MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

Rapport au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé

(article 51 de la loi de financement pour la Sécurité sociale pour 2018)

Art. 51
Innovation
En santé

« L'article 51 a vocation à mieux accompagner les professionnels dans les initiatives qu'ils attendent de nous depuis des années ». C'est en ces termes, qu'Olivier VERAN évoquait l'article 51 en novembre 2017, lors des débats précédant son adoption. L'article 51, c'est donc la promesse de préparer le terrain pour réformer nos modèles de régulation, afin d'encourager des modalités de prise en charge innovantes.

Bientôt trois années se sont écoulées depuis l'entrée en vigueur de ce cadre expérimental. Dans le dernier rapport transmis au Parlement l'an dernier, nous faisions état du chemin alors parcouru jusqu'à l'autorisation des premiers projets. En cette année 2020 si singulière, la crise du COVID a agi comme un révélateur de la capacité des acteurs de santé à innover face à l'urgence. L'année 2020 est aussi l'année de la concrétisation des 25 premières expérimentations article 51. Le concept théorique d'expérimentation innovante prend corps et nous en témoignons au travers du récit des premiers patients en bénéficiant parmi lesquels figure Louis.

Cette année 2020, Louis, un patient pour lequel sa maladie d'Alzheimer aurait nécessité une admission en EHPAD a pu retrouver de l'autonomie et continue, à l'heure actuelle, à résider à son domicile. Cette évolution inattendue est l'un des premiers résultats observés sur l'expérimentation EQUILIBRES que l'article 51 a permis.

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.

Pour Louis, cette expérimentation a permis à l'infirmière de ne plus réaliser les soins de nursing au lit, mais à prendre le temps de le remobiliser, pour l'accompagner et maintenir autant que possible son autonomie. C'est dans le cadre de cette expérimentation que Louis peut désormais se raser, se laver les dents, faire une partie de sa toilette. C'est aussi dans le cadre de cette expérimentation que son épouse a pu bénéficier de l'écoute et de l'accompagnement dont elle avait besoin, pour envisager sereinement le maintien à domicile de Louis.

L'engouement pour l'aventure expérimentale se poursuit et sort renforcé de la crise Covid : 810 projets ont frappé à la porte de l'article 51 depuis 2018, dont 528 initiatives se sont révélées éligibles. 71 projets ont été autorisés (26 lors du rapport au parlement 2019) malgré l'impact de la crise sanitaire.

Cette dynamique, fondée sur le triptyque « Co-construire, Tester, Evaluer », mobilise une large communauté d'individus, qu'il s'agisse des expérimentateurs, des professionnels des ARS, du Ministère et de l'Assurance Maladie, ou encore des évaluateurs. Leur engagement commun donne forme à un équipage polymorphe où s'effacent progressivement les postures traditionnelles entre tutelle, financeur et offreur de soins.

Ce collectif incarne les promesses de l'ambition initiale de l'article 51. Parmi les expérimentations autorisées, plusieurs peuvent d'ores et déjà être identifiées comme inspirantes pour de futures transformations, en matière d'évolution des métiers et changement des pratiques professionnelles, de transformation des modèles de financement ou d'ingénierie financière.

N'oublions pas de rappeler que le dispositif 51, unique dans le paysage institutionnel, est encore jeune et en devenir. 2021, année où les premières expérimentations arriveront à leur terme, nous permettra de mesurer combien et comment l'article 51 a tenu ses promesses.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE 1 L'ESSENTIEL EN UN COUP D'OEIL 7

CHAPITRE 2 UN CONTEXTE INEDIT 8

L'impact de la crise Covid sur les expérimentations en cours 8

Pendant la crise, les équipes 51, nationale et régionales, s'adaptent et les travaux continuent ... 9

La crise COVID : des dérogations et des innovations organisationnelles tous azimuts 10

CHAPITRE 3 QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DES PATIENTS ? 13

De plus en plus de patients inclus 13

Les patients témoignent 13

Bientôt, clap de fin pour 4 expérimentations autorisées 16

CHAPITRE 4 COUPS DE PROJECTEUR SUR LA SANTÉ MENTALE ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE 17

La Santé Mentale dans le 51 17

L'Activité Physique Adaptée dans le 51 18

CHAPITRE 5 COUPS DE PROJECTEUR : LES PRODUITS DE SANTÉ, NUMÉRIQUE ET TÉLÉSANTÉ DANS LE 51 20

Le DM numérique 22

La télésanté 23

CHAPITRE 6 QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DES EXPERIMENTATIONS AUTORISÉES ? 24

Une approche populationnelle pour 1 projet sur 2 24

Répartition des projets par pathologie 25

Des expérimentations au cœur de priorités gouvernementales 25

Quelle est la durée des expérimentations ? 26

Quels statuts ont les porteurs de projets ? 26

Quels professionnels sont impliqués dans les expérimentations ? 26

Combien de patients bénéficieront des expérimentations ? 26

Dans quels secteurs les expérimentations ont-elles vocation à se déployer ? 27

241 déclinaisons territoriales des expérimentations (à l'initiative d'acteurs et AMI) 28

Coup de projecteur sur les initiatives ministérielles 29

PEPS en un clin d'œil 29

IPEP en un clin d'œil 30

EDS en un clin d'œil 31

Avancement des AMI PEPS, IPEP et EDS 32

Les avancées du forfait réorientation urgence 33

En devenir : les AMI en cours en 2020 33

CHAPITRE 7 QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DU FINANCEMENT DES EXPERIMENTATIONS ET MODELES TESTÉS ? 34

Quelles mobilisations du FISS et du FIR ? 34

Impact financier des expérimentations autorisées 34

Quelles perspectives pour la suite ? 35
Une méthode éprouvée : comment se construisent les modèles de financement avec l'Article 51 ? 35
Quels modèles de financement sont développés avec l'Article 51 ? 36
Financement à la séquence, vers plus de coopération ? 36
La part variable à l'essai - un modèle incitatif ? 37
Paiement à la capitation - pour développer la prévention ? 37
Vers des paiements combinés ? 38
CHAPITRE 8 QUOI DE NEUF POUR LES EXPÉRIMENTATEURS ? 39
Les porteurs de projets en parlent 39
Des outils pour se rassembler et s'autonomiser : Accélérateurs, guides et webinaires 39
Développement de l'accélérateur 39
Mise à disposition de guides et webinaires 41
Les premiers pas de la communauté de pratique 41
Le grand rendez-vous annuel des expérimentateurs 41
CHAPITRE 9 QUOI DE NEUF POUR L'EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS ? 43
En quoi consistent les évaluations des expérimentations Article 51 ? 43
Les différentes étapes de l'évaluation 44
Focus sur l'élaboration du protocole d'évaluation 45
Données de santé : quelle place dans l'évaluation ? 46
CHAPITRE 10 QUOI DE NEUF POUR LES PORTEURS ? 47
Que sont devenus les projets proposés ? 47
Portrait des 528 porteurs de projets recevables 48
Quel statut pour les porteurs ? 48
Quelle population est ciblée par les projets ? 48
Dans quel(s) secteur(s) se déploient-ils ? 48
CHAPITRE 11 QUOI DE NEUF CHEZ NOS VOISINS ? 49
L'Article 51, un regard international 49
Benchmark des dispositifs favorisant l'innovation organisationnelle et financière en santé 49
Le CMMI, centre d'innovation de Medicare et Medicaid aux Etats-Unis 49
L' innovationsfund en Allemagne 50
Les AHSN, structures d'accompagnement des organisations innovantes en Angleterre 50
CHAPITRE 12 3 ANS APRÈS SA CRÉATION, QUELLES SONT LES AMBITIONS TENUES PAR LE 51 ? 51
ANNEXES 55
ANNEXE 1 LES MACRO PLANNINGS DES AMI 56

Liste des sigles utilisés

AMI : Appel(s) à Manifestation d'Intérêt

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

APA : Activité Physique Adaptée

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

AHSN : Academic Health Science Networks

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Covid : Corona Virus Disease

CSS: Code de la Sécurité Sociale

CTIS: Comité Technique de l'Innovation en Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CMMI : Center for Medicare and Medicare Innovation

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

DAC : Directions de l'Administration Centrale

DCIR : Datamart de Consommation Inter Régimes

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

DM : Dispositif(s) Médical(aux)

DMDIV : Dispositif Médical de Diagnostic *In Vitro*

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

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

EDS : Épisode(s) De Soins

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

FIR: Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

ICOPE : ICOPE (Integrated Care for Older PEople

IDEL : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Libéral(e)

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

LGBT : Lesbienne Gay Bisexuel Transgenre

LPP : Liste des Produits et Prestations

NHS : National Health Service

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

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

RG : Rapporteur(e) Général(e)

RGPD : Règlement général de protection des données

SNDS : Système national des données de santé

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

URPS : Union Régionale des Professionnelle de Santé

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

CHAPITRE 1
L'ESSENTIEL EN UN COUP D'OEIL

Les chiffres-clés du 51 en 2020

71 projets autorisés à fin octobre 2020 couvrant la quasi-totalité du territoire

25 expérimentations ont démarré au 1er novembre 2020

14 expérimentations mobilisant la télésanté

Plus de 200 000 patients concernés (hors AMI)

3 projets autorisés sur 5 concernent une seule région

342 millions € de dépenses autorisées sur 5 ans sur le FISS

6 nouveaux types de modèles de paiement testés

Les ¾ des expérimentations concernent des prises en charge réalisées en ville

CHAPITRE 2
UN CONTEXTE INEDIT
En 2020, le 51 à l'épreuve de la pandémie du COVID

L'impact de la crise Covid sur les expérimentations en cours

L'impact de la crise sur le démarrage et la mise en œuvre des projets déjà autorisés et l'inclusion des premiers patients a été contrasté : accélération du démarrage pour certains, ralentissement ou arrêt pour d'autres. Pour ces derniers, des solutions transitoires possibles ont été identifiées et seront mises en place en fonction des besoins.

> « *Pour le projet DEPIST C PHARMA, dépistage par TROD de l'hépatite C (Test Rapide d'Orientation Diagnostique à résultat immédiat obtenu à partir d'une goutte de sang prélevé au bout du doigt) par des pharmaciens d'officine, la première phase en septembre 2019 a été de former les pharmaciens à l'hépatite C et à la réalisation des TROD mais aussi leurs préparateurs à la sensibilisation au dépistage et aux facteurs de risque. A partir de l'inclusion du 1er patient le 1er octobre 2019, les dépistages ont été nombreux sur les deux premiers mois ; puis la vaccination antigrippale a ralenti les inclusions jusqu'en février. Nous avons inclus d'autres pharmaciens dans le projet après une 2ème formation en novembre et les inclusions ont véritablement repris en février 2020. Mais, le confinement a cassé la dynamique instaurée, d'autant que les pharmaciens ont été mobilisés du 15 mars au 04 octobre pour la distribution des masques du stock d'Etat à destination des professionnels de santé. Ce qui nous a laissé un mois pour redémarrer le projet avant la nouvelle campagne de vaccination antigrippale débutée le 13 octobre avec un franc succès et l'arrivée de la deuxième vague et le re-confinement. Les résultats préliminaires ont démontré l'intérêt des facteurs de risque pour orienter le dépistage de l'hépatite C. A l'exemple d'autres actions de dépistage massif, l'âge semble être le facteur le plus discriminant pour découvrir des personnes s'ignorant porteurs du virus de l'hépatite C, avec une barre à 40 ans. La faisabilité de ce type de dépistage, rapide et à résultat immédiat est démontrée. Le succès actuel des TROD COVID conforte ce résultat. Projet après projet, vaccinations, éducation thérapeutique, dépistage, la pharmacie officinale devient un lieu de santé au-delà de la délivrance de médicaments* ».
>
> *Témoignage du porteur de l'expérimentation Dépist'C Pharma, transmis le 27 octobre 2020*

