs et expérimentateurs, référents ARS/DCGDR, directions métiers du ministère et de la CNAM pour partager sur les enseignements de l'expérimentation et préparer la sortie du cadre expérimental

20
ateliers à venir d'ici janvier 2024

COMMENT ?



- Une journée en présentiel
- Un déjeuner convivial
- Une facilitation pour accompagner les porteurs dans leur cheminement

 Une réflexion en deux grands temps traitant pour chacun l'impact et les actions à mener relatives au maintien de la continuité des prises en charge pour les patients inclus, du devenir des ressources humaines et techniques affectées au projet ainsi que de la communication auprès du territoire et de l'ensemble des acteurs ayant pris part au projet.

Les échanges permettent de recueillir la vision du porteur riche de son expérience de terrain et des enseignements qu'il a tirés. Il lui est possible à ce stade de proposer des évolutions qu'il juge nécessaires du cadre testé et de prendre en compte les transformations du système qui ont pu survenir pendant les mois ou années d'expérimentation.

- **Une projection dans le scénario d'arrêt de l'expérimentation** sans entrée dans le droit commun, notamment pour identifier les éléments du parcours qui pourraient être gardés à droit constant ;
- **Ensuite une projection dans le scénario « transposition dans le droit commun de tout ou partie du cadre expérimental testé ».**

Trois grandes dimensions structurent la réflexion : la continuité des prises en charge pour les patients inclus, le rôle de porteur et le devenir des ressources humaines et techniques affectées au projet ainsi que la communication auprès du territoire et de l'ensemble des acteurs ayant pris part au projet.



« Fin d'une certaine aventure, cette journée est l'image de l'expérimentation : retour terrain, sincérité des échanges très appréciable ! » Porteur d'une expérimentation

« Très constructif de conduire la réflexion ensemble et apprendre les uns des autres. » Porteur d'une expérimentation

« Merci, on apprend et découvre pleins de choses ! Domaine complexe, vous nous avez donné goût à creuser un peu plus ce dispositif et de manière générale l'aide à domicile. » Direction administration centrale



L'accélérateur 5I : Une offre de service adaptée et évolutive



132

Ateliers CDC



100

Ateliers Mise en œuvre



22

Ateliers Appui au déploiement



21

Ateliers Fin XP



11

Ateliers Capitalisation

ATELIERS RÉALISÉS AVEC LES PORTEURS DE PROJET AU 30 AOÛT 2023





UNE PRÉPARATION POUR DES IDÉES CLAIRES ET UNE BONNE ÉCOUTE

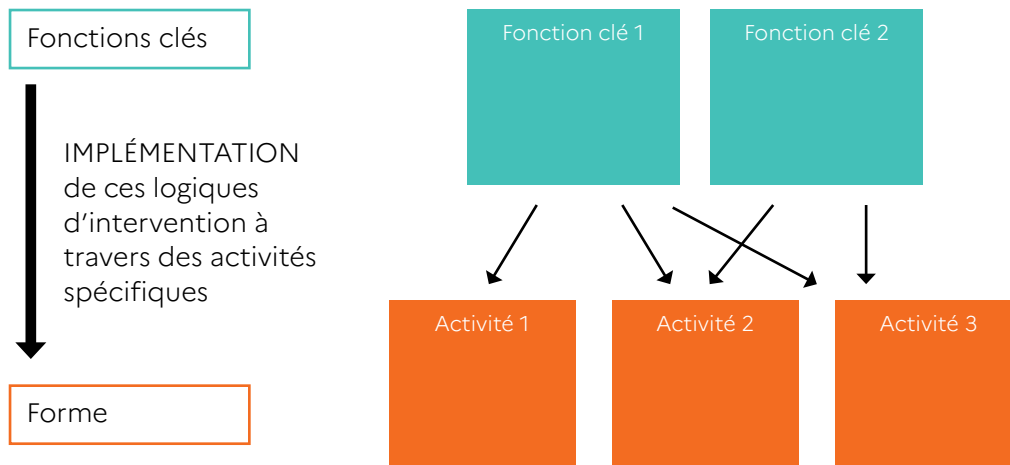
Une méthode utilisée par l'ARS Occitanie : la méthode FIC

Pour préparer l'atelier de fin d'expérimentation, l'ARS Occitanie propose de s'appuyer sur la méthode FIC (pour fonction-clé/Implémentation/Contexte), utilisée dans la recherche en santé publique, dans de précédentes fonctions d'un de ses agents.

L'objectif est de permettre aux acteurs d'identifier les facteurs à prendre en compte dans le cadre du transfert de leur expérimentation à d'autres contextes : les briques à généraliser et leurs modalités de déploiement.

Cela passe par la description du modèle selon deux catégories :

- Les fonctions clés (ou socles) sont l'ossature invariable de l'expérimentation, quel que soit le contexte d'implémentation : parcours, public cible, coordination, système d'information, contrôle qualité ;
- Les fonctions formes (ou part variable) sont les activités qui peuvent varier en fonction des spécificités territoriales : type de structure porteuse, professionnels réalisant l'intervention, modalités d'intervention.



« Leur dire que c'est un temps pour eux, de prise de recul, qui leur permet de repartir avec un plan d'actions, un temps pour écouter leur vision. »

Référent de l'équipe nationale projet

« En amont, préparer les 2 scénarii pour aider le porteur à se positionner comme critique et participant au modèle de passage dans le droit commun. »

Référent de l'ARS Grand Est



LES SUITES POSSIBLES DES EXPÉRIMENTATIONS

Innover, c'est souvent aller à l'encontre de ce qui est communément admis et prendre le risque d'échouer, d'échouer encore avant de réussir.

Arrivant au terme de la phase expérimentale, une expérimentation fait l'objet d'un avis du comité technique de l'innovation et du conseil stratégique de l'innovation en santé. L'évaluation va permettre de déterminer la voie sur laquelle l'expérimentation va pouvoir s'engager :

- Si l'expérimentation présente des résultats prometteurs mais insuffisants, elle pourra être prolongée, étendue à des nouveaux territoires ou encore entrer dans une nouvelle phase expérimentale.
- Si en revanche, elle ne démontre pas sa capacité à améliorer ou modifier les organisations, alors l'expérimentation est arrêtée. S'engage alors un processus pour capitaliser sur ses enseignements, comprendre les freins à la mise en œuvre, et exploiter les données récoltées (on peut apprendre tout autant d'une XP qui n'a pas fonctionné).

- Enfin, si les résultats de l'expérimentation sont probants, alors peut s'engager une démarche de transposition dans le droit commun.

Organiser la sortie d'un cadre expérimental impose par ailleurs que l'on dispose du temps nécessaire pour identifier tous les vecteurs de généralisation, accompagner le porteur dans cette démarche vers le droit commun mais surtout que l'on dispose des outils et des systèmes d'information indispensables à cette fin. C'est pourquoi une phase transitoire peut s'avérer nécessaire. C'est dans ce but que la LFSS 2022 a prévu une période de transition qui permet de maintenir la dynamique d'une expérimentation jusqu'au relais dans le droit commun. Il s'agit d'une étape complémentaire de 18 mois au plus et durant laquelle l'expérimentation va pouvoir perdurer sous le même format et laisser le temps nécessaire à préparer le passage dans le droit commun.

Expérimentations terminées (30 septembre 2023)

Au 30 septembre 2023, 14 expérimentations sont terminées : six avant l'échéance prévue d'un commun accord avec les porteurs et huit au terme de la durée par leur arrêté d'autorisation. Pour deux d'entre elles (Prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance et CSSAC), la mise en œuvre se poursuit actuellement dans les conditions de l'expérimentation de manière à ne pas rompre la dynamique des expérimentateurs dans l'attente du relais pris par le droit commun.

Il s'agit de la première mobilisation de la période transitoire post-expérimentation prévue par la LFSS 2022. Les arrêtés sont pris selon les mêmes modalités que les arrêtés d'autorisation selon un format simplifié (voir encadré prise en charge du diabète gestationnel par télésurveil-

lance) à la suite d'un avis favorable du comité technique de l'innovation et du conseil stratégique de l'innovation en santé. Les durées sont adaptées en fonction du temps nécessaire à leur poursuite dans le droit commun. S'agissant de la télésurveillance, le cadre de droit commun a été créé par la LFSS 2022. Pour les CSSAC, il reste à créer, ce qui explique la durée prévue par l'arrêté.



LA SORTIE DU CADRE EXPÉRIMENTAL

Depist C pharma : Simplification du parcours de soins hépatite c dans les populations à risque

Test and Treat : Simplification du parcours de soins hépatite c dans les populations vulnérables

DI@PASON : Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK

CESOA : Centre de soins osteo- articulaires en ambulatoire en Ile de France

GECOPLAIES : Prise en charge de proximité des patients atteints de plaies chroniques ou complexes en Océan Indien

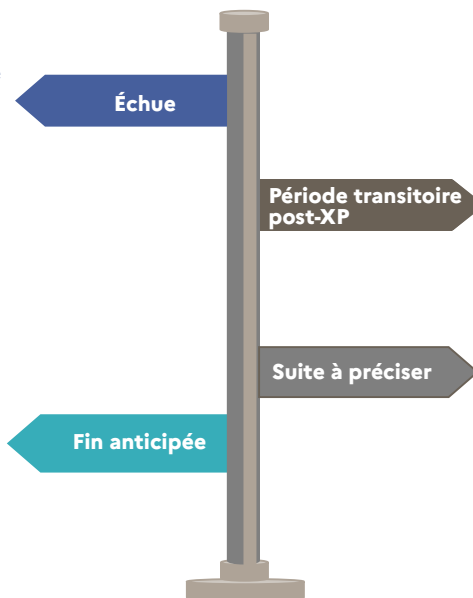
APA : Parcours après cancer Activité physique adaptée connectée

PSYCOG : Intervention de psychologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles cognitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées

Hospi Grand Ouest : Parcours de périnatalité coordonné ville – hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique

FNMF PRE-DIABETE : Mise en place d'un forfait patient pour la prise en charge du diabète

Dépistage précoce et amélioration du suivi de l'IRC : Dépistage précoce et amélioration u suivi de l'insuffisance rénale par les biologistes médicaux en Centre Val de Loire



Prise en charge par la télésurveillance du diabète gestationnel **par télésurveillance CSSAC** : Centres de santé sexuelle d'approche communautaire

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

Dépistage et diagnostic des problèmes de **santé bucco dentaire** par télémédecine personnes âgées à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du Cher en utilisant des outils de télémédecine

* Hors 3 XP préexistantes réintégrées i.e. PAERPA, MRTC et Ecout'Emoi.

Arrêt anticipé

Les arrêts convenus avec les porteurs sont motivés par différents motifs tels que l'absence d'adhésion des acteurs et des partenaires locaux, le manque de disponibilité des acteurs en post crise COVID, ou encore une évolution réglementaire répondant à l'objectif.

La capitalisation pour les expérimentations qui n'ont pu être déployées met en évidence que le déploiement d'une expérimentation sur plusieurs sites et avec des acteurs de différents secteurs du système de santé (sanitaire, médico-social) nécessite d'étayer leurs compétences en matière de collaboration afin de leur

permettre de s'adapter au changement organisationnel sans se sentir fragilisé, d'investir les ressources et les compétences dès l'initiation du projet et non en fonction des disponibilités, de travailler avec un nombre raisonnable de partenaires, et de définir une stratégie de communication et mettre en place des canaux de communication efficaces.

Les premiers enseignements après 5 ans d'accompagnement des porteurs nous permettent d'identifier quelques facteurs clés de succès à une montée en charge au rendez-vous.

LES FACTEURS CLÉS DE RÉUSSITE DES EXPÉRIMENTATIONS

— **L'objectif de l'expérimentation doit être clair.** Il est souvent reproché à l'Article 51 d'avoir des phases d'instruction longues, or le constat que nous pouvons faire et que montrent plusieurs études dans le domaine

de l'innovation est qu'il y a une corrélation positive entre le temps consacré à définir les objectifs et le cahier des charges et la réussite des projets.



- **Le leadership.** Le déploiement d'une expérimentation nécessite un travail collaboratif sans organisation hiérarchique où le pilote ne peut compter que sur son leadership pour atteindre les objectifs. Il s'agit pour le leader de préparer les expérimentateurs à la perte de leurs repères habituels et à la redistribution des rôles entre les acteurs, où « *il ne s'agit plus seulement de bien se connaître à l'avance, de parler le même langage, d'avoir les mêmes réactions... mais d'être capable d'inventer avec d'autres que l'on ne connaît pas, des trajectoires inédites et viables selon des modalités nouvelles* ».
- **L'adhésion des acteurs et des partenaires locaux est incontournable.** L'expérimentation doit non seulement répondre à un besoin de santé pour la population mais également aux préoccupations et aux priorités des acteurs locaux.
- **Une communication efficace.** Expliquer, convaincre, rendre explicite les objectifs de l'expérimentation, créer une relation de confiance ne peuvent se mettre en place qu'au travers d'une stratégie de communication et de canaux de communication efficaces.
- **Démarrer modestement !** En effet, les équipes bénéficient d'une connaissance collective et d'un contexte qui leur est commun ; les personnes impliquées dans une expérimentation multisites en l'absence de rencontre et de contacts réguliers ne peuvent pas développer un travail collaboratif autour de nouveaux objectifs. Ce facteur clé est invariant, que le porteur ait une longue expérience ou ait eu une phase pilote avant de déployer son expérimentation.
- **Les ressources et la disponibilité.** Les ressources, les compétences et les capacités nécessaires doivent être mobilisées dès l'initiation du projet et non en fonction des disponibilités de chacun en particulier s'agissant du pilotage du projet. L'engagement des équipes dans l'expérimentation nécessite de la disponibilité et du temps, ressources rares en cette période de tension démographique.



- **La supervision et le soutien du projet par un responsable du projet et les référents Article 51 de proximité et nationaux.** Le responsable doit endosser le rôle de gestionnaire, d'arbitre et de soutien aux équipes. Les référents régionaux et nationaux doivent être en soutien du responsable et déceler les difficultés et faciliter leur résolution.
- **Une gestion de projet rigoureuse.** Une expérimentation sans un chef de projet expérimenté est vouée à l'échec.
- **Un modèle économique adapté.** L'équilibre du modèle économique défini initialement peut nécessiter des ajustements au cours des expérimentations.
- **La coordination.** La coordination est au cœur des expérimentations, elle est multiple, elle concerne tant la coordination clinique que la coordination administrative. Elle nécessite une collaboration fluide entre les différents acteurs. Le dimensionnement de la coordination est un exercice complexe et délicat.
- **L'accompagnement.** L'accompagnement doit être attentif, réactif et agile. Un équilibre doit être rapidement trouvé pour favoriser la dynamique de déploiement.
- **Un système d'information performant et ergonomique.** Un système d'information anticipé en amont du déploiement, comportant les différentes fonctions nécessaires (suivi du projet, du parcours, de la facturation, des données évaluatives...).



Exemples d'expérimentation arrêtées à terme en 2023

BUCCO-DENTAIRE GHT-CHER : UN AVIS FAVORABLE À LA GÉNÉRALISATION AVEC EFFET DIFFÉRÉ



L'expérimentation Bucco-dentaire GHT-Cher, autorisée en septembre 2019 et déployée jusqu'en juillet 2023, visait le dépistage et le diagnostic des problèmes bucco-dentaires des personnes à mobilité réduite dans tous les établissements sanitaires et médico-sociaux du département du Cher afin d'améliorer le suivi régulier de la santé orale et un repérage des soins prioritaires.

L'évaluation a souligné l'opérationnalité et l'agilité du dispositif. Il permet de répondre aux objectifs initiaux de dresser un état des lieux de la santé buccodentaire des résidents des établissements médico sociaux et l'accès à un dépistage de tous les résidents non autonomes, difficilement transportables. Il a également créé un cercle vertueux au sein des établissements en termes de pratiques d'hygiène buccodentaire sans alourdir la charge d'activité pour les établissements. En revanche, pour répondre aux besoins de la population le dispositif nécessite d'être couplé à une stratégie innovante d'accès

aux soins en établissement pour pallier aux difficultés rencontrées d'accès aux consultations buccodentaires de ville.

Le comité technique et le conseil stratégique ont émis un avis favorable à la généralisation du cadre expérimenté avec effet différé et sous réserve de l'identification de cadres organisationnels efficaces couplant dépistage et intervention buccodentaire auprès des résidents en établissement médico sociaux ([voir avis rendu public sur le site internet](#)). En effet, d'autres expérimentations (Service de soins bucco-dentaires mobile à destination des résidents d'EHPAD dans le Puy de Dôme et Ildys – Services de soins bucco-dentaires mobile en EHPAD, en Bretagne) testent un modèle proche dont les résultats sont attendus pour l'été 2024 : la combinaison, au sein des ESMS, de la réalisation d'un dépistage buccodentaire via la téléexpertise et de la réalisation de séances de prises en charge grâce à un véhicule aménagé pour permettre l'intervention des chirurgiens-dentistes au plus près de leur lieu de vie.