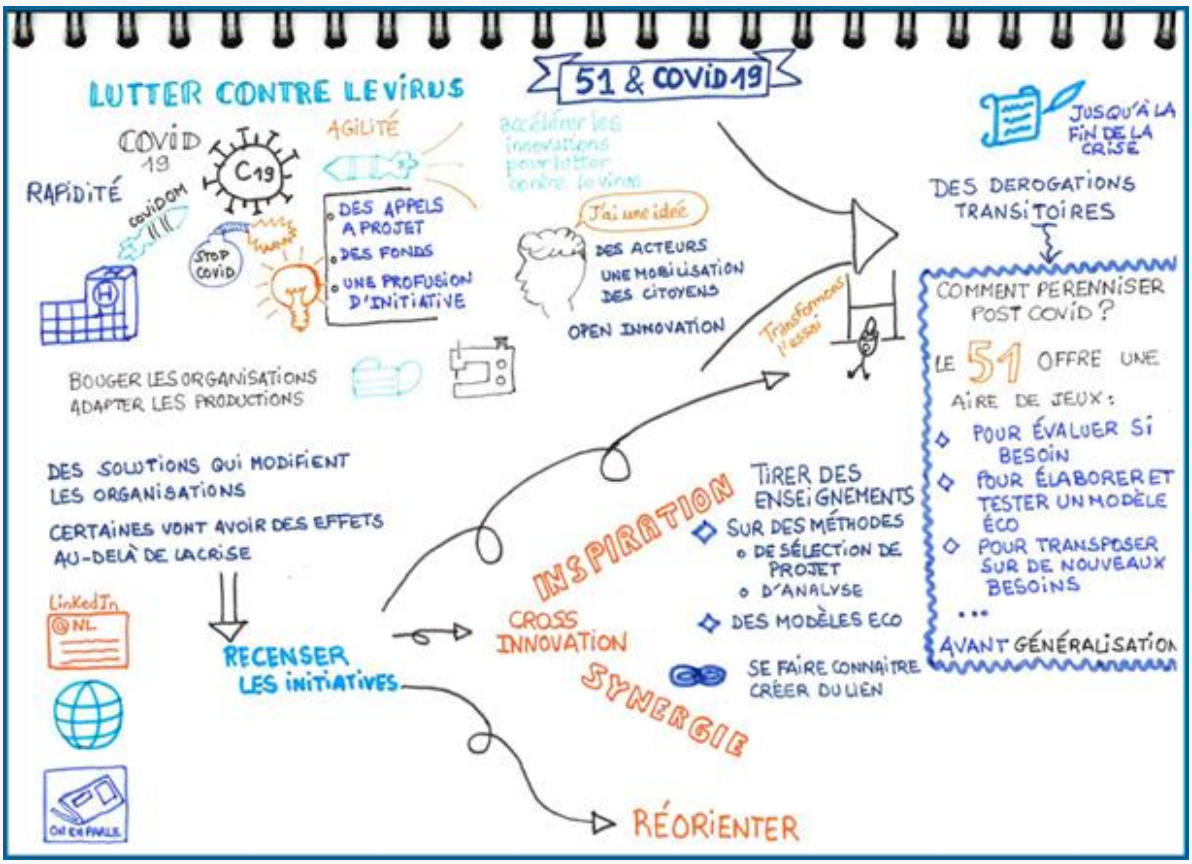
L'impact de la crise a pu par ailleurs conduire à l'émergence de nouveaux projets. C'est le cas pour le projet de prise en charge en microstructures médicales des patients fragilisés par la crise sanitaire et également pour le projet de télésurveillance du diabète gestationnel dans un territoire non couvert par une expérimentation déjà en cours, en proposant le même modèle organisationnel mais avec des outils différents.

Un exemple de projet 51 né de la crise : l'expérimentation « microstructures post-Covid »

En avril 2020, au cœur de la crise sanitaire et en pleine période de confinement, la Présidente de la Coordination Nationale des Réseaux de Microstructures (CNRMS) a proposé un projet d'expérimentation visant à mobiliser les réseaux de microstructures médicales « addictions » existants, afin d'élargir la population cible actuelle des microstructures (patients souffrant d'addictions) pour prendre en charge des patients fragilisés par la Covid 19 et le confinement.

Le projet prévoit de s'appuyer sur le modèle éprouvé des « microstructures addictions » (faisant actuellement l'objet d'une expérimentation Article 51 autorisée sur le modèle de financement) et de l'adapter aux besoins émergents liés à la crise sanitaire, à ses incidences et à la crise économique. Le modèle sera donc transposé aux patients présentant des situations complexes autres que l'addiction. La prise en charge pluri professionnelle assurée aujourd'hui par les microstructures, autour d'un médecin généraliste, d'un psychologue et d'une assistante sociale, sera étendue à des patients qui nécessiteront un accompagnement médical, psychologique et social du fait de la crise sanitaire et de ses conséquences. L'équipe sera complétée par l'intervention d'un psychiatre et des partenariats étroits seront à construire par les microstructures avec les acteurs du champ de la santé mentale dans les territoires.

Pendant la crise, les équipes 51, nationale et régionales, s'adaptent et les travaux continuent



Au début de la période de confinement, l'équipe 51 a pris contact avec tous les porteurs de projets en cours d'instruction afin d'échanger avec eux sur l'impact de la crise et leur disponibilité ou non pour poursuivre le travail sur leur projet.

Pour quelques-uns, l'instruction s'est poursuivie pendant la période et dès les mois de mai et juin, ces projets ont pu être soumis à la validation du comité technique d'innovation en santé.

Cette période de ralentissement de l'activité dans l'instruction des projets et l'accompagnement des porteurs a été mise à profit par l'équipe nationale pour lancer des travaux de fond :

- Production d'outils : guide de facturation, guide du modèle de financement, livret du porteur de projet, outil de suivi des projets.
- Ré-interrogation du processus d'instruction en vue d'une simplification et d'une amélioration des délais.
- Préparation d'une enquête auprès des porteurs de projets

Dès l'annonce de la sortie du confinement, la reprise de l'activité a été nette et s'est densifiée du côté des porteurs de projets, tant sur la finalisation des projets en cours que sur le dépôt de nouveaux projets (35 projets déposés entre avril et fin juin). Dans le même temps, et malgré le maintien d'une forte mobilisation des équipes 51 régionales en renfort au sein des centres de crise, l'instruction des projets a pu reprendre avec des modalités d'organisation adaptées notamment pour les séances d'accélérateur dans un format à distance.

La crise COVID : des dérogations et des innovations organisationnelles tous azimuts

Durant la crise sanitaire, le ministère des Solidarités et de la Santé a ouvert la possibilité de déroger à de nombreuses mesures réglementaires pour lever des obstacles organisationnels et permettre de s'adapter au contexte de la crise (voir cartographie pages suivantes).

Certaines de ces dérogations ont permis la mise en place d'organisations proches de celles proposées dans des projets d'expérimentation de l'article 51 et notamment sur l'organisation de prises en charge à distance, avec des missions renforcées ou déléguées à certains acteurs de santé de proximité.

Le dispositif « article 51 » pourrait être une voie possible pour évaluer certaines des organisations dérogatoires mises en place pendant la crise lorsqu'elles ne sont pas pérennisées. Cela pourrait notamment être le cas pour des projets dont l'organisation aurait été testée pendant la crise et pour lesquels un modèle économique serait à construire en vue d'une généralisation.

Les dérogations ouvertes pendant l'état d'urgence sanitaire :

Biologistes et laboratoires de biologie médicale

Prélèvement d'un échantillon biologique réalisé dans tout lieu présentant des garanties suffisantes de qualité et de sécurité sanitaire autres que ceux prévus par la règlementation, prélèvement possible à l'extérieur de la zone d'implantation du laboratoire de biologie médicale qui réalise la phase analytique de l'examen.

Télémédecine et télésoin

Recours ouvert à de nombreux professionnels de santé. Elargissement de la télésurveillance autorisée pour les maladies chroniques, notamment diabète et insuffisances cardiaques chroniques.

Tiers payant généralisé de manière dérogatoire pour certains cas

Prise en charge à domicile ou à distance dans le champ de la santé mentale et du SSR.

Diversification et transformation des modes d'accompagnement des personnes en situation de handicap à domicile ou accueillies en établissement médico-social : téléconsultations, renforcement de la coordination, astreintes, accès facilité aux transports, ouverture des conditions de recours à l'HAD.

Prise en charge par l'Assurance Maladie de consultations complexes pour les personnes vulnérables et atteintes d'une affection de longue durée, réalisée en présence du patient par le médecin traitant, ou par tout autre médecin impliqué dans la prise en charge du patient en l'absence de médecin traitant désigné complexes.

Adaptation des modalités de prises en charge en EHPAD

Interventions à domicile (thérapeutiques ou psychologiques, ou d'assistance pour le répit de l'aidant) pour les personnes ne pouvant plus être accompagnées par l'accueil de jour.

Utilisation de la télésanté, mobilisation des équipes mobiles de gériatrie, astreintes gériatrique et en soins palliatifs, appui psychologique

Ouverture des conditions de recours à l'HAD : prescription médicale non obligatoire dans certains cas, possibilité pour le médecin coordonnateur HAD d'être référent de la prise en charge, ouverture des conditions d'intervention en établissements pour personnes en situation de handicap et en EHPAD, possibilité d'intervention conjointe SSIAD/HAD.

En sortie d'hospitalisation : recours aux dispositifs d'appui à la coordination notamment pour les sorties complexes, organisation par les médecins traitants et professionnels de santé libéraux de la continuité du suivi de leurs patients en EHPAD, recours au plateforme des hôpitaux, recours aux hôpitaux de proximité, à l'HAD, aux SSR, certaines USLD, voire d'autres solutions telles que les hôtels hospitaliers, télésurveillance, hébergement temporaire, pour certaines situations de résidents ne pouvant revenir en EHPAD

Dérogations mobilisées pour certains professionnels de santé, comme les IDE et les pharmaciens, pour assurer la continuité des soins et du traitement.

Création d'une rémunération au forfait dans le cadre d'un contrat EHPAD/IDEL

Rémunération des soins infirmiers réalisés en EHPAD, SSIAD, SPASAD en sus

Accompagnement à la téléconsultation

Surveillance au domicile

Prestation d'accompagnement à la consultation médecin

CHAPITRE 3
QUOI DE NEUF DU CÔTE DES PATIENTS ?

En 2020, ils sont de plus en plus nombreux à bénéficier des prises en charges innovantes du 51

De plus en plus de patients inclus

L'inclusion des premiers patients a débuté au dernier trimestre 2019. Selon la maturité et la complexité du projet, quelques semaines ou quelques mois sont en effet nécessaires aux premières inclusions et la mise en œuvre des expérimentations. Au 31 octobre 2020, **25 expérimentations** ont été lancées auprès de leurs bénéficiaires.

Concrètement, au 31 octobre, les expérimentations ont bénéficié à plus de **6 500 patients**

Les patients témoignent

Cécile et Sébastien* ont participé au parcours du projet EMNO, un parcours médico-éducatif de prise en charge de l'obésité, pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé. Ils témoignent ...

« C'est une prise en charge globale, on voit non seulement le médecin, mais plusieurs corps de métiers : la diététicienne, l'infirmière, le psychologue.
On est pris en charge sur plusieurs angles et tout se passe au même lieu.
On a un accès facilité à tous ces professionnels et on se sent écouté et soutenu.

On se sent au cœur du sujet, impliqué et on « fait ensemble ». De plus, à travers la plateforme pédagogique EMNo_line j'apprends plein de choses, et quand j'ai besoin d'une information j'y ai accès tout de suite. Ça m'aide aussi à me libérer des préjugés. Ça impacte positivement ma vie quotidienne, les loisirs, la vie professionnelle.
J'ai une seconde vie. C'est totalement différent de ce que j'ai déjà vécu auparavant ». Propos recueillis le 15/10/2020

« Je suis prise en charge par des professionnels qui travaillent vraiment en équipe, qui connaissent mon dossier. Je ne suis pas obligée de tout répéter et raconter tout à nouveau. C'est une approche unique, dans une relation de confiance avec le patient, il n'y a pas de jugement. (…) En plus de la perte de poids, je sens que c'est une progression régulière, avec un impact positif notamment psychologique, je me sens plus confiante, moins culpabilisée.

Les modules pédagogiques sont très utiles et en complément des explications de l'équipe médicale, c'est une aide à mieux comprendre le fonctionnement de notre corps. Le forum des patients est un espace de partage d'expériences qui est encore une autre source de dialogue, différente des échanges avec les professionnels de l'équipe qui sont très disponibles (on peut les avoir au téléphone, leur laisser un message, et ils nous répondent souvent en 24h).

J'habite à 80 km du centre EMNO et mes Rdv sont calés pour que je puisse voir les différents professionnels en un seul déplacement. Je trouve cela important et agréable ». Propos recueillis le 15/10/2020

* Les prénoms ont été modifiés

Camille et Marie* ont bénéficié de l'expérimentation « Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel ». Elles partagent l'expérience de leur suivi.

Camille, 40 ans « *C'est ma première grossesse et en cette période de Covid-19, ce suivi à distance correspondait à ce que je souhaitais. C'était une bonne expérience. L'application est simple et facile d'utilisation. J'ai apprécié ne pas avoir à me déplacer, la possibilité d'envoyer des messages et d'avoir des réponses rapides avec des consignes sur les ajustements à faire quand ma glycémie était haute. Je me suis sentie rassurée, car l'équipe était aussi présente que si le suivi était fait en présentiel*. ». Propos recueillis le 23/10/2020

Marie, 34 ans,

« *C'est ma deuxième grossesse et la première avec un diabète gestationnel qui est une situation contraignante à gérer.*

J'ai trouvé cette façon de faire le suivi à distance confortable et rassurante, d'autant plus en cette période de Covid-19 où je voulais éviter trop de déplacements et des contacts à l'hôpital. L'équipe qui me suit est très réactive, je leur passe un message et j'ai une réponse très rapidement.