DIAPASON



L'expérimentation Di@pason a été autorisée le 12 octobre 2019 et s'est terminée le 18 mai 2023.

Elle visait à introduire la biologie délocalisée dans le suivi biologique des patients chroniques sous antivitamines K (AVK) à domicile ou en EHPAD en vue de réduire la durée du parcours de soins de 6-12h actuellement à 15 minutes, tout en améliorant la qualité des soins et la sécurité du patient, en gardant l'ensemble des professionnels compétents impliqués auprès du patient.

L'évaluation a mis en lumière les difficultés de déploiement de l'expérimentation dus pour une part à la crise sanitaire et ses impacts sur la prise en charge des patients nécessitant des anti-coagulants (accélération du passage sous

anticoagulants oraux directs des patients notamment en EHPAD) et d'autre part aux conditions de mise en œuvre de l'expérimentation.

Bien que l'expérimentation ait été prolongée et la cible des patients élargie aux patients en centre de dialyse, les inclusions n'ont atteint qu'un peu plus d'un cinquième de l'objectif fixé. En outre, la viabilité économique reste à démontrer avec un questionnement de la forfaitisation de la rémunération par les laboratoires.

Les bénéfices générés par la prise en charge Di@pason se concentrent principalement sur un meilleur confort de soins pour les patients et une plus grande praticité pour les préleveurs, sans pour autant avoir abouti à une adhésion majeure des acteurs et à un niveau notable de contractualisation de protocoles de délégation



entre les professionnels préleveurs et les médecins traitants. Néanmoins, l'apport lié au rendu immédiat du résultat INR est un avantage particulièrement intéressant pour les centres de dialyse mais le forfait n'est pas adapté à leur situation.

Les analyses présentées suggèrent que l'apport majeur de Di@pason repose sur l'immédiateté des résultats obtenus au-delà du concept de la biologie délocalisée, nombre de patients inclus ayant été prélevés au sein des laboratoires hors champ de l'expérimentation. Cette pratique pourrait permettre d'envisager des perspec-

tives dans l'utilisation du labpad en laboratoire, indépendamment de l'évolution de la réglementation sur la biologie délocalisée relevant de la réglementation relative aux examens de biologie médicale (marquage CE, accréditation, etc.) et pose la question du modèle économique adéquat.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique et le comité stratégique ont émis un avis défavorable à la généralisation du parcours Di@pason mais recommandent d'étudier la possibilité d'un forfait spécifique pour les centres de dialyse.

Exemples de période transitoire activée en 2023

PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE GESTATIONNEL PAR TÉLÉSURVEILLANCE

La prise en charge avec télésurveillance du Diabète Gestationnel est expérimentée dans le cadre de l'Article 51 par deux fournisseurs de solution : myDiabby (société MDHC) et Candiss (société E-Medys). L'échéance de ces deux expérimentations est en 2023. L'expérimentation myDiabby est la première terminée et a pris fin au 30 juin 2023.

Or, depuis le 1^{er} juillet 2023, le cadre du droit commun prévoit un forfait de télésurveillance pour l'opérateur de soins d'une part, et un forfait pour le fournisseur de la solution numérique de télésurveillance. Les tarifs de la télésurveillance du diabète gestationnel sont inscrits sur ligne générique pour la prise en charge avec insuline et sous nom de marque pour la prise en charge sans insuline.

Cependant, la Haute Autorité de Santé doit évaluer la solution et l'organisation soutenue par l'outil pour la prise en charge sans insuline, le rapport d'évaluation de l'expérimentation n'ayant pas vocation à se substituer à celui de la Haute Autorité de Santé, celle-ci devant se fonder sur les données apportées par l'exploitant. De plus un arrêté complémentaire fixant le montant des majorations de tarifs opérateurs pour le suivi du diabète gestationnel avec insuline est attendu.

Ainsi, pour assurer la continuité de la prise en charge de l'intégralité du cadre expérimental, une **période transitoire** a été établie pour une durée de 8 mois : délai nécessaire au traitement de la demande de remboursement de la solution de télésurveillance par la HAS. Durant cette période, les conditions de mise œuvre sont identiques à celles de l'expérimentation et sont définies dans le cahier des charges de la période transitoire.



CSSAC

Inscrits dans la feuille de route santé sexuelle 2018-2020, les centres de santé sexuelle d'approche communautaire (CSSAC) développent une approche sur le modèle du Test & Treat anglo-saxon. Le concept a été porté par la DGS et testé via l'Article 51 sur la base d'un appel à manifestation d'intérêt lancé en mai 2018 à la suite duquel quatre centres ont été sélectionnés à Paris, Lyon, Marseille et Montpellier. L'objectif des CSSAC est d'offrir aux populations les plus exposées au VIH et aux autres IST (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes - HSH, personnes en situation de prostitution, usagers de drogues injectables, etc.), sur un même site et dans un temps court, des dépistages du VIH, IST et des hépatites (Test), de traiter les personnes diagnostiquées positives (Treat), de proposer la mise sous prophylaxie préexposition au VIH (PrEP), d'offrir la vaccination (HPA, HPB, HPV, Monkeypox humain-mpox) et des consultations spécialisées autour de la santé sexuelle dans le cadre d'un accompagnement communautaire. Le modèle économique utilise trois forfaits (dépistage, traitements, PrEP) et trois dotations (vaccins, consultations spécialisées et frais de structure) pour un budget de 15,2 M€ sur un peu plus de 2 ans.

Malgré une montée en charge ralentie par le contexte (pandémie COVID, recherche difficile de locaux à Lyon et Paris, difficultés à recruter...), en 2 années, les CSSAC ont trouvé leur place, en atteignant leurs publics cibles grâce à la médiation par les pairs, en proposant une offre non stigmatisante et une organisation simple, lisible, et agile (à l'exemple de la mise en place rapide en 2022 d'une offre de vaccination mpx) qui correspond aux besoins des populations ciblées. L'accessibilité aux soins des usagers et les délais pour la remise des résultats se sont améliorés, ce qui permet de casser la chaîne de contamination.

Les conclusions du rapport final d'évaluation établies par le Service d'évaluation économique en Santé des Hospices Civils de Lyon sont clairement positives. Les instances de l'innovation en santé (Comité technique et Conseil stratégique) ont donc exprimé un avis favorable au passage dans le droit commun. Cette orientation permet de mobiliser le FISS pour une **période transitoire** dès le 1^{er} octobre 2023 afin de maintenir l'expérimentation en conditions opérationnelles après la fin d'expérimentation.

4

UNE ANNÉE CHARNIÈRE POUR L'ÉVALUATION



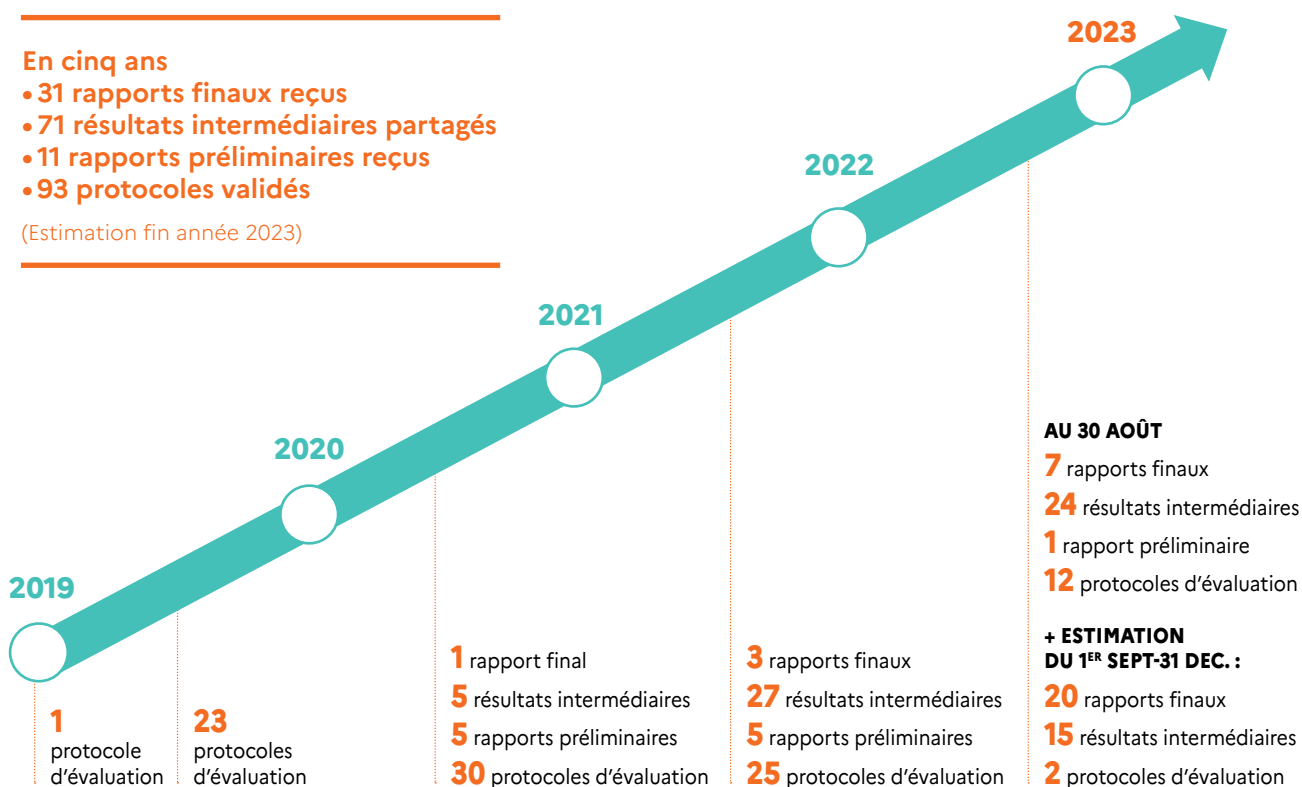


UN CHANTIER D'ENVERGURE INÉDITE

L'évaluation des expérimentations Article 51 est un chantier inédit et probablement sans équivalent en matière d'évaluation des politiques publiques. Inédit par son ampleur avec près de 110 chantiers d'évaluations qui se déroulent concomitamment, mais également

par son approche méthodologique rigoureuse mêlant approches qualitatives et quantitatives pour statuer sur les critères de faisabilité, d'efficacité, d'efficience et de reproductibilité des modèles testés.

En 2023, le chantier d'évaluation s'est accéléré :

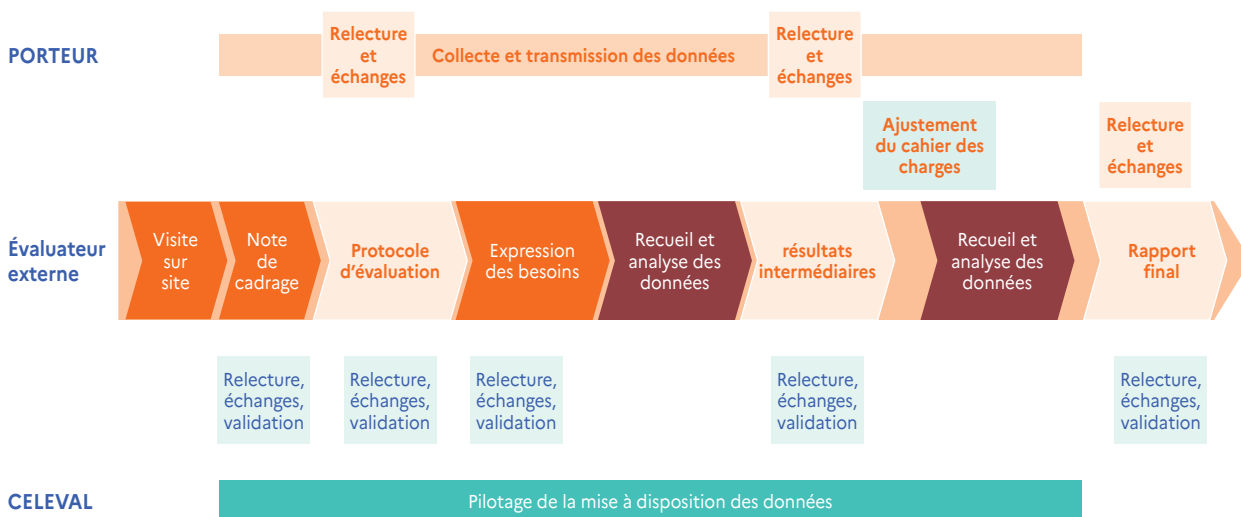


Le processus d'évaluation, piloté par la cellule d'évaluation Cnam/Drees (Ceveal)², comprend une succession d'étapes depuis la visite sur site jusqu'à la présentation du rapport final d'évaluation. Évaluateurs, porteurs de projet et Ceveal collaborent tout au long du processus.

2. Le comité technique de l'innovation en santé a confié l'organisation et le pilotage de l'évaluation des expérimentations Article 51 à une équipe associant la Cnam et la Drees - cf. Rapports au Parlement [de 2021](#) et [de 2022](#).



Un processus d'évaluation impliquant le porteur



UNE PRODUCTION CROISSANTE DE RAPPORTS FINAUX

2023 est la première année où un nombre important d'expérimentations arrivent à terme et elle est marquée par la mise à disposition de 27 rapports finaux.

Le décret en Conseil d'État prévoit que les rapports d'évaluation sont rendus 6 mois après la date de fin des expérimentations, mais des efforts conséquents ont été entrepris afin de faire coïncider au mieux l'avis de généralisation des instances de gouvernance avec la fin des expérimentations.

Ceci vise à éviter toute rupture des dynamiques engagées sur un territoire dans le cas d'un passage dans le droit commun. Ce principe implique une livraison des travaux d'évaluation finaux anticipée par rapport au calendrier fixé par la loi, pour éclairer la décision de généralisation. En parallèle, les équipes du ministère, des ARS et de l'Assurance maladie (la Cnam et son réseau) mobilisent les premiers résultats des travaux d'évaluation, même lorsqu'ils sont encore partiels, pour des réflexions préalables aux travaux de transformation à envisager.



Le rapport final d'évaluation

Le rapport final d'évaluation est réalisé à partir de l'ensemble des données collectées tout au long de l'expérimentation. Il a pour objectif de répondre aux questions évaluatives posées dans le protocole d'évaluation, éventuellement ajustées à partir des premiers enseignements de la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation. En effet, dans la très grande majorité des cas, des enseignements évaluatifs intermédiaires (principalement focalisés sur la faisabilité) auront été partagés à mi-parcours avec le porteur et peuvent conduire à des ajustements de l'expérimentation et/ou du protocole d'évaluation final.

Le rapport final analyse les conditions de généralisation du dispositif (facteurs de succès, de transférabilité, ...) et met au jour différents points d'attention utiles à une éventuelle généralisation.

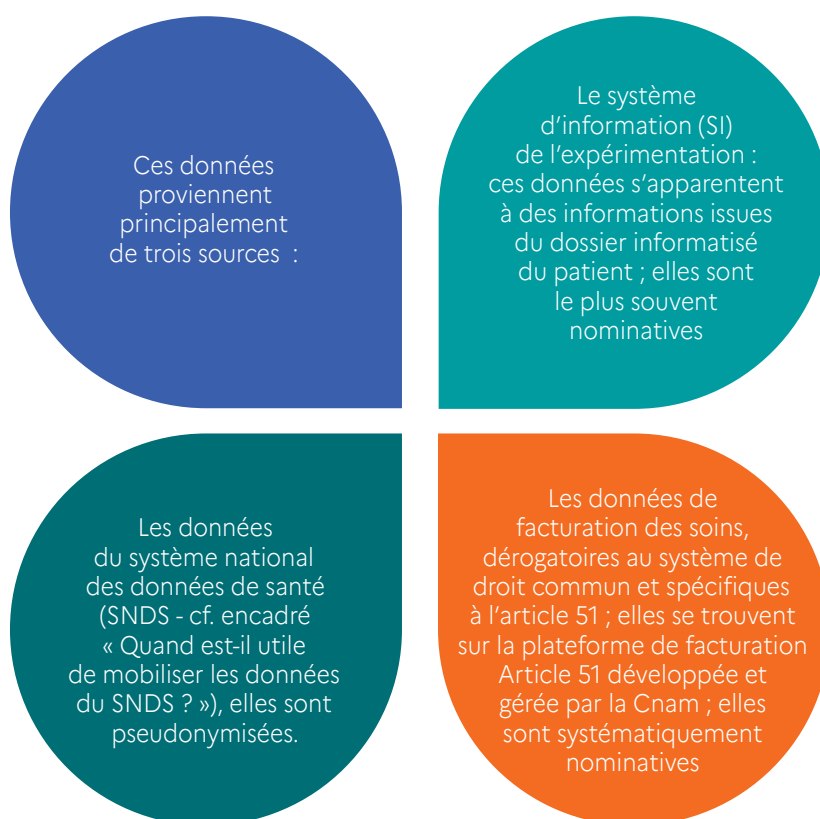
Il resitue l'expérimentation et ses résultats dans un contexte plus large, en prenant en compte les avis des institutions, représentants des professionnels concernés, sociétés savantes le cas échéant, patients... au-delà du périmètre de ceux déjà impliqués dans l'expérimentation, pour mesurer les capacités du dispositif à passer à une autre échelle.

Par ailleurs, si l'évaluation se veut une démarche externe, des moments d'échanges et de concertation avec les porteurs sont organisés systématiquement à différentes étapes de son déroulement (définition de la méthodologie, rapport intermédiaire et rapport final). En-dehors de ces rendez-vous « programmés », de nombreux échanges informels ont lieu entre évaluateurs et expérimentateurs. Enfin, les porteurs peuvent, s'ils le souhaitent, rédiger une note venant éclairer certains points du rapport final ou, éventuellement, exprimer des points de désaccord, qui est jointe au rapport final et transmise aux instances décisionnaires de l'Article 51.



LE DÉFI DE LA MISE À DISPOSITION DES DONNÉES

L'évaluation nécessite le plus souvent d'exploiter des données personnelles des patients : ce sont des données individuelles qui peuvent décrire l'état de santé du patient, sa situation sociodémographique (âge, sexe, bénéfice d'aides sociales...), le parcours de soins effectivement réalisé, la consommation de soins et les dépenses d'assurance maladie associées, etc.



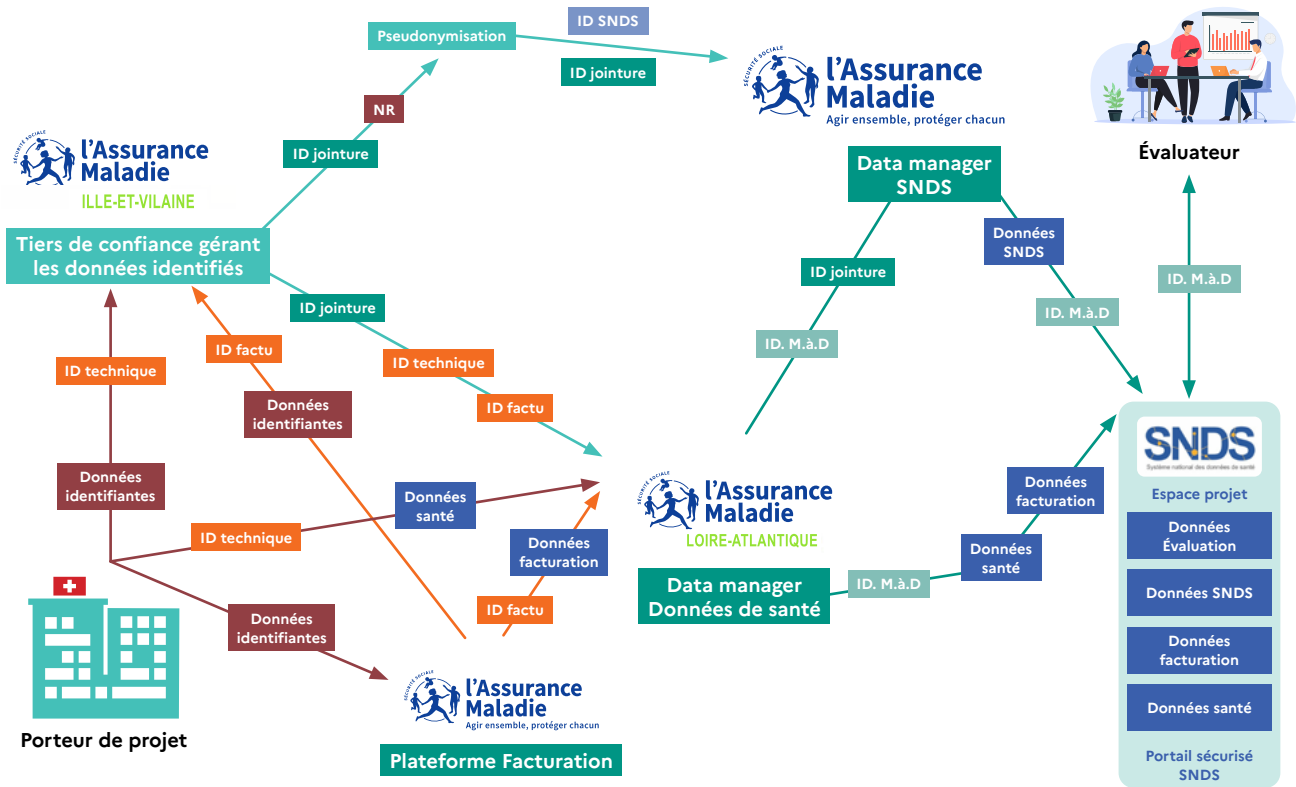
A minima, les évaluations exploitent les données issues du SI porteur et celles de la facturation. En raison de la complexité de son exploitation, le SNDS n'est mobilisé que lorsque sa valeur ajoutée est avérée (cf. encadré « **Quand est-il utile de mobiliser les données du SNDS ?** »).

La mise à disposition des données et leur traitement a fait l'objet d'un travail en étroite collaboration avec la Cnil. L'ensemble du dispositif est aujourd'hui encadré par une Décision

Unique de la Cnil ([Délibération n°2022-072 du 23 juin 2022](#)) autorisant la Caisse nationale de l'assurance maladie et le ministère de la santé et de la prévention (Drees, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) à mettre en œuvre des traitements automatisés à des fins d'évaluation des expérimentations mises en œuvre au titre de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.



Sécurisation du circuit de données pour l'évaluation (flux de données des porteurs aux évaluateurs dans le respect de la Décision Unique de la Cnil) :



Dans ce cadre, la mise à disposition des données aux évaluateurs pour leur exploitation à des fins d'évaluation obéit à **plusieurs règles impératives** :

- Les patients sont préalablement informés de l'utilisation de leurs données à des fins d'évaluation et de la possibilité d'exercer leurs droits d'accès, de rectification de leurs données, ou d'opposition à leur utilisation,
- Avant toute transmission, la liste des données et la nature des traitements est validée par une cellule de conformité pilotée par la Ceval. Un document de conformité signé par les évaluateurs atteste de leur engagement à respecter les modalités décrites par le document et conformes à la Décision unique de la Cnil,
- Les données personnelles ne sont jamais transmises directement par le porteur aux évaluateurs, mais transitent obligatoirement par un tiers de confiance, chargé notamment de leur pseudonymisation et leur sécurisation,
- Les données personnelles ne peuvent être traitées que sur le portail SNDS de la Cnam qui garantit des conditions optimales de sécurité de stockage et d'accès aux données ; les évaluateurs ne peuvent en aucun cas exporter des données personnelles sur leurs propres postes de travail.

L'accès aux données d'évaluation se fait via le portail SNDS qui garantit une authentification forte et un espace sécurisé pour le traitement des données de santé. La contrepartie de cette sécurité consiste en de lourdes formalités pour y accéder.



Depuis maintenant plus d'une année, la Celeva met en œuvre de manière opérationnelle cette mise à disposition qui représente un enjeu essentiel pour les travaux d'évaluation. Ces travaux techniques constituent un chantier considérable, mobilisant la Cnam et les Cnam d'Ille-et-Vilaine et de la Loire Atlantique.

Ce circuit de données inédit et assez lourd a connu une période de rodage, ce qui a parfois pu rallonger les temps de mise à disposition. Les délais ont également été desservis par un effet entonnoir quand de très nombreux projets sont arrivés en même temps dans le circuit de l'évaluation. La multiplicité des projets ne permet pas non plus le développement d'un effet « expertise » des porteurs en termes de transfert de données, cependant de nombreuses pistes d'améliorations ont été identifiées.

Quand est-il utile de mobiliser les données du SNDS ?

Schématiquement, le recours aux données du SNDS répond à deux grands objectifs : d'une part, compléter les données de parcours et de consommations de soins (en mobilisant à la fois des données médicales et de dépenses d'assurance maladie) pour les patients inclus dans l'expérimentation et d'autre part, construire quand c'est possible, des groupes « témoins » qui permettent de comparer l'évolution des patients bénéficiant de l'expérimentation à des patients identiques pris en charge de manière conventionnelle.

Le processus de mise à disposition des données est conçu pour permettre un chaînage avec les données du SNDS et les analyses associées à ces objectifs.

Cependant, le recours au SNDS n'est pas systématique. Il n'est pas utile, voire impossible, dans certaines expérimentations. Un projet peut ne pas nécessiter d'analyses quantitatives approfondies au regard des objectifs évaluatifs établis, les analyses descriptives et analyses économiques se limitant au SI du porteur et à la base de facturation A51 et étant suffisantes pour éclairer le CTIS et le CSIS sur sa pertinence.

Ce recours au SNDS n'est également pas toujours applicable en terme méthodologique. Par exemple, lorsque le nombre de patients inclus est faible - la puissance statistique n'est alors pas suffisante - ou que les données nécessaires à la constitution d'un groupe témoin n'existent pas dans le SNDS.

La question de l'utilisation du SNDS se pose ainsi pour chaque expérimentation et fait l'objet d'un arbitrage entre rigueur méthodologique, charge de travail et utilité de sa mobilisation. Ceci participe à une réflexion plus large dans la recherche d'une sobriété évaluative nécessaire pour faire face à l'ampleur du chantier d'évaluation.



Que peut-on attendre du « SNDS » ?

Le Système National des Données de Santé (SNDS) permet de chaîner notamment :

- Les données de remboursement des soins de ville par l'Assurance maladie (base SNIRAM) ;
- Les données d'activité des hôpitaux (programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI) ;
- La base de données sur les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- Les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) ;

Géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), le SNDS offre une vue d'ensemble des parcours de soins, des traitements et des dépenses à l'échelle nationale. Cette base, unique en Europe, permet d'avoir une vision complète des soins remboursés de l'ensemble de la population française, avec 20 ans de profondeur d'historique.

LE RENOUVELLEMENT DU MARCHÉ DES ÉVALUATEURS

En 2019, afin de mener à bien les évaluations systématiques des expérimentations souhaitées par le législateur, il a été choisi de recruter des équipes d'évaluation selon une procédure de marché public de type « accords-cadres (AC) à bons de commande multi-attributaires ». Ce marché a été notifié en novembre 2019 et se

termine en novembre 2023. Il prévoyait un budget d'un peu plus de 14 M€ TTC.

Cette forme de marché public a été utilisée de manière assez inédite pour des travaux d'évaluation, en raison principalement du nombre d'expérimentations entrant dans le dispositif.



En effet, deux schémas d'organisation ont d'emblée été écartés :

- Les pouvoirs publics réalisant eux-mêmes les évaluations : l'ampleur du travail rendait cela difficile et surtout, ce schéma contrevenait au principe d'une évaluation externe souhaitée par les instances gouvernant l'Article 51 ;
- Le principe d'un appel d'offres pour chaque expérimentation au regard de la masse des expérimentations et de la charge administrative de gestion des marchés des nombreux appels d'offres à générer.

Neuf équipes d'évaluation ont ainsi été retenues : les sociétés Cemka-eval, GOVHE, Accenture-Opusline, Ernst&Young, IQVIA, ACE santé associée à l'IFROSS (université Lyon 3), le service d'évaluation économique en santé au sein du Pôle de santé publique des Hospices civils de Lyon, les sociétés HEVA et STEVE.

Certaines sont spécialisées dans les méthodes qualitatives et quantitatives descriptives (lot 1 de l'accord-cadre) et quelques autres sur les ap-

proches quantitatives (lot 2) mobilisant le système national des données de santé (SNDS). Les chantiers d'évaluation sont attribués à tour de rôle aux évaluateurs en se fondant sur l'ordre d'attribution de la note obtenue par les titulaires lors de leur candidature. En fonction de la nature des travaux et de la spécialisation des équipes, il arrive souvent que deux équipes d'évaluateurs travaillent en complémentarité sur la même expérimentation.



L'autre originalité du marché d'évaluation est liée à son fonctionnement sur la base de bons de commandes. La nature et l'ampleur des travaux d'évaluation étant spécifiques à chacune des expérimentations, la Ceval a développé une série d'unités d'œuvres correspondant chacune à un bon de commande (une grosse

quarantaine) qui constitue une sorte de boîte à outils des techniques et méthodes mobilisées pour réaliser les travaux. Il s'agit par exemple : d'entretiens en présentiel, par téléphone, focus group, enquêtes web ou téléphonique, analyses documentaires, analyses statistiques de différents types.

Le dispositif a ainsi été pensé comme une forme d'industrialisation du processus d'évaluation, tout en gardant la capacité de s'adapter aux spécificités de chaque expérimentation.

LES CARACTÉRISTIQUES DU NOUVEAU MARCHÉ

Le renouvellement du marché est en cours, le nouvel appel d'offre ayant été publié en mai 2023. Ses résultats seront notifiés à la fin du mois de novembre 2023. Le nouveau marché prend en compte le bilan du premier.

Sur le plan fonctionnel

Le modèle de l'accord-cadre s'est avéré être le seul permettant d'éviter de lancer un appel d'offre spécifique par expérimentation.

Cependant, il pose un problème important d'inadéquation entre la durée légale d'un accord-cadre qui est de quatre ans et des expérimentations qui peuvent avoir une durée de 5 ans et qui sont autorisées au fil de l'eau. De fait, sur la durée de l'accord-cadre actuel, moins d'un tiers des expérimentations auront pu voir leurs évaluations menées à leurs termes. Par mesure exceptionnelle, un avenant permet aux évaluateurs de reconduire sur un an leur engagement dans l'évaluation d'une expérimentation, lorsque le rapport final est prévu pour 2024.

Sur le plan financier

Le premier accord-cadre a concerné un montant de 14 280 000 € TTC.

Au 31 décembre 2022, les montants facturés étaient de près de 5 M€ et les dépenses engagées de 9 M€. Les projections de dépenses permettent d'estimer que le montant dépensé sur l'évaluation à la fin du marché sera aux alentours de 13M€. L'impact de la prolongation d'un an de certaines évaluations devraient conduire à une dépense de 14,1 M€.

Si le budget prévisionnel et indicatif est respecté, il a permis de financer en fait moins d'évaluations que prévues. En effet, lorsque le marché initial a été défini, ni la nature ni le nombre d'expérimentations qui allaient entrer dans le dispositif n'étaient connus. Le prix d'une évaluation varie souvent avec la taille des expérimentations. L'Article 51 a eu tendance à intégrer ces deux dernières années des expérimentations mobilisant un nombre plus important de sites expérimentateurs, impliquant un coût croissant des travaux nécessaires. Le prochain marché tient compte de cette évolution.



L'ÉVALUATION RENFORCÉE PAR DES ANALYSES TRANSVERSALES

Analyses croisées : des méthodes en réflexion pour une plus grande valeur ajoutée de l'évaluation, au service de la décision

L'ampleur du portefeuille actuel des expérimentations Article 51 créé une opportunité d'observer, en vie réelle, des expérimentations sur une même thématique de santé ou mobilisant des composantes organisationnelles identiques sur des pathologies différentes.

Sur une problématique de santé, il est ainsi possible de disposer d'une diversité d'expérimentations mises en œuvre (télésurveillance, obésité, santé mentale, iatrogénie, santé bucco-dentaire, thérapies orales anticancéreuses...) qui portent comme promesse de dessiner une réponse commune émanant des enseignements de chaque expérimentation ou de proposer un éventail de solutions graduées dans leur généralisation.

Au fil du temps et avec l'augmentation du nombre d'expérimentations, des « grappes » de dispositifs innovants se distinguent et nécessitent des approches d'évaluation ou de capitalisation transversales. Cependant, les autorisations des expérimentations étant accordées au fil de l'eau, avec des calendriers de déploiement différents, il n'est pas toujours possible de réaliser ces évaluations transversales.

Mais pour certaines grappes des démarches pragmatiques ont déjà été mises en place pour ces analyses transversales. Elles sont construites en fonction des contraintes temporelles, organisationnelles (évaluateur externe identique ou non, ressource disponible) et des enjeux que la thématique représente.