L'application est facile à utiliser, je rentre mes données et l'équipe peut les voir et si besoin, l'infirmière me contacte rapidement pour ajuster mon alimentation par exemple. Le rythme de suivi est variable en fonction de mes besoins. Si je suis bien équilibrée, les contacts sont plus espacés.

La plateforme propose aussi des informations où j'apprends sur le diabète gestationnel et sur l'alimentation.

Si je peux résumer, c'est un accès facilité à l'équipe soignante et une réactivité très appréciables. ». Propos recueillis le 23/10/2020

*Les prénoms et les âges ont été modifiés

Jean* a été inclus dans l'expérimentation TEST TO TREAT : ce projet permet un accès en une séance tout en un au traitement de l'hépatite C dans les populations vulnérables

Voici son histoire...

Jean est dans une situation sociale très précaire : SDF, sans droits sociaux ni revenus inexistants. L'équipe mobile hépatites du parcours Article 51 rencontre Jean la première fois lors d'une hospitalisation pour décompensation d'une cirrhose du foie en début d'année dans le service d'hépato-gastroentérologie du Centre Hospitalier de Perpignan.

La découverte de son hépatite a été signalée à l'équipe mobile par une infirmière du service. Son hépatite est sévère.

L'équipe mobile lance un premier bilan biologique et morphologique et accompagne Jean dans son traitement. Il se crée progressivement une relation de confiance, alliance thérapeutique entre soigné, partenaires cadre du secret médical partagé.

Cette collaboration permet d'assurer une continuité des parcours, d'éviter les ruptures de prises en charge de cet « environnement complexe » en face de nombreux professionnels de discipline différentes. Pour Jean, c'est aussi l'occasion de reprendre le contrôle de sa santé et de se réinstaller dans son rôle de décisionnaire. Une évaluation sociale permet de rétablir des droits de base et de commencer des dossiers CMUc et RSA. Un traitement pour son hépatite C est débuté durant son hospitalisation, qui est prolongée du fait des difficultés de placement en aval alors que le confinement a débuté le 17 mars.

Accompagné par l'équipe mobile, Jean parvient, malgré sa situation précaire en sortie d'hospitalisation, à maintenir le traitement jusqu'à sa fin.

Sa situation reste cependant instable. C'est la raison pour laquelle, en octobre 2020, suite à une réunion de concertation autour de la situation de Jean rassemblant les principaux acteurs de terrain, une médiation santé lui est proposée pour lui simplifier le parcours de soins.

*Les prénoms ont été modifiés

Bientôt, clap de fin pour 4 expérimentations autorisées

L'année 2021 marquera l'arrivée à échéance de 4 premières expérimentations.

- ◊ « Prise en charge avec télésurveillance du diabète gestationnel »
- ◊ « DEPIST'C PHARMA »
- ◊ « Parcours de soins hépatite C pour les populations vulnérables »
- ◊ « Diapason (parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients sous AVK) »

Ces 4 projets avaient une échéance initiale prévue en 2021. Celle-ci pourrait être reportée de quelques mois du fait de la crise sanitaire. Les 4 expérimentations feront l'objet d'un rapport d'évaluation intermédiaire en 2021 qui fera état de la première année de mise en œuvre.

La suite de l'expérimentation concernant la prise en charge du diabète gestationnel par télésurveillance est liée aux décisions relatives aux expérimentations « Etapes » qui se terminent également fin 2021.

CHAPITRE 4
COUPS DE PROJECTEUR SUR LA SANTE MENTALE ET L'ACTIVITE PHYSIQUE ADAPTEE

La Santé Mentale dans le 51

L'amélioration de la santé mentale constitue une des priorités avancées dans la Stratégie Nationale de Santé. Il s'agit en effet d'un problème majeur de santé publique : les troubles de santé mentale touchent une grande partie de la population (près d'1/4 des Français directement ou via leurs proches). En 2013, les troubles psychiques constituaient la première maladie en termes de dépense des soins (rapport « charges et produits » de l'Assurance Maladie pour 2021).

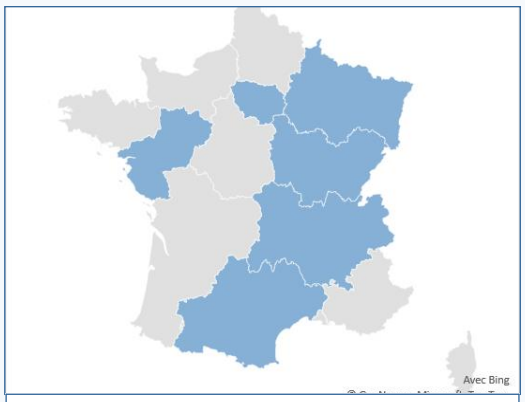
Répondant à ce besoin, des acteurs de terrain de différentes régions ont proposé plusieurs projets en santé mentale, dont 4 ont été autorisés, les autres sont en cours d'instruction. Ces projets proposent une façon différente de prendre en charge la souffrance psychique et les troubles en santé mentale et s'articulent autour des trois axes de la feuille de route en santé mentale et en psychiatrie de juin 2018.

Les trois axes de la feuille de route en santé mentale et psychiatrie de 2018

- ⇨ Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide
- ⇨ Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- ⇨ Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale, ainsi que la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Expérimentations « santé mentale » autorisées

- ◊ **Passeport BP :** prise en charge intensive et intégrée des troubles bipolaires.
- ◊ **SPADepress** : prise en charge de la dépression par les professionnels de premier recours en coordination avec l'hôpital
- ◊ **DSPP**: parcours de soins ville (MG-psychiatre-psychologue) pour les patients souffrant de troubles psychiques.
- ◊ **PSYCOG** : parcours de soins du patient présentant un trouble cognitif lié à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou de son aidant en intégrant la prise en charge de leur souffrance psychique en ville.
- ◊ Intégration de l'expérimentation « **Ecout'Emoi »** de prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans en situation de mal-être autorisée par la LFSS 2016.



Régions (en bleu) de mise en œuvre des expérimentations « santé mentale » autorisées

Plus de 10 000 patients bénéficiaires

Un budget de près de 10 millions d'€ mobilisé

Projets en cours d'instruction

Ils concernent:

- ◊ la prise en charge précoce de jeunes à risque d'épisodes psychotiques,
- ◊ le suivi de personnes présentant des troubles psychiques par une équipe mobile pluridisciplinaire,
- ◊ le suivi coordonné et intensif du risque suicidaire par les médecins généralistes ou les psychiatres,
- ◊ la prise en charge de la souffrance psychique des parents et de la fratrie endeuillés suite au décès d'un enfant âgé de moins de 25 ans

Principaux aspects organisationnels proposés par les projets

- ◊ Repérage précoce des troubles psychiques, notamment chez les jeunes
- ◊ Accompagnement intensif des patients
- ◊ Aller vers les patients
- ◊ Implication des professionnels des soins primaires dans le repérage et la prise en charge
- ◊ Coordination de la prise en charge par le secteur sanitaire et social

L'Activité Physique Adaptée dans le 51

L'activité physique adaptée (APA) est reconnue comme une thérapeutique non médicamenteuse avec l'introduction de l'article L.1172-1 CSP[1] autorisant le médecin traitant à prescrire, dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.

La place de l'activité physique adaptée a été réaffirmée par la loi de financement de la sécurité sociale 2020, l'article 59 prévoit la mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer comprenant un bilan fonctionnel et motivationnel d'activité physique

[1] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

pour les patients atteints d'un cancer afin de réduire les risques de séquelles et prévenir les rechutes. Cet article 59 prévoit la prise en charge des bilans de capacités physiques (ainsi que diététiques et psychologiques) pour les patients atteints de cancer mais il précise que les séances d'activité physique à visée thérapeutique correspondant aux objectifs thérapeutiques identifiés lors des bilans initiaux, sont explicitement « non comprises dans ce financement forfaitaire ».

Ces séances d'activité physique sont des soins complémentaires essentiels aux traitements conventionnels. En plus de cette difficulté de prise en charge financière, l'activité thérapeutique adaptée est confrontée à plusieurs freins pour son intégration dans le parcours de soins global des patients : difficultés d'adhésion aux programmes (fatigue, contraintes de déplacement, manque de motivation et de soutien) ; difficultés organisationnelles, manque de coordination et de partage d'information entre les différents intervenants.

Pour contrer ces difficultés, des acteurs de terrain de différentes régions ont proposé plusieurs projets d'activité physique adaptée, dont 2 ont été autorisés, 5 autres sont en cours d'instruction. Ces projets proposent des parcours adaptés combinant éducation thérapeutique et séances d'activité physique adaptée pour des pathologies ciblées telles que les pathologies cardiovasculaires, les insuffisances respiratoires et les cancers.

Expérimentations « Activité physique adaptée » autorisées

- ◊ **As du cœur :** parcours adapté d'activité physique adaptée et éducation thérapeutique de 5 mois pour des personnes en fin de réadaptation cardiovasculaire, mis en œuvre en lien avec le médecin traitant.
- ◊ **Programmes de réhabilitation respiratoire coordonnés au domicile :** programme de réhabilitation respiratoire à domicile intégrant des séances d'activité physique adaptée

Projets en cours d'instruction

Ils concernent :

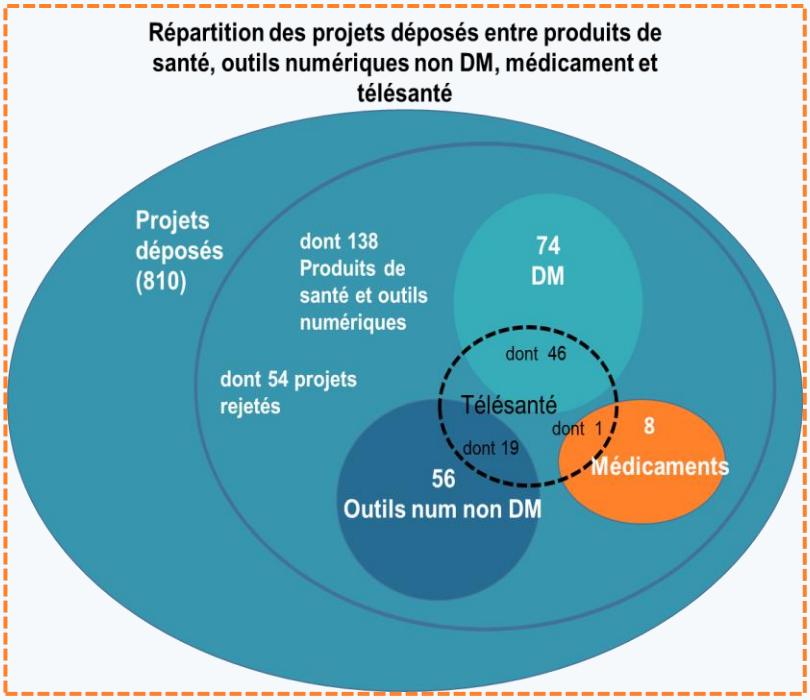
- ◊ la prise en charge précoce des patients atteints de cancer,
- ◊ la réhabilitation respiratoire,
- ◊ les pathologies cardio-vasculaires,
- ◊ les accidents vasculaires cérébraux ischémiques transitoires,
- ◊ l'insuffisance rénale chronique terminale,
- ◊ les patients atteints d'obésité sévère.
- ◊ le diabète, les maladies chroniques, ….