Ces approches transverses apportent une dimension supplémentaire au travail indispensable d'évaluation expérimentation par expérimentation.



Par exemple, parmi les expérimentations « Article 51 » plusieurs intègrent la télésurveillance (TLS) comme un élément du parcours de soins proposé, et ce dans des domaines variés : diabète gestationnel, santé mentale, insuffisance cardiaque, santé bucco-dentaire des résidents en EHPAD, prévention de la dégradation de la santé des personnes âgées à domicile... Pour mener une réflexion transversale sur cette thématique commune à de multiples expérimentations, au-delà de l'évaluation spécifique de chacune d'entre elles, un groupe de travail a été constitué en juin 2021, réunissant des experts du ministère de la santé et de l'Assurance maladie et des chercheurs de différentes disciplines (sociologie, gestion et organisation, économie), avec le soutien de la chaire santé de Sciences Po. Celui-ci a terminé ses travaux à l'été 2023. (voir la [note prospectives](#) et [ses annexes](#))



Cas d'expérimentations aux thématiques et calendriers proches, avec des évaluateurs identiques

Trois projets sur la prévention de la iatrogénie chez le sujet âgé par une prise en charge alliant ville et hôpital (Octave, Medisis, et Iatroprev) ont été instruits dans une période restreinte et ont bénéficié d'une attribution à un même évaluateur. Ceci a permis d'emblée d'identifier, au-delà des protocoles différenciés pour chaque expérimentation, des questions évaluatives partagées (ex : modalités d'engagement des professionnels de ville, adéquation

des montants des forfaits, opérationnalité des outils de coordination,...) et des indicateurs communs (nombre d'interactions médicamenteuses repérées...).

Il en est de même pour l'évaluation des deux expérimentations Oncolink et Ako@dom-Picto portant sur la coordination ville hôpital des patients traités par thérapies orales anti-cancéreuses.



« Il faut bien garder à l'esprit que ces expérimentations restent spécifiques et différentes en termes d'objectifs, de critères d'inclusion, de durées d'agrément, de nombre de patients cibles, de professionnels impliqués.

Il s'agit plus de mettre en perspective les trois projets les uns par rapport aux autres que d'assurer une comparaison directe des contenus et résultats obtenus. » Évaluatrice

Et dans le cas de trois projets sur la santé mentale (HOME, DIPPE et SIIS) d'accompagnement global (médical, psychologique et social) intensif en milieu ordinaire, par des équipes mobiles pour des patients souffrant de maladies psy-

chiatriques sévères, il a été jugé pertinent avec l'évaluateur d'établir un seul et même protocole, même si les évaluations analyseront spécifiquement chaque projet.



« Il y a une plus-value réelle de concentrer des évaluations en grappe sur une même équipe, même si cela est complexe dans la mise en œuvre. L'appropriation du sujet est certes initialement plus longue, mais cela permet des économies d'échelle à terme (note de cadrage, production d'indicateurs, rapports, entretiens menés avec les parties prenantes concernées : sociétés savantes, URPS, ...)

Les expérimentations 51 étudiées sont suffisamment différentes pour dessiner un parcours global pour les patients, pour esquisser une vision longitudinale de ce que pourrait être le parcours de santé au sein du parcours de vie du patient, en combinant différentes organisations avec des prises en charge à des temps différents. » Les évaluateurs pour HOME, SIIS et DIPPE



Cas d'expérimentations aux thématiques et calendriers proches, avec des évaluateurs différents

Les modalités d'attribution des projets aux évaluateurs sont contraintes par les règles des marchés publics qui ne permettent pas d'attribuer de manière systématique les projets ayant des thématiques proches à un même évaluateur.

C'est par exemple le cas de cinq expérimentations sur la thématique des soins bucco-dentaires en EHPAD-ESMS : UFSBD (Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en EHPAD), GHT-Cher (Dépistage et diagnostic des problèmes de santé bucco), Ildys, SBDM et CBDM.

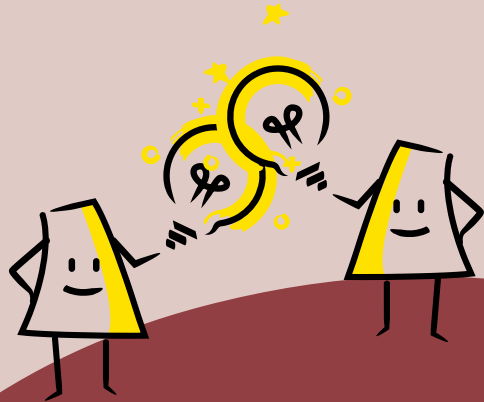
Un travail a été engagé pour partager, entre évaluateurs, un regard croisé sur les organisations et les premiers enseignements disponibles. En effet, l'année 2023 a été marquée par la publication du rapport final du projet « Bucco-dentaire GHT-Cher » en juillet 2023 (voir paragraphe « Bucco-dentaire GHT-Cher ») et le partage d'enseignements intermédiaires pour les projets Ildys, SBDM et UFSBD (Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en EHPAD).

Cette réflexion collective vise à enrichir l'analyse qui sera délivrée dans les rapports finaux à venir au premier semestre 2024.

Enfin pour certaines thématiques, comme par exemple les projets sur l'obésité, un travail transverse a été envisagé sans aboutir aujourd'hui à la construction d'une méthodologie d'évaluation par grappe.

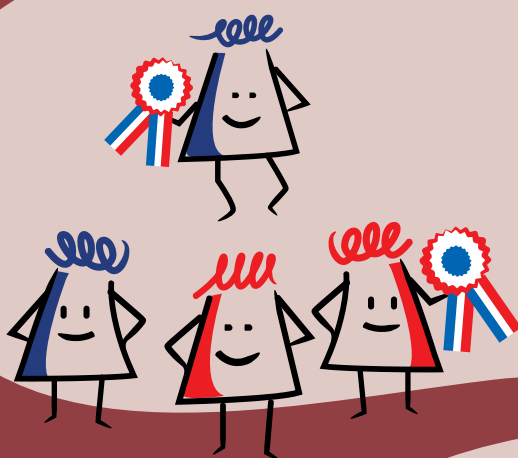
En effet, la diversité des modèles, des définitions de certaines interventions et missions des professionnels non homogènes, l'absence de synchronisation du déploiement des expérimentations, la diversité des modes de financement, ainsi qu'un certain questionnement des porteurs n'ont pas permis la définition d'une architecture commune.

Dans certains cas de figure, un travail de capitalisation serait à mener avec l'ensemble des acteurs et en premier lieu les porteurs expérimentateurs. Cette démarche permettra une meilleure comparaison des organisations testées pour esquisser des parcours de soins en fonction des moments de vie et d'âge du patient, de la sévérité, des lieux de prise en charge, de l'environnement...



5

UNE CAPITALISATION AU FIL DE L'EAU





UNE DÉMARCHE D'INTELLIGENCE COLLECTIVE

En complément de la démarche d'évaluation, il est apparu pertinent de prendre en compte le savoir issu de l'expérience acquise, afin de capitaliser sur les apprentissages « transversaux » entre différentes expérimentations.

Fondée sur des ateliers d'intelligence collective, cette méthode repose sur la mise en commun des savoirs expérientiels des parties prenantes ayant participé activement à l'accompagnement et au déploiement opérationnel des projets. L'organisation de cette démarche et de ces ateliers est toutefois exigeante car elle rassemble un panel de profils et d'expertises sur des périodes de travail d'une journée et, de préférence, en présentiel.

Deux thématiques ont été initiées en 2022 :

À quelles difficultés de montée en charge doivent faire face les expérimentations Article 51 ?

La crise COVID avait fortement impacté les démarrages des premières expérimentations et d'autres freins (recrutement de chefs de projet, non anticipation des besoins SI, absence de co-construction entre les acteurs du projet...) avaient également émergé mettant en difficulté certains porteurs.

La réflexion a été menée par les équipes du ministère et de la Cnam à l'été 2022 puis complétée en janvier 2023 après échange avec la communauté de pratiques des porteurs Article 51 ([voir paragraphe « les communautés de pratique »](#)).

Rôle des infirmiers : que nous apprennent les expérimentations Article 51 ?

Le travail a reposé sur deux ateliers internes avec les équipes du ministère et de la Cnam sur la base de quelques expérimentations emblématiques (CECIS, RSMO, Equilibre, toktokdoc), complété par trois autres expérimentations nationales (EDS, IPEP, PEPS) pour lesquelles le rôle des IDE est majeur avec des enseignements évaluatifs disponibles. La synthèse des échanges a été enrichie par un partage avec les ARS/DCGDR puis avec les porteurs de projets volontaires dans le cadre d'une réunion de la Communauté des pratiques « Article 51 » en mars 2023.



Témoignage d'un aidant dont la fille est prise en charge par un infirmier Equilibres

EQUILIBRES

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.



« Notre fille Bérénice* est née atteinte de malformations cardiaques, pulmonaires et digestives dans un contexte de trisomie. Après deux jours à l'hôpital, nous souhaitions revenir chez nous auprès de nos quatre autres enfants, mais tous les cabinets libéraux ont refusé la prise en soins palliatifs à domicile, et il n'y a pas non plus d'hospitalisation à domicile dans notre secteur. Sans un suivi d'un infirmier, ce retour ne pouvait être envisagé, mais heureusement l'équipe du cabinet libéral faisant partie d'Equilibres a décidé entre collègues d'accepter cet accompagnement, et nous avons pu rentrer.

Les infirmières, en plus des soins qu'elles ont délivrés à Bérénice*, ont coordonné le suivi par des médecins, notre généraliste n'ayant pas souhaité accompagner la situation, et ont travaillé à adapter le matériel spécifiquement à la situation d'un bébé. Elles ont également accompagné ma compagne pour les soins post-nataux.

Petit à petit, l'équipe nous a appris à réaliser certains gestes pour être plus autonomes : les infirmières nous ont expliqué comment gérer la pompe à alimentation et le passage de certains traitements médicamenteux via la sonde. Nous avons ainsi pu retrouver un équilibre sur l'organisation familiale, car les infirmières avaient moins besoin de venir chez nous. Nous avons tout de même pu les contacter régulièrement, ce qui nous rassurait.

Durant ces neuf mois d'accompagnement, il n'y a eu que trois passages à l'hôpital : sans Equilibres, non seulement l'équipe qui nous a accompagnés n'aurait pas pu nous soutenir et faciliter les échanges avec les médecins comme elle l'a fait, voire n'aurait pas forcément accepté la prise en soins, mais nous aurions sans doute dû constamment faire des aller-retours à l'hôpital. Notre fille est finalement décédée auprès de nous. Le soutien moral et l'accompagnement sur le contexte du deuil dont nous avons bénéficié durant ces neuf mois nous ont aidés à traverser cette épreuve.

Je remercie l'équipe d'avoir accepté de prendre en charge Bérénice* et de nous avoir ainsi permis de rentrer rapidement chez nous. Merci pour sa présence délicate et sa réactivité à chaque besoin, qui nous ont adouci ces mois intenses. Nous avons tellement confiance en elle ! Merci à l'équipe de nous avoir entourés. Je n'oublierai jamais les heures qu'ont passées les infirmières avec Bérénice* dans les bras alors que nous croyions la perdre. »

Bérénice*, Occitanie

* Prénom modifié



« Je m'appelle Elsa* et j'ai atteint l'âge de cent ans. Je réside chez moi et j'essaie tant bien que mal de prendre soin de moi et de me déplacer avec mon déambulateur. Ma fille, elle-même âgée de 82 ans, est la personne qui m'aide au quotidien.

Un matin j'ai fait une chute dans ma salle de bain qui a entraîné une fracture du col du fémur. Cette blessure m'a conduite à une hospitalisation en traumatologie, suivie d'une période de six mois en unité de soins de longue durée gériatrique en raison de complications infectieuses. Après cette période, l'équipe du cabinet infirmier libéral faisant partie d'Equilibres a été sollicitée par le centre hospitalier pour m'aider à retrouver mon autonomie à domicile

J'étais confrontée à une situation complexe nécessitant des soins infirmiers complets, entre prise en charge de l'incontinence, la gestion de ma mobilité et le suivi de mon diabète de type II. L'équipe d'infirmiers d'Equilibres a pris le temps d'observer mes capacités à mon retour à domicile et d'échanger en prenant en compte mes besoins.

Pendant les deux premières semaines, en accord avec mes préférences, l'équipe m'a encouragée à participer activement à mes soins d'hygiène et à ma toilette quotidienne. Cette approche diffère de ce que j'avais vécu à l'hôpital, où les aides-soignants et infirmiers prenaient en charge ces tâches. Grâce à cette collaboration, j'ai retrouvé ma continence en seulement quinze jours et j'ai repris confiance en mes capacités. Je me levais régulièrement pour aller à la salle de bain, ce qui a été un tournant positif dans mon rétablissement.

Par la suite, nous avons sollicité des aides à domicile pour les repas, et j'ai également bénéficié de séances de kinésithérapie pour maintenir ma mobilité. L'équipe infirmière a pris soin de former ces professionnels aux spécificités de mon cas.

Après deux mois de ce suivi, l'équipe a commencé à réduire ses visites et a collaboré avec mon médecin traitant pour ajuster certains traitements qui n'étaient plus nécessaires. En seulement trois mois, j'ai retrouvé une autonomie complète pour ma toilette et ai recouvré ma mobilité.

Grâce à cette approche centrée sur mes besoins, j'ai pu retrouver une qualité de vie enrichie. Je suis sortie dans mon jardin et j'ai renoué avec des discussions chaleureuses avec mes voisines. L'équipe d'infirmiers d'Equilibres a veillé à une coordination efficace entre les différents intervenants en organisant des rencontres régulières lors des passages du kiné et de mon médecin traitant, ainsi qu'avec les auxiliaires de vie.

Tout cela a permis de réduire drastiquement la fréquence de leurs passages, passant de trois fois par jour plus de deux heures de soins à seulement deux passages quotidiens de moins d'une heure. Ma fille, qui joue un rôle primordial en tant qu'aidante, elle-même prise en charge par des infirmiers, se sent désormais plus sereine. Elle a tissé une relation de confiance avec tous les acteurs impliqués et peut enfin profiter pleinement de son temps quotidien auprès de moi pour des moments privilégiés.

Sans cette approche équilibrée qui se concentre sur mes besoins réels et qui prend le temps nécessaire, les infirmiers se seraient peut-être limités à une toilette rapide en vingt minutes, sans aborder la mobilité ou la coordination entre les différents intervenants. Cela aurait eu un impact significatif sur ma capacité à marcher, mon indépendance et ma qualité de vie, ainsi que celle de ma fille. »

Elsa*, Hauts-de-France

* Prénom modifié



La production de l'atelier (cf. deux images ci-dessous) a été présentée et discutée avec l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) dans le cadre des travaux préparatoires de la Conférence nationale sur les professions paramédicales en mai 2023

Ateliers Capitalisation - 21/09/22 & 15/12/22

Rôle des infirmiers : que nous apprennent les expérimentations article 51 ?

Éléments de synthèse sur la base de quelques expérimentations étudiées

ATOUTS

Les missions des IDE dans les expérimentations étudiées sont perçues comme attractives, grâce à :

- L'accroissement de leur autonomie et de leur responsabilité
- La diversité des activités, dont hors nomenclatures
- La vision holistique du patient
- La coordination avec l'ensemble des intervenants
- Le travail collectif, en équipe (IDEL)
- Le développement de compétences (spécialisation, délégations)

La valorisation de leur rôle apparaît également comme un plus dans les expérimentations qui ont permis de :

- Rendre visible des activités aujourd'hui sous-estimées
- Reconnaître les nouvelles compétences acquises
- Mettre en évidence leurs compétences dans les domaines suivants :
 - soins non programmés,
 - télésanté,
 - évaluation de l'environnement du patient /pré qualification,
 - accompagnement thérapeutique/ sur le long terme
 - coordination des acteurs, décloisonnement ville-hôpital/ repère pour le patient,
 - gestion des alertes, sécurisation des parcours
 - démarche préventive



BONNES PRATIQUES

Des dispositifs d'accompagnement semblent nécessaires, comme par exemple :

- Déployer un dispositif de compagnonnage, de coaching, de communautés de pratiques
- Améliorer en continu les pratiques, le fonctionnement de l'équipe : staff régulier, échange entre pairs...
- Renforcer la relation de confiance IDE-patient et IDE-médecin => pédagogie
- Homogénéiser les pratiques entre professionnels (coordination) et relations hôpital (IDEH) -ville (IDEL)

Des formations s'avèrent essentielles, notamment :

- Sur des compétences spécifiques (délégations de tâches, spécialisations, nouvelles missions)
- Aux outils de l'expérimentation (protocole, SI, analyse des indicateurs...)
- A la coopération/coordination, au travail en équipe, à la pédagogie, l'animation de groupe
- Aux démarches préventives et à la réalisation d'entretiens motivationnels
- A l'aisance avec les outils numériques (télésanté)

Le nouveau rôle des IDE nécessite d'être plus structuré afin de :

- Veiller au respect du libre choix du patient
- Définir le niveau de responsabilité par rapport au médecin en conservant une proximité et disponibilité du médecin (protocole)
- Veiller à la co-construction (protocole)
- Clarifier leurs interventions auprès des patients (PPS)

MAJ 10/03/23 Document non exhaustif / à alimenter en continu

1/2

Ateliers Capitalisation - 21/09/22 & 15/12/22

Rôle des infirmiers : que nous apprennent les expérimentations article 51 ?

Éléments de synthèse sur la base de quelques expérimentations étudiées

POINTS DE VIGILANCE

La disponibilité de ressources humaines et financières sont à prendre en considération :

- Identifier le temps dédié aux différentes activités (notamment coordination, planification, formation...)
- Adapter la durée et le temps de formation au strict nécessaire et aux possibilités du terrain
- Clarifier les financements (missions déjà existantes et rémunérées)

Des outils sont à adapter pour :

- Éviter les re-saisies
- Alléger les modalités de gestion administrative
- Garantir la traçabilité de leur activité et des échanges : notamment avec les médecins (traitants et hospitaliers), entre secteurs ville-hôpital
- Accéder aux données, au dossier du patient

Le positionnement de l'IDE est à trouver :

- Qualifier le besoin et le périmètre d'action
- Rechercher le format d'équipe cible
- S'assurer de la légitimité du nouveau rôle de l'infirmier vis-à-vis des médecins et des patients
- Veiller à leur intégration dans l'écosystème (par rapport aux autres IDE, aux IPA, aux médecins, aux assistants médicaux, au sein d'un EHPAD...)



POINTS DE RÉFLEXION

L'évolution du rôle des IDE dans les expérimentations amène à réfléchir à :

- Développer une évolution de carrière avec un panel de missions diverses
- Définir les modalités d'introduction d'une spécialisation, d'une extension ou de la création d'un nouveau métier

Des questions sur l'évolution de leur rémunération se posent :

- Rémunérer les IDE en accord avec les nouvelles missions
- Adapter les modes de rémunération (financement hybride: acte/forfait...)
- Revaloriser certaines activités ou spécialisations

MAJ 23/02/23 Document non exhaustif / à alimenter en continu

2/2



DOMOPLAIES

Domoplaies est un dispositif régional d'expertise, d'appui et de coordination pour optimiser et faciliter la prise en charge globale et coordonnée des patients de la région Occitanie at-

teints de plaies chroniques et/ou complexes en s'appuyant sur un avis d'expert et des outils numériques (Plateforme de coordination).



« J'étais suivi à l'hôpital pour plusieurs fractures des orteils et j'ai dû être opéré à la suite d'une nécrose de l'hallux valgus.

L'os était apparent et la cicatrisation a non seulement été longue à commencer, mais elle a ensuite stagné pendant plusieurs semaines. J'avais vu plusieurs chirurgiens, mais sans avoir des solutions... L'hôpital a pris contact avec le service des « plaies et cicatrisation » de Montpellier. Après une vidéoconsultation, la spécialiste du service a tout de suite diagnostiqué mon problème et m'a proposé une intervention chirurgicale.

Alors que cela faisait plusieurs mois que je ne guérissais pas (la nécrosectomie s'est passée en janvier et j'ai vu la docteure en juin), j'ai été rapidement opéré et la cicatrisation a été ensuite spectaculaire. Elle m'a prescrit des soins et une crème antibactérienne vraiment adaptés. Après l'opération, j'avais des soins tous les deux jours avec un arrêt de travail de deux semaines car je ne pouvais plus porter de chaussures ... Mais ensuite, avec la reprise du travail, j'avais le pied serré dans les chaussures et les infirmières qui me suivaient trouvaient que « mon orteil macérait un peu ». Ce sont alors elles qui ont contacté la docteure pour adapter les soins et pouvoir changer tous les jours le pansement.

J'ai été vraiment ravi que ce projet soit mis en place, surtout pour des gens qui, comme moi, sont un peu reculés, en pleine campagne... Après plusieurs mois sans trouver de solutions, il n'a fallu qu'une seule vidéo consultation pour que la docteure remarque d'où venait le problème. Ça m'a épaté et m'a vraiment permis de guérir : et les infirmières me disent qu'il ne reste plus que quelques jours de soins... »

Thibaut*, Occitanie

* Prénom modifié



À la suite de ces premières expériences, trois ateliers menés en 2023 reposent sur l'association d'emblée des porteurs et acteurs de terrain après identification d'une grappe d'expérimentations répondant à une problématique commune :

1

Comment assurer l'intégration de l'Activité Physique Adaptée (APA) dans les parcours de soins des pathologies chroniques ?

Deux ateliers de travail ont eu lieu en février et mai 2023. Les premiers enseignements issus de ces ateliers mettent en évidence que le taux d'observance des patients est 60 % là où le taux d'observance des patients atteints de maladies chroniques est de 40 %³ et que les séances d'activité physique en autonomie et/ou à domicile favorisent l'inscription durable de l'activité physique adaptée dans les changements de comportement. *Pour approfondir voir Les annexes - Focus APA.*

2

Intérêt d'une rémunération forfaitaire des professionnels pour les parcours coordonnés renforcés et retours d'expérience

Le financement forfaitaire du parcours de soins pluri-acteurs est le modèle de rémunération le plus fréquemment testé dans le portefeuille Article 51. Dans la perspective de la construction d'un vecteur de sortie pour les expérimentations qui auront démontré leur potentiel de généralisation (voir chapitre 6), les porteurs de six expérimentations (EMNO, Structures Libérales Légères (SLL), Occitan'Air, Equip'Addict, Ako@dom Picto et Domoplaies) ont participé, fin mai, à un atelier avec des référents du ministère et de la Cnam. Au total, 25 personnes ont contribué à cette réflexion et ont permis d'en appréhender plus concrètement les implications opérationnelles : ce que le forfait permet de faire, ce qui est rémunéré et comment il est versé aux professionnels concernés, quelles structures sont mobilisées, quelles difficultés faut-il surmonter ? (cf. la parole aux porteurs ci-dessous)

Les réflexions engagées par les collectifs réunis autour de ces ateliers aboutissent à la production d'enseignements qui peuvent trouver leur utilité à plusieurs niveaux : pour le dispositif lui-même dans une logique d'amélioration continue, pour les décideurs dans la réflexion et la conduite des réformes du système ainsi que pour les acteurs de terrain dans la recherche de solutions pour dépasser les difficultés qu'ils peuvent rencontrer.

D'autres thématiques seront ainsi développées en 2024.

3. Alain Lopez, Claire Compagnon « Pertinence et efficacité des outils de politique publique visant à favoriser l'observance » Rapport IGAS, Juillet 2015.



La parole aux porteurs : l'intérêt des forfaits dans un parcours coordonné, retours d'expérience lors de l'atelier

Intérêts partagés

- La valorisation financière de la coordination et d'autres interventions **réalisées par des professionnels non rémunérés dans le droit commun**



« Le forfait a permis de mettre en relief les activités sous-marines comme la coordination »

« La rémunération d'acteurs qui ne relèvent pas du droit commun (psychologue, etc.) facilite l'articulation du parcours de santé en créant des passerelles entre des secteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble »

- **Possibilité de se concentrer sur l'essentiel**, le soin des patients en étant soulagé des contraintes administratives et logistiques par la structure qui redistribue le forfait



« Le forfait permet aux soignants de se concentrer sur l'essentiel : le soin qu'ils portent au patient car on assure tout ce qui est logistique grâce à la rémunération du forfait - mise à disposition du matériel médical/ éducatif, coordination entre les soignants avec à chaque étape un compte-rendu de ce qui est fait, un rappel des objectifs pédagogiques, etc.

« Le forfait contribue à améliorer la charge mentale des professionnels »

- **Lisibilité de la trajectoire de prise en charge** tant pour les professionnels que les patients et le développement de capacité de pilotage du parcours et **travail en équipe**



« Le forfait donne une trajectoire de prise en charge, qui permet au patient et aux professionnels de santé de se projeter »

« Les patients se sentent en sécurité et bien pris en charge »

« Le forfait permet de faire équipe avec les maisons et centres de santé, et les engager »



- **Meilleure adaptation au besoin de chaque patient** et agilité dans la gestion des parcours



« Le forfait permet de redistribuer l'activité de chacun et de s'adapter à chaque patient. Il est plus facile d'adapter la prise en charge du patient à son besoin dans le cadre du forfait. Dans les services classiques, c'est le patient qui doit s'adapter à l'équipe »

Difficultés à surmonter

- Nécessité d'un véritable **changement de culture**



« Cela nécessite un temps considérable pour communiquer et embarquer les professionnels libéraux »

- **Acceptabilité par l'ensemble des professionnels** concernés



« C'est compliqué de trouver dès le départ la bonne clé de répartition, calculer le bon montant du forfait et surtout pouvoir ensuite le réévaluer avec l'augmentation des charges et des salaires »

- **Difficulté de valorisation des forfaits** lors de l'élaboration du cahier des charges et équilibre budgétaire pendant la montée en charge



« Il est difficile d'objectiver le temps que va prendre la coordination, en particulier le temps du chef de projet ou encore les réunions de coordination où tous les acteurs sont présents »

« C'est compliqué en début d'expérimentation car notre trésorerie était vide »



INSPIRATION ET ESSAIMAGE

Le Webinaire annuel Nouvelle-Aquitaine « Article 51 », un temps d'échange privilégié pour les acteurs régionaux



L'ARS et l'Assurance maladie Nouvelle-Aquitaine travaillent main dans la main pour faire connaître à leurs agents le dispositif Article 51. Une séance annuelle en format Webinaire de 2h permet une participation large pour que les personnes impliquées à tous les niveaux du suivi et de la création de la politique régionale de santé se tiennent au courant de l'actualité globale de l'Article 51 et de l'état d'avancement des expérimentations qui se déploient en Nouvelle Aquitaine. L'ambition est une **diffusion et une appropriation des enseignements que ces cadres innovants apportent.**

La participation à ce temps d'échange a été particulièrement forte cette année avec les 12 départements représentés et plus de soixante-dix agents connectés le 26 juin. Pour cette édition 2023, ont été mis à l'honneur :

- Des expérimentations proposant une intervention de proximité ou « hors les murs » (Onco'Link, Odysight, MBCT et Walk Hop) ;
- Le sujet de la fin des expérimentations et de leur articulation avec la mise en place du droit commun en traitant le cas concret de l'expérimentation DRAD.

Chaque séquence a été présentée par des acteurs de terrain, expérimentateurs (Institut Bergonié) ou référents de proximité en CPAM, et a fait l'objet de nombreux échanges.

Ce séminaire est une illustration de la **dimension partenariale Assurance maladie/ministère du dispositif qui se décline en région.**

Quand les CNR santé croisent les expérimentations 51

D'octobre à décembre 2022, la première phase « territoriale » du CNR Santé a donné lieu à plus de 250 réunions territoriales associant les professionnels de santé, les citoyens et les élus, sous l'égide des ARS, avec le concours de l'Assurance maladie et le soutien des préfetures.

Certains projets Article 51 ont été identifiés comme éléments de réponse aux problématiques soulevées comme l'expérimentation Eva Corse, à l'honneur du CNR santé en formation plénière le 3 mai 2023.



ZOOM sur L'expérimentation « Eva Corse »

À l'origine du projet, un constat : « la prévention des maladies cardio-vasculaires » est un problème prioritaire de santé publique, puisqu'elles représentent une des premières causes de mortalité. Or, en Corse, deux tiers des patients éligibles à des séances de réadaptation cardiaque ne suivent pas le programme, en l'absence d'offre de soins à proximité du lieu de vie des patients. En effet, de nombreux insulaires se trouvent à plus d'une heure des deux services de Soins Médicaux et Réadaptation (SMR) qui se trouvent à Bastia et Ajaccio. Ce sont les seuls à pouvoir réaliser un programme de réadaptation.

L'expérimentation « Eva Corse » a pour objet de mettre en place un programme de réadaptation cardiaque au plus près des patients en s'appuyant sur les Services Médicaux et de Réadaptation (SMR) et les équipes de soins primaires et mobilisant un mode de financement forfaitaire intégrant une prime d'efficacité et de qualité.

Ce programme est initié et supervisé par les centres de soins de suites et de réadaptation cardiaque référents. Il comprend 20 séances de réadaptation cardiaque, les 6 premières sont réalisées en SMR, les 14 suivantes avec l'équipe de soins primaires. Ces séances de réadaptation ont une durée de 3 h.

La deuxième phase de consolidation des CNR territoriaux santé initiée au printemps 2023 vise à capitaliser sur ces premiers échanges CNR et partager dans tous les territoires une vision collective des enjeux de l'accès à la santé propres à chacun, et mobiliser concrètement les leviers d'amélioration attendus. Pour les projets à fort

potentiel transformant, comme par exemple la constitution d'équipes de soins (traitantes ou spécialisées) ou la mobilisation conjointe État-États pour renforcer l'attractivité du quotidien des soignants, le dispositif 51 peut être mobilisé.

Quand les expérimentations 51 alimentent la mission « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité »

PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ, UNE DÉMARCHÉ À SUIVRE ?

Dans les suites des Programmes nationaux nutrition santé successifs et de la feuille de route obésité 2019–2022, le rapport Laville⁴ confirme les orientations initiales et s'appuie sur les premiers résultats des expérimentations Article 51

spécifiques à l'obésité, mais également des organisations interdisciplinaires testées, pour formuler un certain nombre de recommandations.

4. Remis le 27 avril 2023 au ministre dans le cadre de la mission « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité pilotée par le Pr Martine Laville » (Hospices civils de Lyon)



LA NÉCESSITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ET ADAPTÉE À CHAQUE SITUATION :

La prise en charge pluridisciplinaire de l'obésité se heurte tout à la fois à l'absence de prise en charge financière des nombreux professionnels impliqués (diététicien, Enseignant en Éducation Physique adaptée, psychologues), et au manque de culture, de valorisation et d'outils pour le fonctionnement en équipe pluriprofessionnelle.

Le rapport met en avant les expérimentations 51 comme modèles de référence pour intégrer la prise en charge de l'obésité dans les nouveaux modes de financement pluriprofessionnels et identifie les forfaits de soins comme levier pour faire bénéficier les patients d'une prise en charge éducative individuelle et collective, dès les soins primaires, et adaptée à la complexité de leur situation.

Le modèle de l'Espace Médical Nutrition Obésité (EMNO), en cours d'évaluation, est par exemple cité pour son modèle de coopération pluriprofessionnelle associant des consultations individuelles et de l'ETP numérique.

L'enjeu d'une prise en charge la plus précoce possible et au plus près du patient trouve également une réponse dans les modèles de parcours innovants issus des expérimentations sur l'obésité de l'enfant, tel que Proxob (pour la prise en charge familiale à domicile), Obepedia (qui structure une offre de proximité pour les obésités complexes) ou Topase (pour les adolescents à partir du milieu scolaire).

L'ACCÈS AU SOIN DES PERSONNES EN DIFFICULTÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES :

L'accès et le maintien dans le soin sont particulièrement difficiles pour les personnes en précarité socio-économique. Le rapport prend l'exemple des centres de santé et maisons

communautaires de l'expérimentation SECPA comme modèle envisageable pour la formation des centres à l'accueil non stigmatisant des patients en situation d'obésité.

L'ENJEU MAJEUR DU SUIVI À LONG TERME DES PATIENTS OPÉRÉS DE CHIRURGIE BARIATRIQUE :

Le rapport souligne l'enjeu de maintenir le patient dans son parcours médico-éducatif pour consolider son apprentissage et limiter le nombre de perdus de vue (qui ont un risque accru de complications et de reprise de poids).

PACO, BARIA'UP et OBEPAR, sont ainsi cités comme trajectoires possibles d'évolution du droit commun pour leur modèle de prise en charge et de suivi à long terme du patient candidat à la chirurgie bariatrique.

PRS et Article 51 : l'ARS Occitanie témoigne

UN DOUBLE MOUVEMENT EN OCCITANIE : LE PRS NOURRIT LE 51 ET LE 51 INSPIRE LE PRS.