Principaux aspects organisationnels proposés par les projets

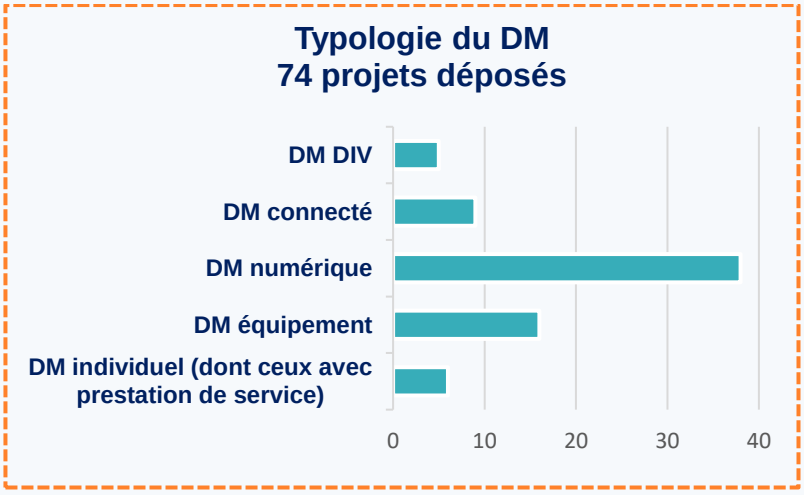
- ◊ Programme de séances APA en groupe en présentiel et à distance
- ◊ Aller vers les patients avec des dispositifs connectés et plateforme Expérience patient
- ◊ Implication des professionnels des soins primaires dans la prise en charge
- ◊ Dimension psychologique/motivationnelle
- ◊ Coordination de la prise en charge
- ◊ Suivi en sortie de SSR

CHAPITRE 5
COUPS DE PROJECTEUR :
LES PRODUITS DE SANTE, NUMERIQUE ET TELESANTE DANS LE 51

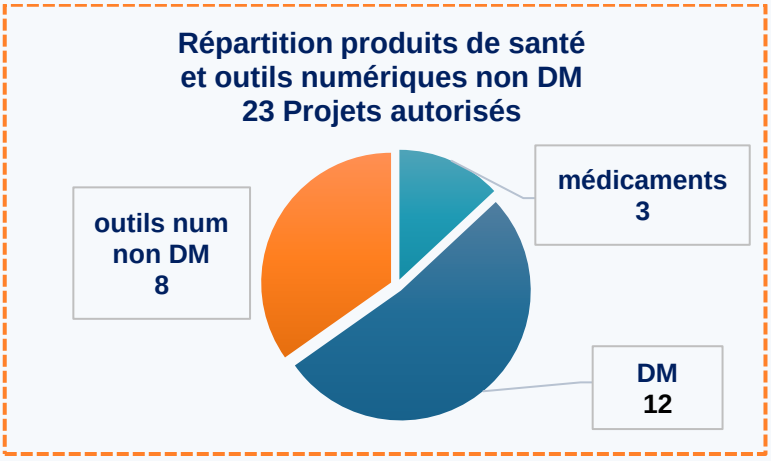
Les produits de santé ont une place modeste au sein des projets 51 puisque 1 projet sur 9 contient un produit de santé. Leur place est un peu plus importante au sein des projets autorisés, avec presque un projet sur 5 contenant un produit de santé. C'est vraisemblablement lié au fait que le cœur de l'expérimentation doit porter sur la mise en place d'une organisation innovante et non être centré sur un produit de santé dont les voies d'accès au marché sont déjà très délimitées.



Les typologies de DM rencontrés dans les projets de l'Article 51 sont variées à l'image du champ du DM. Néanmoins, il est à noter une représentation assez forte du DM numérique, sans surprise compte tenu des finalités de l'article 51.



Les outils numériques non DM répertoriés dans les projets sont ceux qui sont un élément essentiel du projet expérimental conditionnant sa réussite en raison de l'enjeu de coordination que cet outil supporte.



Axelle* a bénéficié de l'expérimentation « Prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel » et partage son expérience de suivi de son diabète gestationnel à l'aide d'une application numérique DM.

Axelle, 28 ans : « *C'est ma deuxième grossesse avec un diabète gestationnel et j'ai fait mon suivi par télésurveillance avec le même médecin en cabinet libéral les deux fois.*

Pour ma deuxième grossesse, pour des raisons d'agenda, j'ai commencé le suivi de mon diabète gestationnel avec un autre médecin qui faisait le suivi traditionnel en présentiel et avec un carnet de suivi papier. J'ai vite demandé à revenir avec mon premier médecin, car cela ne me convenait pas du tout, surtout en ce période de Covid19. Avec le carnet papier on s'y perd, c'est plus consommateur de temps, ce n'est pas pratique, on ne peut pas l'avoir tout le temps avec soi.

L'application utilisée pour la télésurveillance est visuelle, simple d'utilisation, avec des codes couleurs, la saisie des données est facile, ça n'a rien à avoir avec le carnet papier. Dans mon cas, j'ai été sous insuline pendant 4-5 mois. Pendant une période, j'avais six injections d'insuline à faire par jour et l'appli m'alertait pour que je ne l'oublie pas. Je devais aussi saisir mes données autant de fois et avec l'appli sur mon téléphone que j'avais toujours sur moi, c'était très pratique. J'étais rassurée, car mon médecin suivait mes données et je recevais des messages de sa part au moins une fois par semaine quand j'étais plus stabilisée et plus souvent dès qu'il y avait des points d'attention : « c'est bien », ou alors « attention les taux de glycémie s'emballent », avec des orientations sur quoi faire. De plus, on peut voir sur l'appli nos données de la semaine, voire du mois avec des codes couleurs rouge, orange, vert, ce qui est très aidant pour une auto-surveillance et une autorégulation. » La communication avec le médecin est facilitée, je pouvais lui écrire un message et j'avais la réponse très vite. L'appli permet aussi de se transmettre des documents : je recevais des ordonnances et je lui envoyais des compte-rendu de mes échographies pour qu'il voit que le bébé se portait bien.

Pour cette maladie, si le médecin vous connait, il n'a pas besoin de vous examiner à chaque consultation, un contact régulier à distance est suffisant. Le plus important est que le médecin puisse avoir mes données et de les suivre. Il n'y a pas besoin d'une consultation pour avoir une ordonnance non plus. C'est un suivi qui est simple ou plutôt simplifié par cette modalité à distance. Je suis très satisfaite et je l'ai déjà recommandé autour de moi et ça gagnerait à se faire connaître. Les mots pour le résumer la télésurveillance du diabète gestationnel sont : simple, efficace, rassurant. ». Propos recueillis le 25/11/2020.

* Le prénom et l'âge ont été modifiés

Le DM numérique

La crise de la Covid-19 a révélé l'importance du secteur de la e-santé et notamment des outils numériques dans le suivi, la surveillance et la continuité de la prise en charge des patients. Plusieurs projets déposés proposent un recours aux outils numériques pouvant contribuer à des prises en charges innovantes bénéficiant tant aux professionnels de santé qu'aux patients.

Qu'entend-on par DM numérique ?

Dans ce rapport, on entend par « DM numérique », les applications, les plateformes, les algorithmes, l'intelligence artificielle… ayant une finalité médicale et d'autres caractéristiques.

Quelle recevabilité pour les projets avec un DM numérique ?

Pour être recevable, la principale finalité du projet doit être organisationnelle et le DM numérique au service de l'organisation de la prise en charge en tant que composante ou outil de l'intervention.

Ainsi, on peut distinguer deux types d'approches en fonction du DM numérique.

Pour ceux à valeur ajoutée intrinsèque (avec autonomie dans la gestion de la décision) et qui pourraient être tarifés seuls à l'unité, un avis HAS est nécessaire par le processus habituel du droit commun (via l'inscription aux nomenclatures classiques – LPP, CCAM…, y compris le recours au forfait innovation et au dispositif d'accès précoce), ou par un processus spécifique à créer.

Pour ceux ne pouvant être dissociés de l'organisation proposée (sans autonomie dans la gestion de la décision), l'évaluation de l'expérimentation sur l'aspect amélioration de l'état de santé du patient induit par la prise en charge proposée intégrerait la contribution du DM à cette amélioration. Les critères de recevabilité des projets comportant ce type de DM, ainsi que les exigences techniques associées sont en cours d'élaboration.

Cet arbre décisionnel s'applique également aux objets DM connectés.

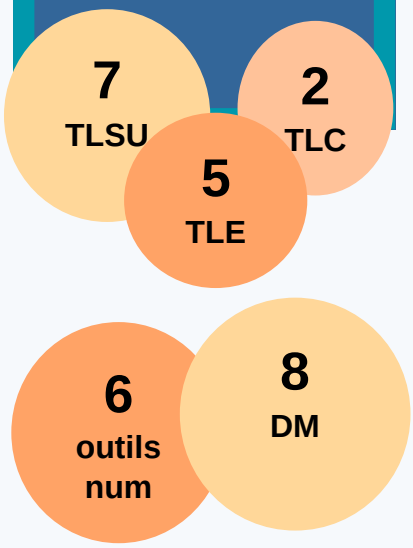
La télésanté

Qu'entend-on par télésanté ?

En France, le cadre réglementaire prévoit que la télésanté relève de la pratique professionnelle :

- ⇨ **Télémédecine pour les professionnels de santé médicaux (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes) regroupant ainsi**
  - ◊ **la télésurveillance (TLSU)**
  - ◊ **la téléconsultation (TLC)**
  - ◊ **la télé-expertise (TLE)**
- ⇨ **Télésoin pour les professionnels de santé non-médicaux (pharmaciens et auxiliaires médicaux).**

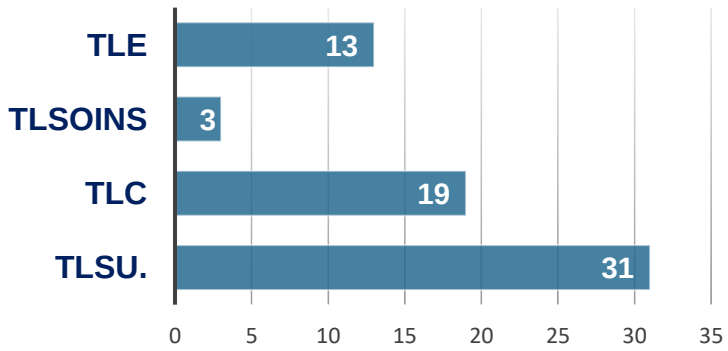
14 projets autorisés avec de la télésanté



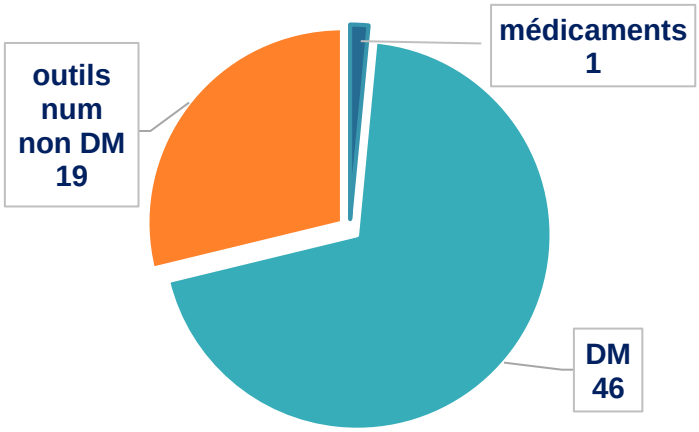
Statut des 66 projets de télésanté

- ◊ 19 rejetés
- ◊ 14 autorisés
- ◊ 33 en cours d'instruction

Typologie des 66 projets de télésanté



Répartition des 66 projets déposés avec de la télésanté

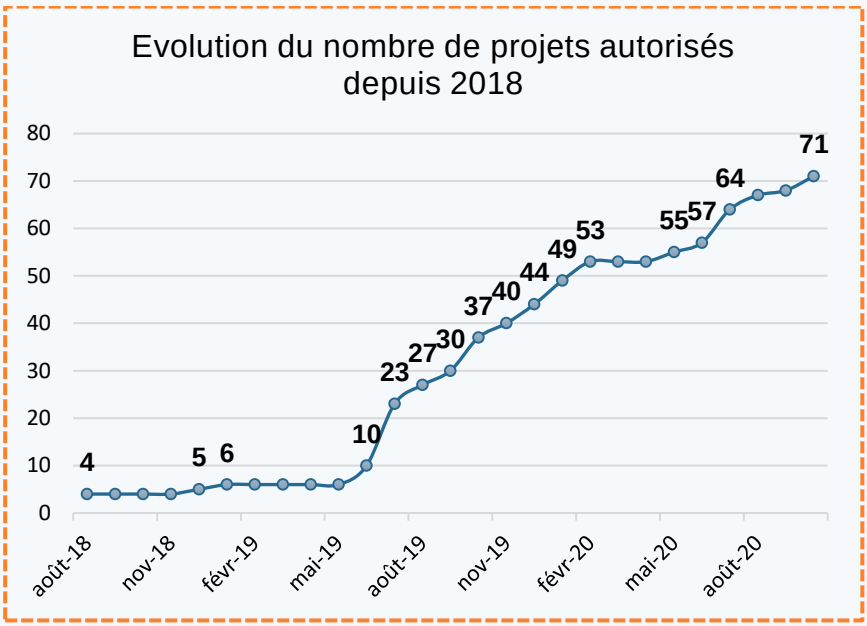


CHAPITRE 6
QUOI DE NEUF DU CÔTÉ DES EXPERIMENTATIONS AUTORISEES ?