Dès 2018, un lien a été réalisé par l'ARS Occitanie entre le Projet Régional de Santé et le dispositif 51. La promotion de l'innovation est, en effet, une des clés de réussite mentionnées dans le cadre d'orientation stratégique du PRS. Ainsi,

ont été rapidement identifiés avec les porteurs de projets régionaux, les projets innovants qui nécessitaient, pour leur complète réussite, de **déroger au droit commun et de passer par le dispositif Article 51.**



Par exemple, en permettant la solvabilisation de prestations jusqu'ici non remboursées, de raisonner en séquences de prises en charge, de renforcer la coordination et la prise en charge pluri professionnelle, autour de parcours modélisés.

Cela a été notamment le cas :

- Dans le champ des soins primaires pour mieux prendre en charge les addictions, avec le projet Équip'Addict,
- Pour la santé mentale avec le dispositif de soins partagé en psychiatrie DSPP adultes et DSPP enfants,
- Pour le repérage et la prise en charge précoce des troubles de l'enfants, avec les projets TSLA et COCON,
- Pour les personnes en situation de handicap en échec de soins en milieu ordinaire avec Handiconsult 34,
- Pour la prise en charge des plaies complexes avec Domoplaies,
- Pour le repérage des risques de fragilité de la personne âgée à domicile avec les dispositifs vigilance seniors et ICOPE.

Le fait que ces projets très structurants soient portés *via* le dispositif 51 et puissent être généralisés constitue une réelle opportunité de transformer en profondeur le système de santé en s'appuyant sur des projets promus, à l'initiative des acteurs locaux de santé et leur permettant de se mobiliser et d'enrichir leurs pratiques.

Pour le PRS 2023 – 2028, l'ARS compte s'appuyer sur les acquis du dispositif 51 pour renforcer ses interventions dans les territoires auprès des acteurs et rendre efficaces les programmes d'actions en préparation.

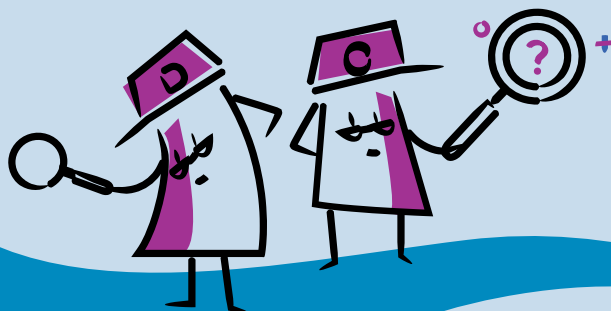
Les acquis concernent prioritairement :

- la méthode d'accompagnement des acteurs et la posture d'écoute, dès la conception mais aussi à l'étape de suivi de leur projet. Cette méthode s'appuie sur des techniques de facilitation et aborde tous les facteurs de réussite du projet (communication, formation, systèmes d'information, ingénierie de projet, ...);
- l'expérience acquise sur les conditions de la mise en œuvre des projets dans les territoires. Il s'agit à la fois, de repérer si les fonctions clés d'un projet sont bien présentes car elles seront gages de la qualité des prestations auprès des bénéficiaires tout en introduisant de la souplesse dans les modalités de mise en œuvre. Il s'agira, en effet, de mieux prendre en compte le contexte, les aspirations des acteurs de santé et les ressources présentes dans les territoires.

Ces deux éléments répondent à une demande forte des professionnels de santé de construire les projets ensemble plutôt que d'imposer des modèles et à une volonté de l'ARS, de renforcer l'impact de ses actions dans les territoires au bénéfice de nos concitoyens.

6

UNE PROMESSE TENUE ?





LE DÉFI DE LA SÉQUENCE DE FIN D'EXPÉRIMENTATION

Le respect de la séquence de fin d'expérimentation (voir schéma de fin d'expérimentation) reste un défi pour l'ensemble des parties prenantes.

La tentation de prolonger les expérimentations est vive pour que l'évaluation finale intervienne le plus tard possible compte tenu des délais incompressibles de la mise à disposition de données (voir chapitre 4) et de l'enjeu de montrer l'expérimentation sous son meilleur jour. Deux facteurs impactent fortement la montée en charge d'un projet, son degré de maturité et sa gouvernance, en particulier si elle est multisite. En outre, la transformation des pratiques pro-

fessionnelles réclame du temps et ce d'autant plus lorsque l'organisation testée est très transformante. C'est un point souligné par Yann Bourgueil, médecin de santé publique, spécialiste des innovations en santé, lors de son intervention au cours de la journée nationale des porteurs le 23 novembre 2022. Enfin, la période récente a vu la crise sanitaire perturber la mise en œuvre des projets et a rendu plus difficile le respect des calendriers prévus initialement.

Différents facteurs peuvent être à l'origine de retards mais l'esprit du dispositif conduit à laisser aux expérimentateurs l'opportunité de faire la preuve de leur pertinence, plutôt que de les arrêter unilatéralement en cas de difficultés ; la logique de co-construction valant aussi bien pour l'élaboration et la phase d'instruction des projets que pour le suivi et leur mise en œuvre. L'arrêt des expérimentations avant leur terme est ainsi le fruit d'un commun accord entre les différentes parties prenantes de l'expérimentation : expérimentateurs, porteurs et comité technique de l'innovation en santé.

L'année 2023 constitue en ce sens une année test, plus de 30 expérimentations ayant une échéance initiale au cours de l'année. 13 des 19 expérimentations devant se terminer entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2023 (voir diapositive 41 de la séance plénière du conseil stratégique de l'innovation en santé du 2 février 2023) ont été prolongées pour une durée variant de 3 à 24 mois. Pendant la même période, cinq expérimentations ont connu un arrêt anticipé (voir chapitre 2) de quelques mois à une année de l'échéance prévue par l'autorisation.

17 Octobre (3) : Candiss, Fru, Toktokdoc*,
Novembre (4) : ADMR*, Occitan'Air, DNUT, DIVA
Décembre (10) : DRAD*, Equip'Addict (GE, HDF, Occ*, IDF, BFC*), SEC participatives, liste en sus, RéPAP, Handiconsult'34

* : fin prévue avec prolongation

Le respect de la séquence de fin d'expérimentation suppose aussi de disposer des résultats de l'évaluation finale 3 mois avant la fin de l'expérimentation de manière à pouvoir statuer sur la fin de celle-ci. Cela suppose en particulier que les données disponibles aient pu être mises à disposition de l'évaluateur et que les conclusions soient partagées et discutées avec le porteur et les expérimentateurs. Si l'évaluation représente moins d'un quart des motifs de republications réalisées à date, il s'agit néanmoins du motif principal de prolongation pour la moitié des 13 prolongations d'expérimentation réalisées en 2023.

17 expérimentations ont une échéance qui échoit le dernier trimestre de l'année 2023, certaines après prolongation de leur durée initiale.



« Après 20 ans de prise en charge hospitalière, enfin j'ai été actrice de ma guérison »

ÉQUIP'ADDICT

Les dispositifs microstructures Équip'Addict : il s'agit d'une cellule d'appui spécialisée en addictologie, composée d'un psychologue et d'un travailleur social, qui est positionnée au cœur du cabinet de ville, afin de faciliter la prise en charge par le médecin généraliste de patients

en situation d'addiction. Les deux professionnels complètent la consultation médicale généraliste par un suivi spécialisé du patient en lien permanent avec le généraliste qui reste au cœur de la construction et du suivi du parcours.



« Lors de mon parcours long de plus de vingt ans avec l'alcool, j'ai été maintes fois hospitalisée en psychiatrie pour sevrages et burnout en raison de ma très importante addiction à l'alcool. Je rajoute «très », parce que lorsqu'on trouve tous les moyens imaginables pour se procurer de l'alcool, ou que 20 minutes avant l'ouverture du supermarché on attend déjà avec frénésie l'ouverture des grilles, la ligne rouge est déjà franchie depuis longtemps. Lorsqu'une dose d'alcool est nécessaire avant d'entreprendre toute activité, c'est LE carburant devenu indispensable.

Ces séjours m'auront au moins servi à sortir du déni et à admettre ma dépendance. Cependant, un CHS où l'on se retrouve en pavillon de secteur toutes pathologies confondues n'est évidemment pas un environnement adéquat, juste une solution d'urgence, une protection temporaire pour un sevrage. En général, je voyais un psychiatre une fois par semaine 10-15 min, et pas toujours le même, et si j'avais de la chance un psychologue au petit bonheur la chance.

Très souvent, lors d'une nouvelle hospitalisation, l'équipe avait changé de secteur. Imaginez le découragement, recommencer à raconter mon histoire, encore et encore... À chaque sortie, j'étais gentiment adressée au CMP de mon secteur pour un rendez-vous avec un psychiatre avec en poche une belle lettre dont je n'avais pas connaissance du contenu pour un rendez-vous dans 2 mois. Durée du rendez-vous 10-15 min. Intervalle des rendez-vous de 3 à 6 mois !!! Une aberration, un suivi inapproprié pour les personnes atteintes d'addictions, avec parfois des ordonnances postdatées car pas de rdv possible avant 6 mois. Et bien entendu, très souvent une rechute entre-temps.

Donc j'ai choisi les cures et post-cures. Lorsqu'on fait le choix de cette démarche, tout le monde vous félicite, c'est fantastique, bravo !! Mais les délais sont de 3 mois en moyenne !! Et pendant ce temps, que se passe-t-il si retour au domicile, on reste en souffrance et même avec un suivi CMP : la rechute, voire les rechutes.

...



... J'ai suivi 3 cures de 28 jours et 2 post-cures de 3 mois, 1 post-cure court séjour de 1 mois, et 1 post-cure que j'ai quittée au bout de 3 semaines car j'y aurais déperî d'ennui. Il faut savoir qu'on vous demande d'arriver sevrée en cure et post-cure, mais environ 30 % des entrants ne le sont pas. Il faut donc attendre que tout ce beau monde ait retrouvé ses esprits pour démarrer le programme. Et pendant cette semaine d'attente, j'étais sevrée et j'attendais, je m'ennuyais à mourir et j'attendais de pouvoir avancer, enfin...découragée et blasée, déjà par cette attente.

Il m'est arrivé d'attendre plus de 2 mois hospitalisée en CHS pour une place en post-cure, je rentrais juste chez moi en « permission », voir ma famille le week-end. Parce que à chaque sortie d'HP je rechutais. Et c'est devenu un engrenage : HP, cure, CMP, HP, post-cure...interminable, destructeur, une vraie souffrance en est née, presque délétère. Traitement médicamenteux explosif, j'étais un zombie.

Seul suivi existant : le CMP que j'ai à nouveau tenté avec plein de bonne volonté, mais le même programme et le même échec à la clé. J'ai tenté de me diriger vers un CSAPA à la sortie de post-cure, mais là aussi, le suivi est trop léger, et surtout, ces structures sont trop éloignées du milieu rural. 60 km pour l'un, 80 km pour l'autre, et on me proposait quoi ? Des activités de bricolage, des promenades, voir un psychologue, mais attention il y a du délai, il faudra être patiente. Impossible pour moi de m'y rendre et surtout insuffisant. Je rajoute aussi que l'on rencontre des personnes atteintes d'addiction dans ces structures, forcément, et j'en avais déjà côtoyé beaucoup trop.

J'ai donc continué tant bien que mal, dans cet engrenage entre rechutes et hospitalisations, et réussi par miracle à rester en vie. (Attention, je ne jette nullement la pierre vers les CHS, les HP ni les CMP et CSAPA, je souligne juste que c'est inadapté pour beaucoup de personnes pour un suivi de soins.)

J'ai déménagé et changé de secteur géographique pour commencer une nouvelle vie, un heureux concours de circonstances en fait, même si c'était dû à une tragédie. J'ai rencontré un nouveau médecin généraliste dans la commune où je suis domiciliée, mon docteur, qui m'a proposé d'intégrer la microstructure. Je n'avais ni véhicule, ni permis de conduire, donc cette proximité a été extrêmement importante pour moi.

Enfin je me suis sentie écoutée, quelqu'un comprenait. Les rendez-vous avec mon psychologue étaient au départ et pendant un long temps hebdomadaire, mon docteur était toujours à l'écoute, tous les deux échangeaient ensemble à mon sujet et je le savais, j'avais confiance car il y avait un échange mutuel. Le travail a enfin commencé. De vraies séances de psychothérapie d'une heure, non interrompues par une urgence ou un coup de téléphone, une écoute, une vraie. Même si parfois (surtout au début, les séances sont très éprouvantes) le courage me manquait pour me rendre aux séances, j'y allais pour eux, parce qu'ils étaient là pour moi.

...



...

Voilà maintenant 4 ans que j'ai intégré la microstructure, et je continue à être suivie, à une fréquence évolutive selon mes besoins. Les ajustements de traitements médicamenteux ont été faits judicieusement, sans aucune contrainte, et en concertation.

Et aujourd'hui je vais bien, mieux que jamais. Tout n'est pas devenu rose tout à coup, j'ai été actrice de ma guérison, il y a encore des choses difficiles qui me poursuivent, mais j'avance avec. La microstructure et ses intervenants ont réussi à me faire devenir celle que j'ai toujours voulu être, au-delà même de celle que j'ai été avant mon addiction. Forte et résiliente ! Mais je ne baisse pas la garde, jamais, je reste vigilante au moindre signe et j'ai l'occasion d'en parler si ma boîte à outils est insuffisante, et ça c'est juste génial !!

J'ai l'intime conviction que ce dispositif peut être bénéfique à beaucoup de gens, éviter de multiples allers-retours en HP ou autre pour cause de suivi non adapté. J'étais «un cas désespéré » comme on dit, je suis devenue une personne « normale » comme on dit, parce que je me rends juste chez mon médecin et parce que l'espace d'attente pour le psychologue est séparé et isolé du reste de la patientèle. Aujourd'hui, ceux qui ne m'ont pas connu avant ne se doutent à aucun moment de mes longues années de galère entre HP, cure, post-cure, services d'urgences. Ceux qui me revoient tombent des nues. Seul indice visible : le macaron « A » qui figure sur mon véhicule et qui fait parfois poser des questions. »

SUZY*

* Prénom modifié



LA PRÉPARATION DES SUITES À DONNER AUX EXPÉRIMENTATIONS

Les derniers mois de l'expérimentation sont utilisés pour travailler et préparer la phase post expérimentale.

L'atelier de fin d'expérimentation créé début 2023 marque le début de cette phase et lance le rétroplanning. Située avant la discussion des résultats de l'évaluation finale, ce moment de travail collectif est l'occasion d'explicitier les

conséquences pour le porteur de deux grandes options possibles que sont l'arrêt de l'expérimentation et le passage en droit commun (voir chapitre 6). Parallèlement, pour les expérimentations dont les résultats intermédiaires sont prometteurs, de premiers travaux exploratoires identifient le ou les vecteurs possibles de passage dans le droit commun, les points de vigilance éventuels ainsi qu'un macro-calendrier.

Pilotage global des travaux

Responsable : Rapporteuse Générale au Ministère de la Santé et de la prévention
Sous l'autorité du CTIS

AXE 1 Expérimentations arrivant à échéance



- Atelier de fin d'expérimentation entre 6 et 9 mois avant la fin prévue de l'expérimentation (avec le porteur)
- Travaux préparatoires d'anticipation de généralisation selon les résultats des expérimentations

AXE 2 Réflexions et mise en place des chantiers transverses



8 chantiers transversaux
Au fil de l'eau et à partir des travaux de l'axe 1

Les chantiers transverses comprennent les travaux sur le financement au parcours coordonné renforcé (voir partie suivante), ainsi que les thématiques communes tels les systèmes d'in-

formation, les pratiques et compétences des professionnels, l'articulation avec les réformes de financement, la soutenabilité financière et le déploiement.



LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES À VENIR

Pour mémoire, le dispositif est positionné en subsidiarité des stratégies et priorités nationales à mesure de leur énonciation.

La stratégie du dispositif constitue le réceptacle des attentes et des initiatives de terrain afin de nourrir les évolutions politiques à venir. Ce choix de ne pas arrêter d'orientations propres au dispositif permet aussi une certaine agilité et une adaptation au fil de l'eau pour prendre

en compte les orientations du moment (voir [Les annexes - Annexe 4](#)). Nous pouvons constater *a posteriori* que les finalités attendues des projets (accès aux soins, innovation organisationnelle) et les critères de sélection établis (caractères innovant, efficient et reproductible) par la loi ont permis la constitution d'un portefeuille de projets très en lien avec les priorités gouvernementales.