En 2020, les autorisations continuent et précisent les contours du 51

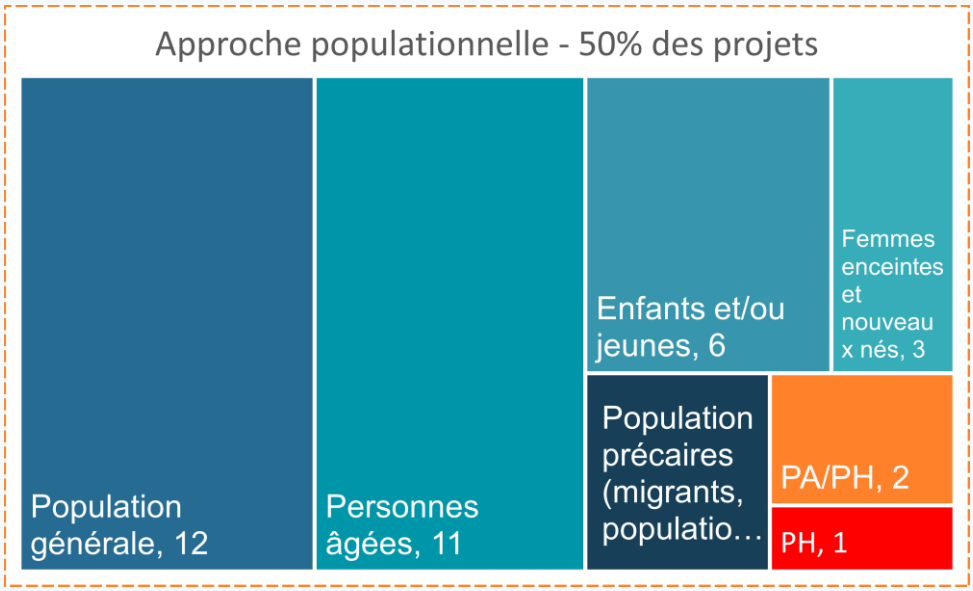
71 nouvelles expérimentations depuis 2018, au 31 octobre 2020

Au total, ce sont 73 expérimentations qui sont gérées par l'Article 51 (en incluant 2 expérimentations pré existantes et réintégrées à l'Article 51 en 2018).



Une approche populationnelle pour 1 projet sur 2

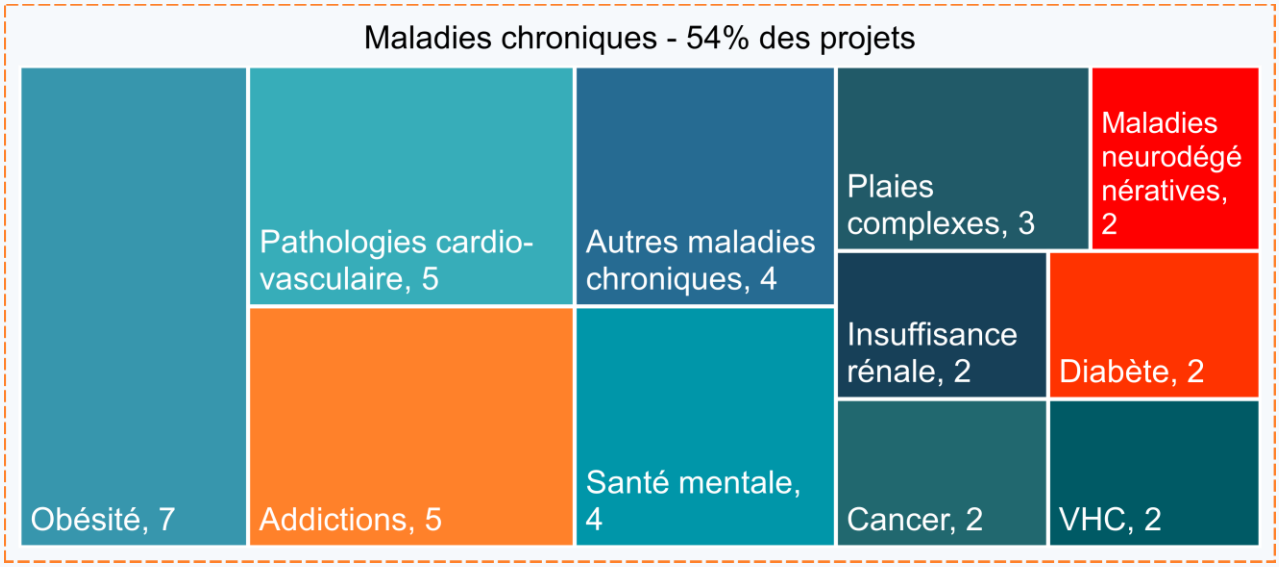
Les expérimentations visent des publics spécifiques avec pour objectif de répondre à leurs vulnérabilités et/ou à un besoin de santé particulier.



Répartition des projets par pathologie

Des expérimentations au cœur de priorités gouvernementales

Les expérimentations autorisées relèvent des priorités gouvernementales, notamment la prise en charge de l'obésité, la feuille de route santé mentale et psychiatrie, les maladies neuro-cardio-vasculaires, l'éradication du VHC, la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement, les 1 000 premiers jours de l'enfant ou la stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie.



Cinq expérimentations visent à améliorer l'accès aux soins en **addictologie** en ville. L'enjeu est de promouvoir, pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions, une organisation souple, autour du médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, médico-psycho-sociale, coordonnée au sein d'un cabinet médical ou d'une maison de santé.

Les expérimentations relatives à la **santé mentale** (4) s'inscrivent dans le cadre de la feuille de route en santé mentale et en psychiatrie de juin 2018 (Cf. Focus p17).

Les expérimentations **obésité** (7) proposent une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée ainsi qu'un suivi à moyen/long terme, incluant la coordination de soins (ville/hôpital ou en ville) et des prestations non remboursables (soins de support i.e. diététique, prise en charge par un psychologue, activité physique adaptée principalement). Ils s'inscrivent dans le cadre des quatre piliers de la feuille de route « *Prise en charge des personnes en situation d'obésité 2019-2022* » :

- ◊ Structuration des parcours de soins gradués et coordonnés,
- ◊ Amélioration de la pertinence de la chirurgie bariatrique,
- ◊ Formation des professionnels et information des personnes en situation d'obésité
- ◊ Soutien de l'innovation et l'évaluation.

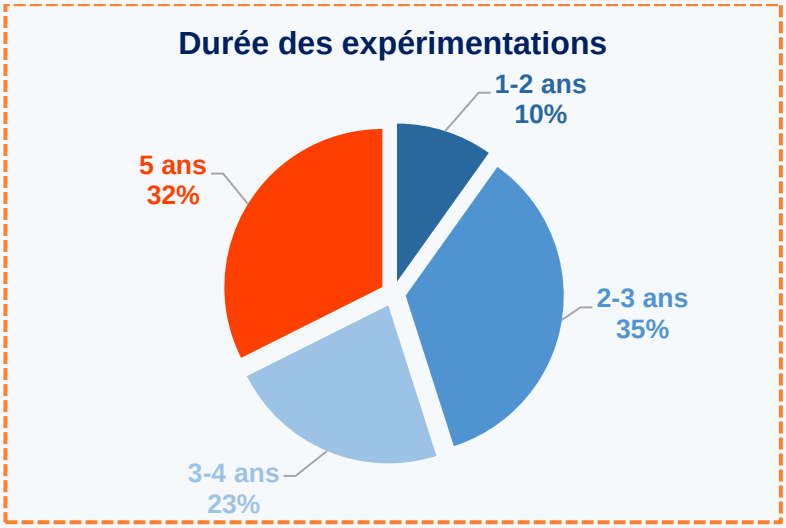
Les deux expérimentations **VHC** prévoient une séquence de soins incluant un dépistage de l'hépatite C en proximité par TROD puis une initiation du traitement par une équipe mobile après confirmation du diagnostic par sérologie

Les expérimentations de **prise en charge cardio-vasculaire** (5) mettent en œuvre :

- ◊ Des programmes de prévention secondaire alliant éducation thérapeutique et activité physique adaptée;
- ◊ Des modes de repérage des fragilités des patients insuffisants cardiaques, avec comme objectif d'améliorer la qualité de vie des patients, diminuer les hospitalisations et la mortalité
- ◊ Un accès simplifié aux examens biologiques pour des patients sous anticoagulants

Quelle est la durée des expérimentations ?

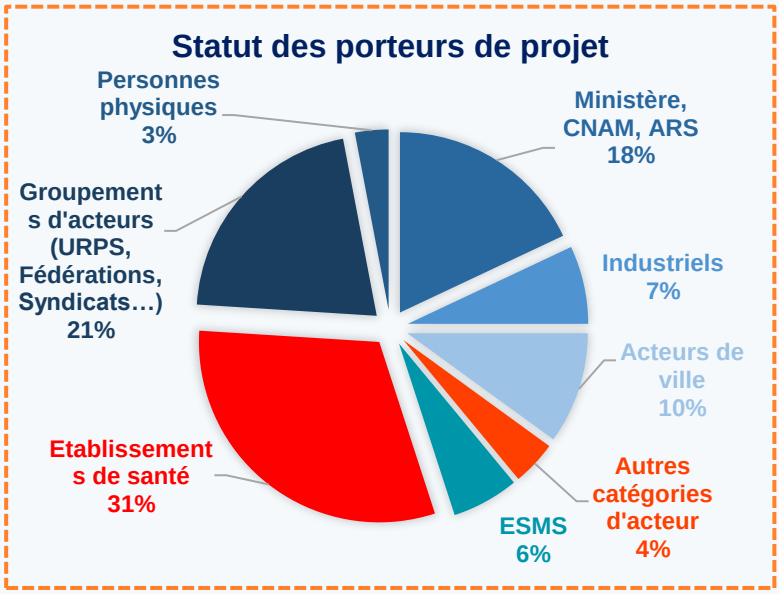
Les expérimentations Article 51 peuvent durer **5 ans au maximum**. La médiane est à 3 ans et 9 mois. La durée du projet est dépendante de ce que l'on cherche à prouver, elle n'est donc pas prédéfinie et dépend des objectifs poursuivis par chaque expérimentation.



Quels statuts ont les porteurs de projets ?

L'ouverture du dispositif se retrouve dans la variété des statuts des porteurs de projet. Toute personne morale ou physique est susceptible de proposer un projet Article 51.

Les porteurs des projets autorisés reflètent la diversité des parties prenantes du système de santé : établissements de santé (31%), mais également groupements d'acteurs (21%), acteurs de ville (10%), établissements médico-sociaux, industriels… mais aussi les pouvoirs publics.



Quels professionnels sont impliqués dans les expérimentations ?

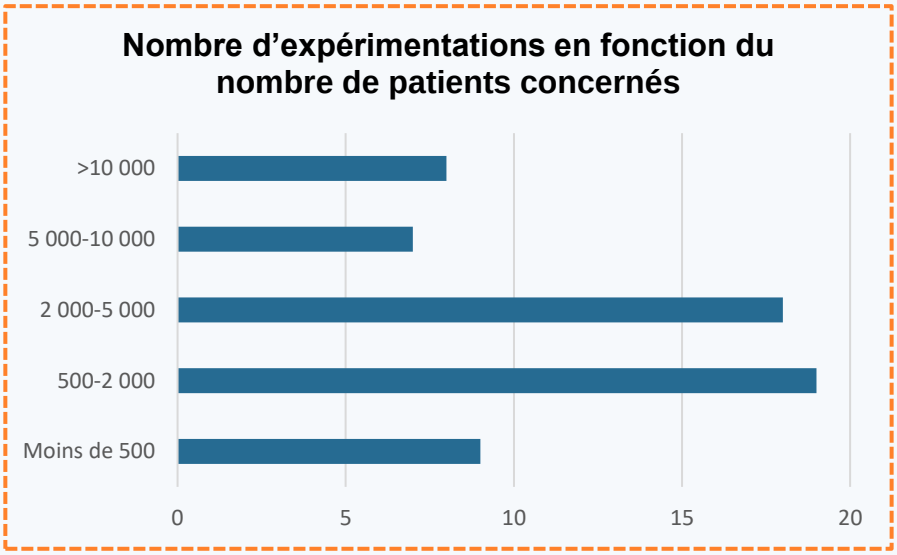
Un grand nombre de professionnels interviennent dans les parcours des projets Article 51. Les professionnels les plus présents dans les expérimentations article 51 sont les infirmières, les psychologues, les médecins généralistes et spécialistes.

Les projets Article 51 sont aussi l'occasion de tester des prises en charge aujourd'hui non remboursées dans le droit commun (par exemple soutien psychologique, séances de diététiques, d'activité physique adaptée ou encore conseils en environnement).

Sur les 71 projets autorisés, 47% dérogent à la loi en autorisant le remboursement de prestations de professionnels habituellement non prises en charge

Combien de patients bénéficieront des expérimentations ?

Au total, ce sont plus de **200 000 patients** qui bénéficient des expérimentations Article 51 (hors AMI ministériels). L'expérimentation à l'initiative d'acteurs qui totalise le plus grand nombre de patients est « IPSO Nouveau contrat Médecin traitant » avec 28 000 patients pris en charge.

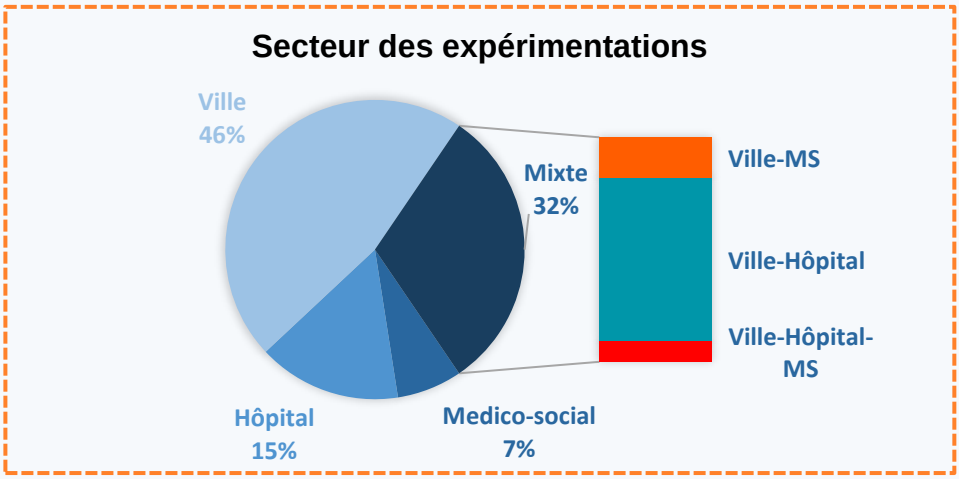


L'expérimentation « IPSO Nouveau contrat Médecin traitant » en 2 mots

Le principe ? Proposer des nouvelles modalités de prise en charge fondées sur un « nouveau contrat médecin traitant » et une rémunération du médecin traitant au forfait par catégorie de patient. Ce contrat engage les deux parties : le patient à consulter spécifiquement dans la structure, sauf urgence et hors résidence habituelle, et le médecin à réaliser une évaluation globale partagée avec le patient, à proposer des programmes de prévention adaptés et à être plus disponible, notamment par messagerie.

Dans quels secteurs les expérimentations ont-elles vocation à se déployer ?

La majorité des projets se déploie sur le secteur de la ville ou agit sur la coordination ville-hôpital.

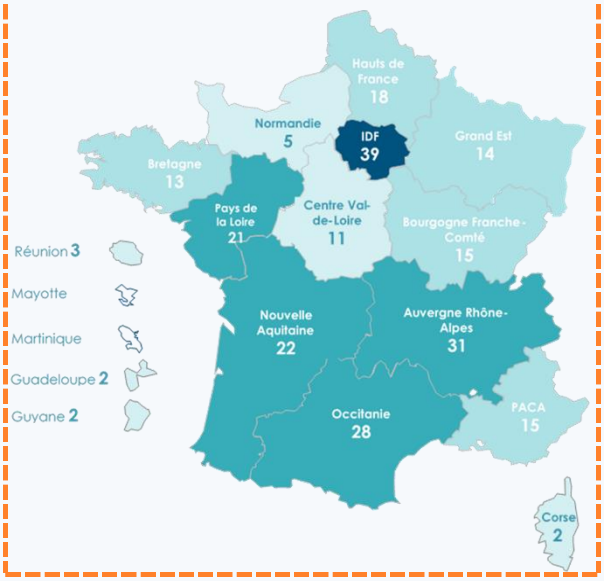


241 déclinaisons territoriales des expérimentations (à l'initiative d'acteurs et AMI)

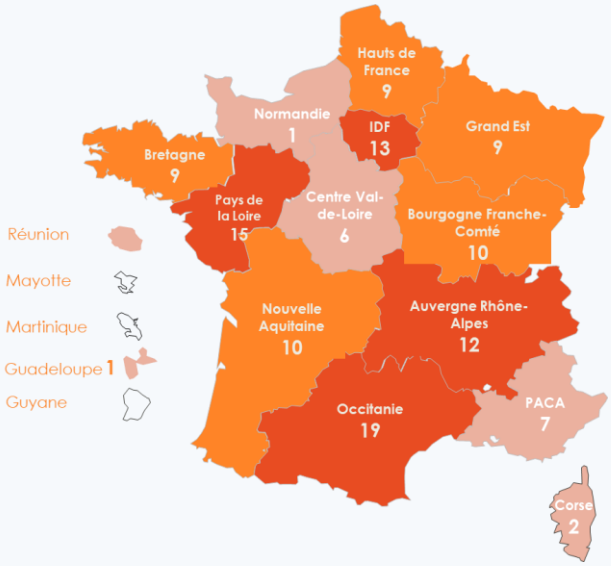
2/3 des expérimentations ont un champ d'application régionale. Elles ont été sélectionnées par les ARS et se déploient sur une seule région.

1/3 des expérimentations (à l'initiative d'acteurs du système de santé, ainsi que les AMI à l'initiative du ministère) se déploient sur plusieurs territoires. Au total on compte ainsi 241 déclinaisons territoriales des expérimentations autorisées.

Total des expérimentations



Expérimentations à l'initiative des acteurs du système de santé



Les expérimentations couvrent la quasi-totalité des régions françaises. Le palmarès des régions (projets régionaux, nationaux et AMI) :

1. Ile de France
2. Auvergne Rhône Alpes
3. Occitanie
4. Pays de Loire

Coup de projecteur sur les initiatives ministérielles

Les appels à manifestations d'intérêt (AMI) lancés en 2018 ont donné lieu à 3 grands types d'expérimentations de modèles de financement : **PEPS, IPEP et EDS.**

PEPS en un clin d'œil

Paiement en Equipe de Professionnels de Santé en ville

L'expérimentation PEPS vise à la mise en œuvre d'un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle en charge du suivi en ville de certains patients au profit de l'amélioration de la qualité et l'accès aux soins ainsi que de l'optimisation de la prise en charge des patients.

Qui participe à l'expérimentation ?

22 équipes d'expérimentateurs, agissant en centre de santé ou maison de santé.
Les équipes sont pluri-professionnelles c'est-à-dire constituées d'au moins 5 professionnels de santé, avec au minimum 3 médecins généralistes et 1 infirmièr(e).

Contenu de l'expérimentation

L'équipe volontaire reçoit un paiement forfaitaire substitutif à l'acte en contrepartie de son activité.
L'équipe est libre dans la répartition et l'utilisation du forfait.
Le forfait rémunère l'activité de l'équipe selon

◊ le profil et le nombre de patients pris en charge,

◊ le volume d'activité réalisée (modulation à l'activité),

◊ la qualité des prises en charge,

◊ les caractéristiques du territoire.

Les objectifs attendus de la mise en œuvre du forfait

Le passage à une rémunération forfaitaire doit soutenir des modifications organisationnelles et la mise en place d'activités nouvelles au sein de la structure.

Protocoles de coopération	Coordination pluri-professionnelle	Démarche qualité	Action de prévention
Les professionnels de santé sont invités à utiliser les protocoles autorisés et à innover, en proposant de nouveaux protocoles de coopération.	Les professionnels de santé sont invités à se coordonner en vue d'une plus grande efficience des prises en charge et amélioration de leur patientèle médecin traitant.	Les professionnels de santé sont incités à améliorer la qualité de leur prise en charge, en partie mesurée par l'expérience des patients eux-mêmes.	Les équipes peuvent librement cibler leurs efforts sur des actions de prévention primaire, secondaire ou tertiaire, et notamment d'éducation thérapeutique.

IPEP en un clin d'œil

Incitation à une prise en charge partagée

L'expérimentation IPEP vise à tester un nouveau modèle de financement collectif incitatif **(bonus incitatif collectif IPEP)** à la mise en place d'organisation d'acteurs en santé sur un territoire **(actions coordonnées entre professionnels de santé)**.

Qui participe à l'expérimentation ?

29 groupements engagés collectivement autour d'un principe de responsabilité populationnelle.
L'expérimentation peut inclure tout groupement d'acteurs en santé, pouvant prendre différentes formes juridiques

Contenu de l'expérimentation

Les actions mises en place portent sur des objectifs d'amélioration de :

- ◊ l'accès aux soins,
- ◊ la coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital,
- ◊ la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de prévention

Le principe de responsabilité populationnelle

Rendre les acteurs du système de santé responsables d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité pour une population donnée.

Population visée par le projet IPEP (au niveau national) : ensemble de la patientèle des médecins traitants membres du groupement, et plus particulièrement les patients ayant les parcours de santé les plus complexes ou à risque de complications (atteints de pathologies chroniques, poly-pathologies ou personnes âgées...) et ceux ayant des difficultés d'accès aux soins (notamment sur les soins non programmés)

=> **Principe** : liberté de choix par le groupement de la population

=> **Condition** : pas de ciblage sur une pathologie

EDS en un clin d'œil

3 épisodes de soins concernés par l'expérimentation

- Colectomie pour cancer programmée
- Prothèse totale de hanche programmée
- Prothèse totale de genou

Qui participe à l'expérimentation ?

46 établissements porteurs de 11 régions :

- Chirurgie orthopédique : 31 projets
- Colectomie pour cancer : 26 projets

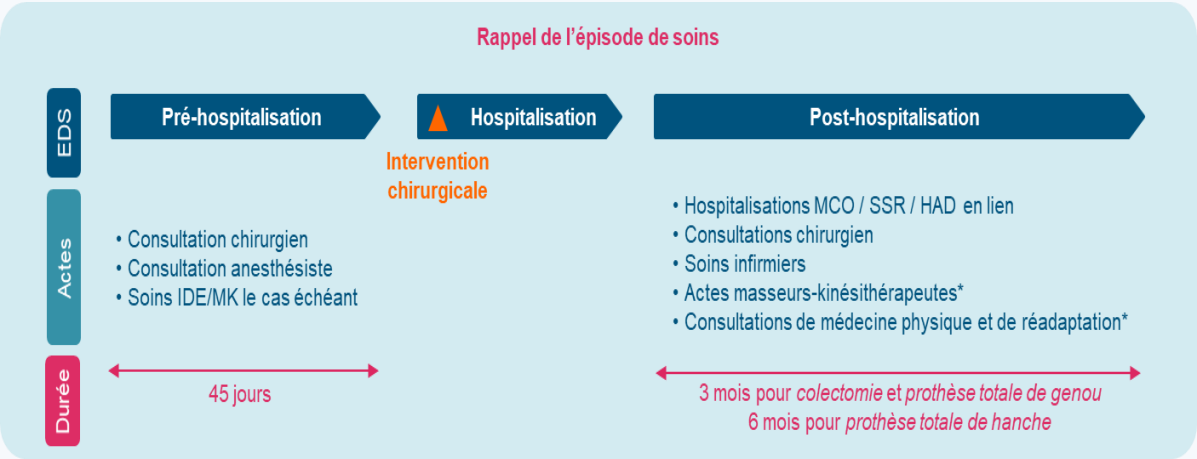
Objectifs de l'expérimentation

Tester le caractère incitatif d'un paiement forfaitaire global pour la mise en place et le développement d'organisations innovantes entre les acteurs.

- ✓ Favoriser la coordination des acteurs intra et extrahospitaliers
- ✓ Intégrer l'évolution des pratiques professionnelles
- ✓ Assurer la continuité du suivi des patients
- ✓ Prendre en compte l'expérience des patients
- ✓ Améliorer la qualité et l'efficience des soins

Un financement évolutif

- 1ère phase - financement rétrospectif – non substitutif : forfait virtuel et gestion, a posteriori, des écarts entre forfait virtuel et dépenses AM observées pour l'EDS, incluant une enveloppe qualité.
- 2ème phase - financement prospectif et substitutif (sous réserve)



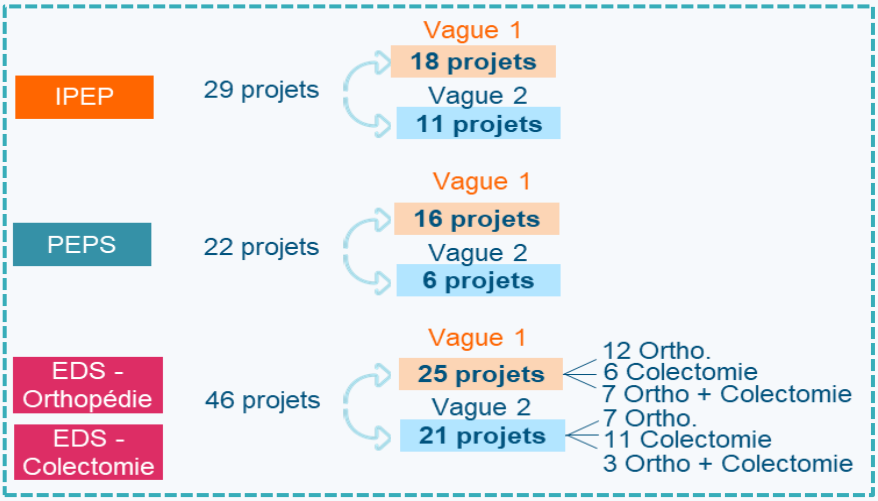
Avancement des AMI PEPS, IPEP et EDS

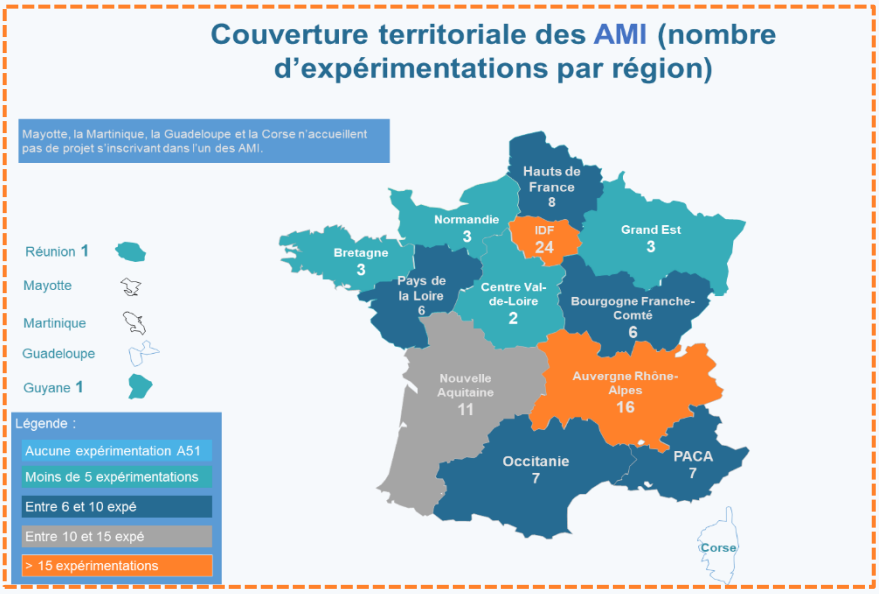
Impact de la crise COVID

Les travaux collectifs avec les expérimentateurs et les ARS ont été interrompus entre mars et début septembre 2020 du fait de leur mobilisation pendant la crise sanitaire. A ce stade, le planning global des expérimentations PEPS et IPEP est maintenu et les équipes travaillent pour étudier les impacts de l'épidémie sur les modèles, tant du point de vue de l'évaluation des dépenses que des indicateurs qualité. L'arrêt de l'activité chirurgicale pendant la crise a entraîné en revanche un décalage de l'expérimentation EDS.