La suite des expérimentations incluant de la télésurveillance



Les expérimentations incluant de la télésurveillance disposent d'un cadre de généralisation pour ce qui concerne la télésurveillance depuis la LFSS 2022 et d'une mise en œuvre opérationnelle depuis le 1^{er} juillet 2023 pour les 5 indications qui étaient jusque-là expérimentées via le programme ETAPES. La création du cadre de droit commun et la publication des arrêtés tarifaires en mai 2023 rendent également possible, après examen par la HAS, l'accès à la télésurveillance pour toute autre indication médicale dont le diabète gestationnel sans insuline.

En conséquence, la décision de généralisation de la partie des expérimentations relevant de la télésurveillance est liée aux différents avis de la HAS sur la demande remboursement de la solution lorsqu'il n'existe pas de ligne générique. Les deux expérimentations traitant de la prise en charge du diabète gestationnel avec télésurveillance se terminant en 2023 sont dans ce cas de figure et bénéficient à la suite de l'avis favorable du conseil de l'innovation en santé du maintien en conditions opérationnelles pendant une période transitoire permettant de disposer de l'avis de la HAS.

Les évolutions inscrites au PLFSS 2024

Le dispositif de l'Article 51 a accompagné de nombreuses innovations organisationnelles en permettant aux acteurs du système de santé

de proposer et mettre en œuvre à titre expérimental des prises en charge dérogeant au droit commun de la tarification.

UN PREMIER PAS VERS LE FINANCEMENT AU PARCOURS



Les premiers retours d'évaluation (voir ci-dessous) montrent deux importants motifs de satisfaction pour les patients : la visibilité donnée sur l'intégralité de leur prise en charge et l'accès à de nouvelles prestations de soins qui, bien qu'elles soient cliniquement éprouvées, restaient auparavant à la charge des patients. Ces deux éléments contribuent à une plus grande qualité des parcours de soins.

Concernant les professionnels, les innovations testées visaient à répondre aux « irritants » du quotidien et aux difficultés parfois rencontrées pour assurer des soins de qualité. Les professionnels ont mis en place des organisations spécifiques leur ménageant du temps pour se coordonner entre eux et avec le patient, tout en incluant de nouvelles prestations jugées nécessaires, comme le renforcement de la coordination ou l'accès à de nouveaux professionnels,



et par exemple en finançant des dispositifs permettant d'aller vers les patients en particulier pour certaines populations spécifiques. Ces deux aspects – sentiment d'apporter les soins

nécessaires et financement de nouvelles organisations – contribuent à améliorer la satisfaction au travail et à fidéliser les professionnels.

La majorité des expérimentations s'organisent autour de parcours de prise en charge entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social, où la solidarité entre les équipes est matérialisée par une rémunération au forfait, à même de donner une certaine souplesse aux structures coordinatrices des parcours. À ce jour, il n'existe aucun vecteur de financement permettant de rémunérer de manière solidaire des intervenants divers issus de l'ensemble de ces champs.



Seules les expérimentations qui bénéficieront au terme du processus d'une évaluation positive pourront entrer dans le droit commun. Au

jourd'hui, sur 144 expérimentations autorisées, 14 sont arrivées à terme, une trentaine arrive à échéance en 2023 et une quarantaine en 2024. Une quinzaine, au vu des premiers résultats disponibles, pourraient in fine faire l'objet d'une évaluation positive.

Leur entrée dans le droit commun doit être préparée pour capitaliser sur les expérimentations probantes afin de libérer du temps soignant et d'améliorer les prises en charge des patients, y compris par l'élargissement des prestations

remboursées par l'Assurance maladie. Il s'agit également de donner de la visibilité aux actuels porteurs de projets et aux acteurs de la santé pour susciter leur adhésion à ces nouvelles organisations, sur la base du volontariat.

Si certaines expérimentations peuvent être inscrites dans le droit commun sans modification législative, par exemple en s'inscrivant dans le cadre déjà existant des négociations conventionnelles pour les professions de santé libérales, ou en s'appuyant sur des évolutions de la tarification hospitalière, près des 3/4 des expérimentations déploient des parcours faisant intervenir plusieurs acteurs sur des champs variés et reposent sur une rémunération au forfait.

À droit constant, la prise en charge de ces parcours par l'Assurance maladie ne peut pas être inscrite dans le droit commun : il n'existe aujourd'hui aucun vecteur de financement qui permettrait de rémunérer de manière solidaire les différents professionnels intervenant dans de tels parcours.

Pour cette raison, une mesure législative est prévue au PLFSS 2024 visant à créer un cadre générique permettant un financement collectif au parcours, adaptable aux besoins du patient, s'appuyant sur des structures coordinatrices et reposant sur un paiement forfaitaire. Ces rémunérations pourront être mises en œuvre entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.



Des retours d'expérience prometteurs



Le **financement** au parcours est une rémunération forfaitaire collective des acteurs impliqués dans une prise en charge spécifique pour un patient, dont le montant est préétabli et couvre un ensemble de prestations, qui peuvent varier dans une certaine mesure selon la situation des patients. Il représente près des $\frac{3}{4}$ des modèles de financements testés au sein de l'Article 51 avec de grandes variétés de mise en œuvre.

Sur le plan théorique, les rémunérations forfaitaires pluri-acteurs présentent l'avantage de cumuler des incitations pour les professionnels de santé à limiter la délivrance de soins inutiles tout en les poussant à se coordonner efficacement

dans la prise en charge d'un patient. Le forfait pluri-acteurs constituerait ainsi un mécanisme de rémunération incitatif à l'efficacité, les professionnels supportant une partie des risques financiers liés à une surintensité et à la non-qualité des soins.

Les expérimentations nourrissent la réflexion sur la mise en pratique des forfaits notamment leur caractère opérationnel et l'équilibre économique des modèles de financement de chaque expérimentation. Ce qui ressort est donc à ce stade issu de l'exploitation de nombreux entretiens avec les porteurs et expérimentateurs, ainsi que de documents divers, notamment les rapports d'étape et les documents comptables produits par les porteurs.

L'opérationnalité de la rémunération des professionnels impliqués dans les expérimentations



Ce mode de rémunération est opérationnel dans la totalité des expérimentations concernées en ce qu'il permet de verser leurs rémunérations à tous les professionnels impliqués. Différentes modalités de facturation du forfait sont dessinées dans les expérimentations.

Dans l'ensemble, les expérimentateurs adhèrent au principe d'un modèle de paiement forfaitaire, mais dans la pratique, on note que cette adhésion faiblit quand les professionnels qui interviennent s'éloignent du cœur de la

prise en charge et n'ont qu'un faible nombre de patients concernés par l'expérimentation. Dans le cadre des épisodes de soins pilotés par l'hôpital, il peut néanmoins s'avérer difficile d'embarquer les acteurs libéraux.

Surtout, les évaluations font ressortir le ressenti d'une complexité et du caractère chronophage de la facturation. Le problème se situe principalement dans le recueil et la consolidation de l'information nécessaire à la réalisation des paiements.

Des effets sur les organisations et les pratiques



Les financements apportés par l'Article 51, de quelque nature qu'ils soient (crédits d'amorçage et d'ingénierie, forfaits, dotations), permettent de mettre en place et de structurer les organisations de prise en charge. L'avantage du forfait est qu'il semble donner plus de visibilité aux organisations porteuses et qu'il donne aux porteurs une confiance dans la pérennité du financement, ce qui permet par exemple l'embauche de personnels, alors que la dotation peut être perçue comme pouvant disparaître ou être diminuée d'une année sur l'autre.

Le forfait offre aussi une plus grande liberté et capacité d'organisation et d'adaptation à la fois aux besoins spécifiques de chaque patient et aux contraintes « environnementales » supportées par les porteurs. Dans une même expérimentation, différents sites expérimentateurs peuvent mettre en place les modèles d'organisations qui leur conviennent le mieux. Le forfait facilite cette flexibilité qui serait plus difficile à mettre en place avec un paiement à l'acte.

Ainsi, le forfait facilite, voire rend possible, la redistribution des tâches / fonctions / activités entre les professionnels. Les substitutions entre médecins et infirmières sont fréquentes et per-



mettent de recentrer l'activité médicale sur les cas les plus lourds. D'autres substitutions sont observées, entre médecins et pharmaciens. Le forfait paraît permettre d'exploiter un espace où les protocoles de coopérations ne sont pas requis mais la substitution /délégation est utile.

Les parcours mis en place permettent la création ou le renforcement de coopérations entre professionnels, que ce soit au sein d'une structure de soins, ou entre différentes structures. L'impression est qu'en permettant de financer, à partir d'une même enveloppe, des acteurs dont certains ne relèvent pas du domaine de

la santé (notamment des acteurs de la sphère sociale), le forfait renforce la coordination entre professions et fluidifie ainsi les parcours des patients. L'introduction de la valorisation d'un temps de coordination dans les forfaits, même si elle est imparfaite, semble contribuer au fonctionnement de celle-ci : elle permet en particulier de financer des temps dédiés de professionnels à cette activité.

Enfin, la coopération et la coordination se traduisent également à travers le renseignement et l'exploitation d'un SI partagé.

Des enjeux liés au calibrage des forfaits

Il n'apparaît étonnamment pas, à ce stade des travaux d'évaluations, de questionnement sur le calibrage des forfaits en fonction de la variabilité de la lourdeur des patients, ce qui est

un résultat positif. Cette question apparaîtra vraisemblablement au moment de la généralisation avec l'augmentation de la taille des cohortes de patients concernés.

En revanche, nombre d'évaluations font ressortir une sous-estimation des forfaits qui prendraient mal en compte les charges suivantes :

- Pilotage et encadrement de la mise en œuvre de l'expérimentation
- Frais de support (crédits d'amorçage et d'investissements - CAI)
- Frais de coordination des parcours (forfait)
- Frais de développement des SI



Par ailleurs, un point d'attention doit être porté sur le fait que l'équilibre financier des modèles est aussi largement dépendant du nombre d'inclusions et du rythme de montée en charge. Dans l'hypothèse d'un passage dans le droit commun, il sera donc important d'intégrer les crédits d'amorçage et d'ingénierie comme une composante à part entière d'un modèle de rémunération mixte combinant paiement à l'activité et dotations. Par ailleurs Il conviendra, au cas par cas de poser la question d'un seuil minimal d'activité en-deçà duquel il n'est probablement pas soutenable de mettre le parcours en place.



La rémunération au parcours vue par un patient

EMNO

L'Espace Médical Nutrition et Obésité (EMNO) met en œuvre un parcours médico-éducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédago-

gique dématérialisé afin d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'obésité.



« En décembre 2019, j'ai eu mon premier rendez-vous à l'EMNO. J'avais déjà rencontré un chirurgien pour parler de mon opération, parce que j'avais un sérieux problème de poids. C'est lui qui m'a orienté vers le programme EMNO. C'est lors du deuxième rendez-vous, un peu avant le confinement, que l'on m'a proposé d'intégrer l'Article 51. Puis j'ai été opéré pour une pose de Bypass en septembre 2020 et une opération de l'abdominoplastie.

Mon suivi n'est pas encore tout à fait terminé et il me reste des rendez-vous jusqu'en mars, mais je suis content d'avoir pu être dans ce programme. C'est très important d'avoir un suivi à moyen/long terme. Dans mon entourage, j'ai des personnes qui ont fait le même parcours que moi, mais sans avoir de suivi aussi sérieux derrière. Ils se sont un peu retrouvés laissés dans la nature peu de temps après les opérations et ça a engendré des complications, des problèmes...

C'est un suivi assez long, avec des examens, des prises de sang à faire de temps en temps ... peut-être que pour certaines personnes, ça peut paraître « gros » et contraignant, mais je pense que c'est ce qu'il faut pour que ça marche sérieusement.

Toute l'équipe de professionnels est vraiment à l'écoute, même quand ça ne va pas. Surtout quand ça ne va pas, et ça, c'est déjà très important.

À chaque rendez-vous, on voit une infirmière. Tout au long de l'année, il y a aussi des rendez-vous avec une psychologue, une diététicienne et le médecin. C'est une vraie équipe pluridisciplinaire qui travaille ensemble, il y a de la cohérence entre eux. Ils ont accès chacun aux dossiers des uns des autres, donc ce qui est dit par l'un est retransmis au reste de l'équipe...

[Concernant le suivi dématérialisé], je l'ai beaucoup fait dans la période pré-opératoire, avec un module à faire par semaine. Ça tombait bien, c'était pendant le confinement... C'était mon petit jeu de la semaine, c'était sympa. Mine de rien, cela m'a bien préparé avant de rentrer à l'hôpital. Je savais où je mettais les pieds pour les premières semaines et après dans les mois post-opératoires. Par exemple, avec des conseils sur la manière de s'alimenter dans les premiers mois après l'opération, toutes les informations sur la période de changement, la perte rapide de poids, ce que cela peut engendrer sur l'aspect psychologique... Ce sont des petits trucs comme ça que j'ai retenus. Et la plateforme est bien alimentée, c'est vraiment simple d'utilisation.

...



...

Il m'est arrivé d'avoir quelques problèmes entre deux rendez-vous et c'est bien de pouvoir leur passer un coup de fil. Quand le docteur qui me suit estime que c'est "sérieux", il me rappelle, me donne des conseils. En termes de suivi, c'est impeccable. Je vois la différence entre ma situation, avec un suivi sur le long terme et certaines personnes de mon entourage, qui ont eu comme moi, une sleeve, ou un Bypass, ou un anneau, et qui deux ans après leurs opérations reprenaient déjà les mauvaises habitudes. Bien sûr, je ne suis pas irréprochable de A à Z. J'ai moi aussi, repris un peu de poids et je suis remonté à 108. Mais après l'opération j'étais à 90 alors que mon poids de départ était de 170. Ce n'est quand même pas négligeable ! Mais ça m'a permis de reprendre le sport, de réinvestir pas mal de choses.

Sans le suivi à moyen/long terme, je ne sais pas si j'aurais réussi à me « tenir » aussi sérieusement. Et en envisageant la période de fin de suivi qui va arriver en février-mars, je n'ai pas peur ! Grâce à l'équipe, j'ai appris comment maîtriser mes excès, reprendre un peu la main sur mon alimentation. Et c'est sûr que sans eux, cela n'aurait pas été possible. »

Dylan*, Bourgogne-Franche-Comté

* Prénom modifié

Un élargissement de la régulation du SAMU aux chirurgiens-dentistes



Le PLFSS 2024 inclut également une mesure permettant aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires dans les centres de réception et de régulation des appels des SAMU-Centre 15 mentionnés à l'article L 6311-2 du code de la santé publique. (voir ci-dessous)

La mesure vise à améliorer l'efficacité de l'organisation de la permanence des soins dentaires, la pertinence du recours aux soins aux horaires de permanence et la sécurisation du dispositif (notamment par une meilleure connaissance des protocoles sanitaires en vigueur dans les cabinets dentaires libéraux), à améliorer la ré-

ponse aux besoins de soins dentaires urgents les dimanches et jours fériés (conseils, prescriptions, orientation), à diminuer ainsi le temps d'attente pour la prise en charge si elle est nécessaire, et à désengorger la régulation médicale du SAMU-Centre 15 des appels relevant de l'odontologie.

Un décret en Conseil d'État précisera l'organisation de la régulation dentaire. Le montant du forfait de régulation par les chirurgiens-dentistes devrait faire l'objet d'un avenant à la nouvelle convention issue des discussions en cours entre l'Assurance maladie et les syndicats représentatifs.



La régulation des urgences dentaires

L'accès à la permanence des soins dentaires est aujourd'hui assuré dans le droit commun par les médecins régulateurs de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ou de l'aide médicale urgente (AMU) dont le rôle se limite souvent par manque de temps, à orienter le patient vers le cabinet dentaire de garde le plus proche.

Durant la première période de confinement COVID 19, la plupart des cabinets de chirurgiens-dentistes étant fermés en journée, une régulation en semaine par des chirurgiens-dentistes de l'accès à ces consultations urgentes, a été mise en place par certaines ARS (via parfois un financement FIR) et a permis de mesurer la plus-value d'une telle organisation.

Cette expérience ponctuelle est à l'origine de l'expérimentation Article 51 mise en place dans dix régions, 26 départements, lancée progressivement à partir de février 2022 pour une durée de 2 ans et qui vise les dimanches et jours fériés, à permettre aux chirurgiens-dentistes d'assurer la régulation de la permanence des soins dentaires au sein même des centres de régulation SAMU-Centre 15. Ce projet inter-régional co-construit par un groupe d'ARS sous l'égide de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes et Grand Est, mais également par les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des chirurgiens-dentistes qui participent déjà à l'organisation de la permanence des soins dentaires, a été mis en œuvre selon un calendrier propre à chaque région. Les trois premières régions expérimentatrices (ARA, GRE et Bretagne), ont commencé au 1^{er} semestre 2022, et devraient arriver en fin d'expérimentation à partir de février 2024. La dernière région à avoir rejoint l'expérimentation est la Bourgogne-Franche-Comté qui a démarré en mars 2023. Le calendrier de l'expérimentation couvre donc plusieurs années.