Financement

Environ 3 M€ ont été dépensés sur le FISS en 2019, pour financer les travaux des 3 appels à manifestation d'intérêt « Incitation à une prise en charge partagée (IPEP), « Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (PEPS) » et « paiement à l'épisode de soins (EDS) » (indemnisation des porteurs de projets, appui des équipes nationales projet essentiellement.





Les avancées du forfait réorientation urgence

L'année 2020 a été l'occasion de préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation « Forfait réorientation urgences ».
Le calendrier de l'expérimentation a été percuté par la crise sanitaire. La sélection des expérimentateurs n'a pu être finalisée au printemps comme prévu et doit intervenir avant fin 2020, le début de l'expérimentation est également décalé du 1er avril à début 2021.

L'expérimentation « Forfait réorientation urgences » en 2 mots

Cette expérimentation vise à tester dans une trentaine d'établissements de santé la mise en place d'un forfait de réorientation des patients aux urgences hospitalières vers une prise en charge en médecine de ville. Il est attendu de l'expérimentation comme bénéfice principal une moindre fréquentation des urgences hospitalières pour les cas les plus simples et une capacité pour les équipes soignantes à se recentrer sur les cas plus complexes. Cela vise aussi à un approfondissement des relations entre les établissements de santé et les médecins de ville.

Cahier des charges et appel à projet publiés le 3 janvier 2020

En devenir : les AMI en cours en 2020

Un nouvel AMI a été initié pour dépister le déclin fonctionnel lié à l'âge selon le programme ICOPE de l'OMS

Il s'agit d'expérimenter une nouvelle approche préventive des soins à destination des séniors, en ciblant les capacités fonctionnelles : locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision.

Ce projet s'appuie sur le programme ICOPE (Integrated Care for Older PEople) de l'OMS et son outil numérique, promu par le gérontopôle de Toulouse, centre collaborateur de l'OMS.

L'échéance des candidatures est fixée au 15 novembre 2020, les travaux de co-construction seront réalisés en 2021 pour une publication du cahier des charges avant la fin de l'année.

Poursuite de l'AMI santé sexuelle

Un AMI pour la mise en place de centres de santé sexuelle d'approche communautaire a été initié en 2019 par la DGS. Quatre centres ont été retenus à Paris, Lyon, Marseille et Montpellier. L'arrêté d'autorisation de l'expérimentation a été publié au JO le 29/11/2020.

Ces centres de santé dédiés à la santé sexuelle offrent un accueil et un accompagnement communautaire dont l'objectif est de permettre, sur un même site et dans un temps court, de dépister et traiter les personnes les plus exposées (populations LGBT+, les travailleurs du sexe, les migrants et les précaires) et in fine d'évaluer l'impact de cette offre spécifique sur l'incidence des infections virales (VIH, VHB, VHC) et des infections sexuellement transmissibles (IST). Basée sur une approche communautaire, cette offre complémentaire permettra de lutter contre la réticence de ces publics à consulter dans les structures sanitaires classiques.

CHAPITRE 7
QUOI DE NEUF DU CÔTE DU FINANCEMENT DES EXPERIMENTATIONS ET MODELES TESTES ?

En 2020, les modèles de financement innovants testés se dessinent

Quelles mobilisations du FISS et du FIR ?

Au total, les 71 expérimentations autorisées depuis 2018 (hors expérimentions réintégrées) représentent un engagement pluriannuel sur **le FISS** (Fonds pour l'innovation du système de santé) de **plus de 342 M€** et de **19 M€ sur le FIR** (Fonds d'intervention régional des ARS).

L'essentiel des dépenses sur ces projets se fera entre 2020 et 2024. A celles-ci s'ajoutent les dépenses relatives aux évaluations, dimensionnées à 14,2 M€, ainsi que les dépenses liées aux accélérateurs évaluées à 4,5 M€ entre 2020 et 2024.

Impact financier des expérimentations autorisées

Les expérimentations à l'initiative des porteurs représentent près de la moitié des autorisations de dépense, soit un peu plus de **170 M€** (contre un peu plus 120 M€ pour les projets à l'initiative des pouvoirs publics).

Ces expérimentations s'adressent à la population générale pour 40 % du montant global (70 M€), puis vers des patientèles ciblées : les enfants et adolescents, puis les adultes, les personnes âgées (15 % environ pour chacune de ces patientèles, soit autour de 20 M€ pour chacun de ces publics) et enfin des publics plus spécialisés (personnes handicapées, population précaires).

Toujours en se concentrant sur les projets à l'initiative des acteurs, les actions lorsqu'elles ciblent une pathologie en particulier visent à améliorer :

- ◊ La prise en charge de l'obésité (16 M€),
- ◊ Les pathologies cardio-neuro-vasculaires (11 M€),
- ◊ La santé mentale (près de 10 M€),
- ◊ Les addictions (6 M€),
- ◊ Le diabète (6 M€ également),
- ◊ Les parcours ville/hôpital lors des accouchements (5 M€),
- ◊ Le cancer (4 M€ avec en perspective un important projet en cours d'autorisation réunissant un grand nombre d'établissements sur le territoire et visant à structurer fortement le parcours des chimiothérapies orales),
- ◊ La prise en charge bucco-dentaire (1,5 M€)
- ◊ Les allergies (1 M€).

Les autres pathologies chroniques (respiratoires, hépatiques, néphrologiques, etc.) représentent un ensemble de 13 projets pour un budget global de 20 M€.

Parmi ces projets, deux expérimentations à l'initiative des acteurs sont **à fort impact budgétaire,** — « Equilibres » pour innover en matière d'organisation infirmière, et « TSLA » pour la mise en place de parcours en Occitanie à destination des enfants souffrant de troubles spécifiques du langage et des troubles de l'apprentissage — font également partie des expérimentations dépassant 20 M€. Ces projets sont encore aujourd'hui en phase de déploiement, mais devraient passer à la vitesse supérieure à partir de 2021 pour atteindre leur rythme de croisière en 2022.

Le projet « Equilibres » est intégralement substitutif, au sens où les dépenses qu'il engendre viennent se substituer à des dépenses déjà existantes

Les principaux projets **à fort impact budgétaire** sont portés par le ministère des Solidarités et de la Santé et l'Assurance Maladie, avec notamment, le financement d'épisode de soins en orthopédie et pour les colectomies pour cancer (EDS), « IPEP » (incitation à la prise en charge partagée), et « Biosimilaires » pour inciter à la prescription de ces médicaments en hôpital, ainsi que PEPS (paiement en équipe de professionnels de santé). Ces 4 expérimentations recouvrent plus d'une centaine de projets portés par les acteurs sur la quasi-totalité des régions.

Quelles perspectives pour la suite ?

En 2021, les dépenses au titre du FISS devraient **croître significativement** en lien avec la montée en charge des projets pour atteindre un montant **de l'ordre de 100 M€.** Pour mémoire, elles s'élevaient à 30 M€ en 2019. Ces dépenses recouvrent les **rémunérations dérogatoires** liées aux projets, **les dépenses d'amorçage et d'ingénierie** dans le cadre de projets nationaux, ainsi que celles liées aux évaluations (dans le cadre d'appels d'offres nationaux portés par la CNAM) et à l'accompagnement des porteurs au travers des séances d'accélérateurs.

FISS: *Le Fonds pour l'Innovation du Système de Santé (FISS) est la principale source de financement des projets Article 51. Pour les projets régionaux, elle est associée aux ressources du FIR (fonds d'intervention régional)*

Une méthode éprouvée : comment se construisent les modèles de financement avec l'Article 51 ?

L'ambition du 51 est de tester des nouveaux modèles de paiement en vue de leur généralisation. Le modèle de financement d'un projet est donc étudié attentivement par le comité technique de l'innovation en santé lors de l'instruction du projet, pour évaluer notamment sa soutenabilité financière en cas de généralisation.

Concrètement, les modèles de financement se construisent en plusieurs étapes clé :

1. Détail du parcours patient : bien définir son périmètre (quand commence la prise en charge, qui sont les professionnels impliqués, quels critères d'inclusion pour le patient …)
2. Choix d'un modèle théorique de financement adapté aux objectifs du projet (financement à la séquence de soin, paiement à la capitation, paiement horaire…)
3. Association d'une construction tarifaire au modèle : en s'appuyant sur des coûts de production ou sur des tarifs en fonction des informations disponibles (référentiels de droit commun, référentiels des projets Article 51…)

Comment se décomposent les ressources allouées à un projet ?

Une prestation dérogatoire

La **prestation** dérogatoire est un forfait Assurance Maladie destiné à couvrir les frais relatifs à la prise en charge du patient, mais également des actions de prévention, et de la coordination le cas échéant.

Des crédits d'amorçage et d'ingénierie

Il s'agit des crédits destinés à couvrir des frais non pérennes engendrés par le « bon démarrage » de l'expérimentation (formation, pilotage du projet etc.)

Quels modèles de financement sont développés avec l'Article 51 ?

Financement à la séquence, vers plus de coopération ?

50 projets autorisés testent ce modèle

« Les expérimentations dans le cadre de l'article 51 doivent être le premier outil de l'introduction de ces paiements groupés". "des paiements groupés pourront être mis en place en vue d'inciter à la structuration de filière de soins en aval de l'hospitalisation de court séjour » **Rapport Aubert**

Le financement à la séquence est un forfait **collectif et global** pour les **différents acteurs** qui interviennent dans une **prise en charge spécifique pour un patient donné**.

Quels avantages ?

Ce modèle incite les professionnels de différents secteurs à bien se coordonner pour dégager si possible des gains d'efficience.

Un exemple ?

L'expérimentation « Hospi Grand Ouest » teste un parcours de périnatalité coordonné entre la ville et l'hôpital, dans le cadre d'une grossesse physiologique, reposant sur une prise en charge par les sages-femmes. Pour soutenir cette organisation, un forfait par parturiente distinguant trois séquences (prénatal, hospitalière et post natal) a été mis en place.

La part variable à l'essai - un modèle incitatif ?

15 projets autorisés testent ce modèle

Ce sont des paiements incitatifs qui peuvent prendre deux formes :

- **Intéressement :** le paiement est constitué des économies générées, partagées entre les acteurs et l'Assurance Maladie et calculées par indicateurs,
- **Paiement à la qualité et/ou performance** : le paiement est versé selon l'atteinte d'objectifs qualitatifs/quantitatifs définis par des indicateurs (structure, processus, résultats)

Quels avantages ?

Ces paiements incitent à la prévention, la qualité des soins et leur coordination, ainsi que la productivité globale du système. Ils sont centrés sur la qualité de prise en charge pour le patient.

« Il est aujourd'hui nécessaire de marquer une nouvelle étape et d'étendre progressivement cette modalité de financement à l'ensemble des structures et des professionnels, autour de principes unifiés: nombre réduit d'indicateurs régulièrement renouvelés pour que les dispositifs soient compréhensibles et incitatifs, diffusion publique des résultats »
Rapport Aubert

Un exemple ?