L'objectif de cette expérimentation est d'améliorer l'efficacité de la permanence des soins dentaires, l'organisation, la pertinence du recours aux soins, de désengorger la régulation médicale du SAMU-Centre 15 des appels portant sur l'odontologie. Cet objectif est atteint selon les résultats intermédiaires de cette expérimentation de juillet 2023 qui confirment les rapports d'étapes produits chaque année par les Ordres départementaux et les ARS. Cette appréciation est également partagée par les régulateurs médicaux et dentaires et les chirurgiens-dentistes participant à la garde qui font état de l'amélioration constatée aussi bien au niveau des centres de régulation SAMU que des cabinets de garde.

Au-delà des nuances régionales dans les organisations mises en place, on retrouve des modes de fonctionnement majoritaires qui correspondent aux attentes des professionnels : la régulation dentaire assure une bonne orientation des patients du régulateur dentaire vers la garde, tout en assurant un filtre efficace (seuls 55 % des appels donnent lieu à une orientation vers la garde, les 45 % restant étant gérés par des conseils téléphoniques ou des télé-prescriptions). 97 % des patients reçus dans les cabinets de garde relèvent réellement de l'urgence. La régulation impacte positivement l'effectif, apporte davantage de sérénité au dentiste de garde (pas de venues non pertinentes, pas de gestion de salle d'attente, ni de violences verbales, plus de temps...). La régulation équilibre le niveau d'utilisation des différentes gardes disponibles dans la PDSA dentaire départementale même si on ne constate pas de réduction de l'activité sur les zones en tension. C'est donc tout le dispositif régulation/garde qui se trouve optimisé. Le modèle économique s'avère simple et est reconnu par les professionnels.



Les expérimentations visées par la PPL bien vieillir

Lors de la restitution du Conseil national de la refondation (CNR) sur le « Bien vieillir », le 4 avril, le ministre des Solidarités Jean Christophe Combe a annoncé les quatre axes de la future réforme du grand âge : repérage de l'isolement et prévention de la perte d'autonomie, simplification de la vie des professionnels et des aidants, accessibilité de l'offre et en particulier des Ehpad, lutte contre les maltraitances et moralisation du secteur.

Premier volet de cette réforme, la proposition de loi « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir en France » a été adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 5 avril. Le texte apporte des

évolutions en matière de lutte contre la maltraitance (création d'une instance départementale de recueil et de suivi des signalements de maltraitance), de vie en établissement (droit de recevoir la visite de ses proches) ou encore de soutien aux intervenants de l'aide à domicile (création d'une carte professionnelle) et aux mandataires judiciaires à la protection des majeurs (formation annuelle continue).

L'examen en première lecture par l'Assemblée nationale de la proposition de loi « portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir en France » a débuté le 11 avril et sa poursuite est programmée à partir du 20 novembre.

Deux mesures du texte actuel prennent appui sur des cadres expérimentaux Article 51 :

- La généralisation en 2025 du programme ICOPE conçu par l'OMS pour dépister et prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans, prenant en compte les enseignements acquis de l'expérimentation en cours de déploiement dans neuf régions depuis 2022 ;
- La généralisation en 2025 dans chaque département des équipes locales sur les aides techniques (Eqlaat) auxquelles sont ajoutées des missions sur les aménagements de logement et sur des actions de sensibilisation, d'information et de formation des personnes handicapées, des personnes âgées, des proches aidants et des professionnels sur les aides techniques.



La possibilité d'expérimenter les antennes de pharmacie réaffirmée par la PPL Valletoux

L'innovation et notamment celle portée par l'Article 51 se veut parfois apporter une réponse à l'inégalité d'accès à la santé dans les zones où l'offre sanitaire fait défaut. La dérogation ayant ouvert la voie aux expérimentations « antennes pharmaceutiques » lorsque l'offre de pharmacie est compromise a été créée par l'article 95 de la loi Accélération et Simplification de l'Action Publique (ASAP) du 7/12/2020. Cet article utilise l'Article 51 comme vecteur d'innovation.

L'ARS PACA a été la première à utiliser cette dérogation pour publier un arrêté régional autorisant la création d'une antenne de pharmacie à Tende (06) dans la vallée de la Roya récemment touchée par une catastrophe naturelle qui a entraîné la fermeture de la pharmacie locale. Le pharmacien-adjoint chargé de cette antenne n'a pu être recruté pour l'heure faute de candidats ayant maintenu leur candidature. Quatre autres ARS sont mobilisées afin de proposer des projets dans des zones de « déserts pharmaceutiques » : Auvergne Rhône Alpes (avec la situation particulière de la pharmacie de Crémeaux (42), Corse (Pharmacie de Cozzano), Bretagne (pharmacie d'Ouessant), Centre Val de Loire.

La mise en œuvre de cette disposition a été freinée par des éléments de conception plus complexes que prévus :

- Des questions juridiques préalables (notamment par la question du statut de l'antenne pharmaceutique) qui nécessitent des adaptations législatives.
- Des questions techniques : La DGOS, l'équipe nationale art 51, la Cnam, l'ANS, le CNOP et les équipes de Pharma-SI travaillent sur l'ensemble des obstacles techniques à surmonter (numéros de licence, numéro FINESS, enregistrement RPPS, carte CPS etc.).
- La nécessité de mutualiser la réflexion d'un modèle d'organisation autour d'un cahier des charges socle commun avec déclinaison régionale, au regard des différentes situations.

À ce titre, le ministère coordonne avec ses partenaires une réflexion afin d'élargir le cadre des dérogations législatives et avancer au plus vite sur des solutions techniques pour proposer aux ARS un modèle de cahier des charges socle.

La PPL Valletoux votée à l'Assemblée nationale ce printemps modifie et complète la dérogation pour l'Article 51.

L'objectif est de rendre l'ensemble du dispositif législatif technique et organisationnel opérationnel à l'issue de l'adoption de la PPL dite Valletoux.



QUELLES PERSPECTIVES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE ?

Des perspectives émergent en termes de déploiement et d'observance de l'activité physique adaptée avec le développement de formats hybrides des séances, de programmes

passerelles pour une inscription durable dans les habitudes des patients mais également des recommandations de la mission Delandre. (voir [Les annexes - Focus APA](#))

ZOOM sur La mission Delandre

Un recours à une thérapie non médicamenteuse

Six ans après la loi du sport sur ordonnance, la Haute Autorité de Santé rappelait en septembre 2022, que l'activité physique « doit définitivement être considérée comme un traitement à part entière » et être prescrite à ce titre par les médecins. L'activité physique « limite le risque de récurrence de certains cancers du sein, diminue par deux le risque de passage d'un état prédiabétique à un diabète, réduit le facteur de risque de maladies chroniques ou encore permet le maintien de l'autonomie des personnes âgées ». Selon le baromètre « Sport et Santé » Seul un tiers des français déclarait s'être vu conseiller la pratique d'un sport dans le cadre de son parcours de santé ». Face à ce constat, le ministre de la santé et de la prévention et la ministre des sports ont confié au Dr Dominique Delandre, médecin généraliste et adjoint aux sports à Montargis (Loiret), une mission visant à accélérer le déploiement du sport-santé et encourager les professionnels de santé à promouvoir une activité physique « adaptée aux besoins et contraintes des patients qui présentent des maladies chroniques ».

Pour ce faire, la mission Delandre a identifié, recensé et évalué les initiatives sport et santé. Elle a formulé des propositions et recommandations pour accélérer le déploiement du sport en santé et favoriser sa connaissance et son appropriation par l'ensemble des acteurs.

À ce titre, elle a identifié les expérimentations Article 51 intégrant l'activité physique adaptée dans le parcours de soins. Si les expérimentations varient dans leurs indications, leur durée, leur intensité et leur programme passerelle vers des maisons sport et santé, elles présentent tant dans leur organisation, leur mise en œuvre que dans leur modèle de financement des caractéristiques communes pouvant contribuer à définir un cadre commun.



COUP D'ŒIL SUR LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION DELANDRE SUR L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

- **Une prescription médicale** de l'activité physique adaptée à tout patient réunissant les conditions suivantes :
 - Le patient a une maladie et/ou un état fonctionnel pour lesquels l'APA a démontré ses effets bénéfiques
 - Il n'a pas déjà un niveau d'AP régulière égal ou supérieur aux recommandations pour la santé de l'OMS
 - Il ne peut pas augmenter son niveau d'AP en autonomie, de façon adaptée et de façon sécurisée
 - Il accepte de suivre un programme d'APA et un changement de comportement plus actif est à terme envisageable ;
- **Un parcours type d'APA** se compose de deux à trois séances d'activité physique par semaine, sur une période de 3 mois éventuellement renouvelable. Chaque séance d'APA dure entre 45 et 60 minutes et associe des AP d'endurance aérobie et de renforcement musculaire. Le programme est précédé au minimum d'une évaluation médicale basique, complétée d'une consultation médicale d'activité physique si l'indication est retenue. Elle est adaptée aux capacités, besoins et envies du patient, et supervisée par un professionnel de l'APA. Elle doit être associée à un accompagnement vers un changement de mode de vie de la personne avec une majoration de l'AP quotidienne et une diminution du temps passé à des activités sédentaires ;
- **Une prise en charge par l'Assurance maladie ;**
- **Une campagne de promotion** sur l'APA ;
- **Une formation initiale et continue des médecins** sur l'impact de l'activité physique sur la santé, la promotion de l'AP et la prescription d'APA à visée thérapeutique.



CONCLUSION

Avec la diminution progressive du nombre de projets déposés et l'appréciation en opportunité dès le stade de l'instruction au regard du portefeuille d'expérimentations autorisées (voir chapitre 2 du rapport au parlement 2022), le nombre de nouvelles expérimentations autorisées se réduit, reflétant une sélectivité accrue

lors de l'instruction des projets. L'année 2022 a ainsi marqué le pas avec 21 nouveaux projets autorisés à mettre en regard des 33 et 38 projets autorisés en 2021 et 2020. 2023 poursuit la tendance avec 8 nouveaux projets autorisés au 30 septembre 2023.

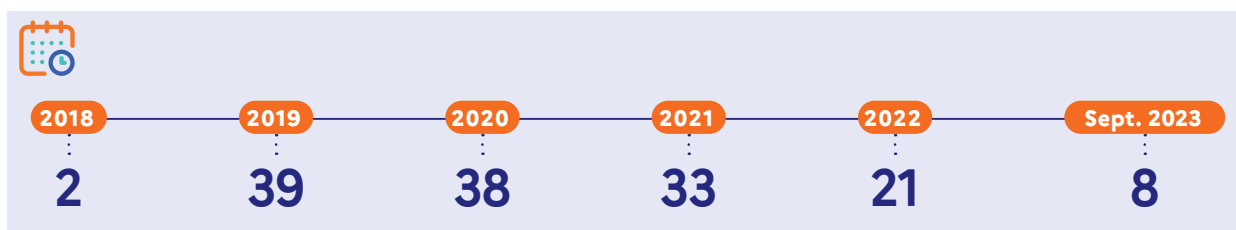


Figure 20 : Nombre d'expérimentations autorisées par an (date de publication), hors XP réintégrées⁵

Compte tenu du nombre d'expérimentations en cours de déploiement et arrivant à échéance, l'année 2024 devrait également rester dans ce même ordre de grandeur. Avec un nombre d'expérimentations terminées supérieur aux nouvelles expérimentations autorisées en 2023 et 2024, le renouvellement du portefeuille devrait connaître une nouvelle dynamique à compter de 2025.

Les priorités de l'année en cours et pour les deux prochaines années sont le suivi des expérimentations en cours de déploiement et l'adaptation de la transformation portée par les innovations organisationnelles

La multiplicité des thématiques expérimentées peut interroger sur les modèles novateurs qui pourront émerger, aussi il apparaît pertinent d'initier des travaux de cartographie pour définir les futures priorités du dispositif.

Après 5 ans d'existence, le portefeuille d'expérimentations 51 est riche et divers, illustrant les défis auxquels le système de santé doit faire face mais également la dynamique et l'engagement des professionnels pour l'amélioration de la prise en charge et des parcours de santé.

Les expérimentations nourrissent les évolutions en cours et inspirent le droit commun à venir. Elles viennent ainsi concrétiser la promesse initiale du dispositif lors de sa création de contribuer à la transformation du système de santé.

5. NB : La méthode de décompte utilisée dans le rapport 2022 a été modifiée



LISTE DES ABRÉVIATIONS

AAP : Appel à projets

Adm : Administration

AIPD : Analyse d'impact relative à la protection des données

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

APA : Activité physique adaptée

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARS : Agence(s) régionale(s) de santé

ASE : Aide sociale à l'enfance

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

A51 : Article 51

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CHS : centre hospitalier spécialisé

CMP : centre médico-psychologique

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 : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CSO : Centre spécialisé de l'obésité

CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSSAC : Centre(s) de Santé sexuelle d'approche communautaire

CTIS : Comité Technique de l'Innovation en Santé

CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé

DCGDR : Direction(s) 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

DRAD : Dispositif(s) renforcé(s) de soutien au domicile

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

DU : Décision unique

EDS : Épisode(s) De Soins

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

ENP : Équipe nationale de projet

EPDS : Échelle de dépression post natale d'Édimbourg

EQLAAT : Équipe(s) locale(s) d'accompagnement sur les aides techniques

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

FRU : Forfait Réorientation des Urgences

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GTT : Groupe technique de travail

HAS : Haute Autorité de Santé

HP : hôpital psychiatrique

HSB : Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

ICOPE : Integrated Care for Older PEople



IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État de Coordination

IPEP : Incitation(s) à une Prise En charge Partagée

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

IST : infection sexuellement transmissible

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MOOC: Massive Open Online Courses

MPOX : Monkeypox humain

MS: Microstructures

MRTC : Mission retrouve ton cap

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PEGASE : Programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance

PEPS : Paiement(s) en Équipe des Professionnels de Santé

PH : Personnes en situation de Handicap

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PRADO : Programme de retour à domicile

PRALIMAP : Promotion de l'alimentation et de l'activité physique

PRECIDIVE : Prévention de la récurrence de la maladie chronique sévère

PREMs: Patient-Reported Experience Measures

PrEp : Prophylaxie pré-exposition

PROMs: Patient-Reported Outcome Measures

Répap : Référent parcours périnatalité

RSMO : Réseau de Santé le Mans Ouest

SAS : Service d'accès aux soins

SECPa : Structure d'exercice coordonné participative

SI : Système d'information

SMR : Service médical rendu

SNDS : Système national des données de santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T3T : Test to treat

TDS : travailleurs du sexe

TLS : Télésurveillance

TSLA : Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

XP : Expérimentation

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – 12 principaux types de prise en charge pour l'ensemble des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorité, en volume de bénéficiaires ciblés.....	6
Figure 2 – Part de chaque type de population ciblée pour l'ensemble des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorisation, en nombre de bénéficiaires ciblés	6
Figure 3 – Part de chaque type de finalité pour l'ensemble des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorisation.....	6
Figure 4 – Taux inclusion sur les 127 expérimentations.....	6
Figure 5 – Répartition des expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation, par type de prise en charge.....	7
Figure 6 – État de l'instruction pour les 1 174 projets déposés au 31 août 2023.....	17
Figure 7 – Nombre d'expérimentations en cours de déploiement dans chaque région	18
Figure 8 – Part de chaque secteur financé pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.....	19
Figure 9 – Part de chaque catégorie de porteur pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.....	19
Figure 10 – Évolution des populations ciblées entre 2019 et 2023.....	20
Figure 11 – Cinq principaux types de prise en charge en nombre de bénéficiaires ciblés	23
Figure 12 – Évolution du nombre des expérimentations des six premières prises en charge depuis 2019.....	23
Figure 13 – Part de chaque type de prévention dans les expérimentations ayant été autorisées et intégrant une démarche de prévention.....	25
Figure 14 – Part de chaque modèle de financement pour les 144 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation.....	25
Figure 15 – Montant du FISS engagé et part du FISS exécuté par année	26
Figure 16 – Évolution de chaque poste de dépenses exécutées par année.....	27
Figure 17 – Nombre de republications par année pour les expérimentations concernées	28
Figure 18 – Nombre de republications concernées pour chaque motif de republication identifié.....	28
Figure 19 – Heatmap des répartitions des 144 XP ayant fait l'objet d'une autorisation, par type de prise en charge et public ciblé	30
Figure 20 – Nombre d'expérimentations autorisées par an (date de publication), hors XP réintégrées	84



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*