L'expérimentation « Cataracte » vise à démontrer que la transparence sur des données de mesure de la pertinence (exprimées par le service médical rendu) améliore la pertinence des soins. A ces fins, il est proposé un financement d'incitation à la transparence forfaitaire par patients, pour chaque publication de données exhaustives, avec différents niveaux de transparence.

Paiement à la capitation - pour développer la prévention ?

10 projets autorisés testent ce modèle

Il s'agit d'une somme forfaitaire octroyée par patient pour sa prise en charge globale (suivi, prévention, dépistage, soin, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur une période de temps définie.

Quels avantages ?

La capitation ne prend pas en compte le volume d'acte effectué, elle permet de se soustraire de la problématique de la course à l'acte, en se concentrant davantage sur la **prévention**, le **dépistage**, l'innovation dans les modalités de prise en charge (plus de **séances collectives** par exemple), de dégager du temps médical en amplifiant les **délégations de tâches**, etc.

Un exemple ?

L'expérimentation « IPSO - Nouveau contrat médecin traitant en Ile de France », a pour objet de proposer des nouvelles modalités de prise en charge refondées sur un « nouveau contrat médecin traitant ». L'expérimentation vise à tester un nouveau modèle de financement des soins primaires avec à terme pour le médecin traitant, une rémunération forfaitaire par patient mensuelle modulée en fonction des catégories de patients, se substituant à la facturation à l'acte.

Vers des paiements combinés ?

10 projets autorisés testent un modèle mixte

Les expérimentations Article 51 permettent aussi de tester les paiements associant plusieurs modèles : une part de financement à la séquence associée à un intéressement, ou encore un paiement à la capitation avec un paiement à la qualité.

Quels avantages ?

Combiner l'ensemble des avantages des modèles de paiement et limiter leurs inconvénients.

« Il n'existe pas un modèle de financement unique qui permettrait à lui seul d'inclure l'ensemble des objectifs poursuivis. Des modalités de paiement combinées peuvent en revanche permettre une réponse plus adaptée à la diversité des besoins des patients et favoriser les nécessaires transformations du système de santé » **Rapport Aubert**

Un exemple ?

L'expérimentation « Parcours de soins pour patient bipolaire - Passeport BP » qui propose un plan personnalisé de suivi par des « case managers » pour des patients atteints de troubles bipolaires associe deux modèles de paiement:

- un modèle de financement au parcours rétrospectif

- un intéressement sur les résultats d'efficience modulé sur des indicateurs de qualité

CHAPITRE 8
QUOI DE NEUF POUR LES EXPÉRIMENTATEURS ?

En 2020, ils se rassemblent pour former une communauté unie de porteurs

Les porteurs de projets en parlent

A la question « qu'est-ce qui fait l'originalité de l'Article 51 ? », voici un échantillon de ce qu'ont répondu les expérimentateurs, lors d'une enquête proposée en 2020.

« Faire travailler ensemble des acteurs qui n'ont pas l'habitude de se parler (très utile pour casser des silos), grande marge de manœuvre pour innover dans les dispositifs, dans l'ensemble une motivation et une souplesse ressenties de la part des acteurs institutionnels »

« Le 51 constitue un dispositif expérimental tout à fait intéressant pour favoriser le portage par les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux de nouveaux modèles d'organisations transversales et décloisonnées pour l'amélioration des parcours de soins et de vie. »

« Sa capacité à faire émerger des projets innovants tout en leur donnant un cadre officiel et structurant »

« En tant que médecin, j'ai souvent dû développer beaucoup d'énergie non pas pour "faire" mais pour "pouvoir faire" : c'est-à-dire pour mettre en œuvre le soin, pour "lutter contre" l'inertie administrative et là, c'est l'inverse! "L"administration" au sens large (DGOS, ARS, CNAM...) nous soutient, nous pousse, nous guide, nous facilite, nous permet de faire! C'est extrêmement agréable! Merci »

« Ce dispositif nous permet de sortir des référentiels habituels (« historiques ») du système de santé pour réfléchir à partir des besoins de personnes »

Des outils pour se rassembler et s'autonomiser : Accélérateurs, guides et webinaires

Développement de l'accélérateur

Depuis leur création, les formats des séances d'**accélérateur** évoluent continuellement, avec :

- ◊ des sessions regroupant des porteurs de projet différents mais adressant une même thématique
- ◊ un test de déploiement en région (voir ci-dessous)
- ◊ pour s'adapter à la distance, des cycles d'accélérateur en visioconférence, les « cycles-co »

« Preuve de concept » des accélérateurs en région

Face au volume croissant d'initiatives régionales et à l'intérêt manifesté par les ARS, un test de déploiement de l'accélérateur a été mené dans 4 régions (Grand Est, Ile de France, Occitanie et Pays de la Loire) de 2019 à 2020. Il s'agissait d'expérimenter la tenue d'ateliers d'accélérateur au plus près des porteurs, dans les régions, en mobilisant à la fois des expertises régionales et des expertises nationales. Un bilan positif pour les régions ! Quelques retours:

Verbatim Grand Est

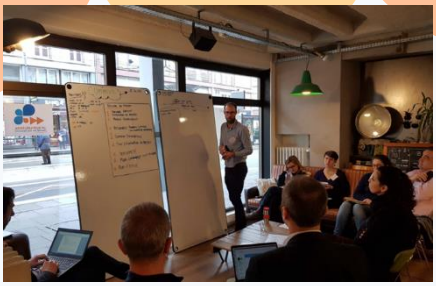
Verbatim Pays de la Loire

« Ça marche très bien en région »

« Cette journée a été très profitable au projet et a constitué un point d'accélération significatif pour les travaux de mise en place. »

« J'avais une appréhension, on a été dans le cœur du projet »

« Pas de différence notable par rapport à un accélérateur national »



Une séance d'accélérateur dans la région Grand Est

La presse parle de l'accélérateur !

L'actualité des territoires de santé

Accompagnement par l'accélérateur 51

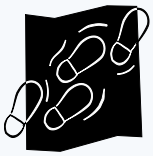
*« Depuis février 2019, une nouvelle modalité d'accompagnement des projets a en effet été testée et mise en place, baptisée "accélérateur 51". "C'est à la fois un lieu, une équipe pluridisciplinaire et une méthode de travail séquencée aux différentes phases du projet", explique Jennifer Bouaziz, directrice de projet à la Cnam. Avec l'accélérateur 51, on sort des modalités traditionnelles, continue-t-elle, en permettant grâce à des techniques d'intelligence collective, lors d'ateliers hebdomadaires de 45 minutes, de faire mûrir certains aspects des projets. Par exemple les modèles économiques, l'organisation requise, la rédaction du cahier des charges, l'identification du public cible... Chaque séance fait apparaître des recommandations aux porteurs de projets et aux institutions impliquées. »**

**extrait de l'article du 2/10/19 (Source: Hospimedia)*

Mise à disposition de guides et webinaires

En complément, et afin de préparer au mieux le travail de co-construction en atelier, des webinaires et guides thématiques sont désormais à disposition des porteurs. Ceux-ci permettent aux participants de comprendre et s'approprier les attendus des pouvoirs publics sur les modèles de financement, la facturation ou l'évaluation. Ils présentent les éléments à prendre en compte sur l'évaluation, sur la facturation, le financement etc.

Les premiers pas de la communauté de pratique



Toujours dans l'esprit que le dispositif 51 soit le moins « administré » possible, **une communauté de pratiques** entre porteurs de projets est en train de naître. L'ambition est que les porteurs de projets partagent entre eux leurs expériences respectives, s'échangent des astuces ou alertes, et s'unissent pour résoudre des problématiques nouvellement identifiées. Ce format, développé avec l'appui de l'Agence Nationale d'appui à la Performance (ANAP), leur permet non seulement de sortir du huis clos bilatéral avec les pouvoirs publics, mais aussi de s'approprier certains sujets sans attendre qu'une orientation leur provienne des régulateurs. Deux sessions virtuelles, avec plus d'une cinquantaine de participants, ont eu lieu en octobre 2020. Les participants se sont accordés pour traiter des problématiques variées comme la facturation, la relation avec l'évaluateur ou encore la communication.

Le grand rendez-vous annuel des expérimentateurs

Retour sur la journée des porteurs 2019

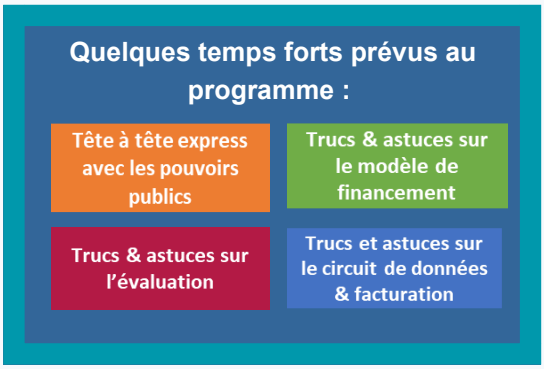
La journée des porteurs, organisée le 27 novembre 2019 avec l'aide de l'ANAP, a permis de réunir près de 300 participants porteurs de projet autour d'une cinquantaine d'ateliers : témoignages de porteurs, ateliers autour de l'évaluation ou du financement…

La parole aux porteurs — Journée du 27

« Excellente journée. La présence de référents Article 51 et de porteurs de projets acceptés est un vrai plus. Le lieu "décalé" a à mon sens facilité les échanges. A renouveler. »

« Cette journée était d'une grande richesse et mériterait certainement d'être réalisée régulièrement tant pour permettre l'élaboration de son projet qu'ensuite dans l'échange d'expériences sur la mise en œuvre ou encore l'évaluation. »

La semaine des porteurs de projet de 2020



Dans le même esprit que la journée du 27 novembre 2019, a été organisée une semaine des porteurs du 23 au 26 novembre 2020, dans un format « tout digital », compte-tenu des conditions sanitaires

Cette édition s'adresse plus particulièrement aux porteurs de projet autorisé ou de projet bien avancé voire en cours d'autorisation pour s'adapter au cycle de vie des projets article 51 avec un enjeu nouveau pour tous : après l'autorisation des expérimentations, place à la mise en œuvre ! Une occasion d'échanger entre porteurs de projets et acteurs institutionnels, de partager les expériences et aussi d'obtenir des réponses aux questions sur la mise en œuvre, dans un cadre informel et convivial.

Une série d'ateliers était ainsi proposée sur la semaine avec inscription libre selon les souhaits et besoins des porteurs de projet.

CHAPITRE 9
QUOI DE NEUF POUR L'EVALUATION DES EXPERIMENTATIONS ?

En 2020, rencontres productives avec les expérimentateurs et co-construction des protocoles d'évaluation

En quoi consistent les évaluations des expérimentations Article 51 ?

L'évaluation est consacrée par la Loi comme un passage obligatoire et systématique pour tous les projets. Dans le cadre de l'article 51, le cadre réglementaire a aussi conféré à l'évaluation des fonctions spécifiques d'information et d'aide à la décision de différentes instances décisionnaires, du Gouvernement et du Parlement. L'évaluation revêt ici une dimension normative qui s'attache plus particulièrement à fournir des preuves de la faisabilité, de l'efficacité et de l'efficience du dispositif évalué. Elle se distingue en cela d'une démarche de recherche.

Deux grandes fonctions pour l'évaluation

1. Porter une appréciation sur la réussite d'un projet : L'appréciation de l'atteinte des objectifs se fera de façon graduée et pragmatique pour tenir compte de la diversité des expérimentations, à l'aune de trois grands critères :

* la faisabilité / l'opérationnalité du dispositif ;

* la reproductibilité en d'autres lieux et contextes et à plus grande échelle ;

* l'efficacité / l'efficience du dispositif.

2. Capitaliser et consolider les enseignements que l'on pourra tirer de l'ensemble des projets : au-delà des résultats de chaque dispositif pris individuellement, il s'agit d'analyser les facteurs clés de succès - ou les freins, ainsi que les facteurs de contexte qui permettront à des modèles systémiques d'émerger.

Les différentes étapes de l'évaluation

La première grande étape de l'évaluation est **la visite d'évaluation.** Rapidement après la publication de l'arrêté autorisant l'expérimentation, la désignation de l'évaluateur externe est réalisée par la Cellule évaluation. Une fois désigné, l'évaluateur prendra connaissance de toute la documentation disponible sur le projet à évaluer. Après une réunion de cadrage avec la Cellule évaluation, il effectuera une visite qui lui permettra d'échanger avec le porteur de projet sur toutes les dimensions de son expérimentation et sur les moyens de l'évaluer, dans un esprit de co-construction.

A titre d'exemple, le témoignage de l'équipe projet « Consultation Santé Migrant » après une visite d'évaluation.

« *Après un premier contact téléphonique, l'équipe d'évaluateurs est venue dans nos locaux pour rencontrer notre équipe. Pendant cette journée, ils ont pu voir notre fonctionnement et nous avons discuté de l'évaluation. Le matin était consacré à des rencontres avec les différentes personnes qui interviennent dans la mise en œuvre du projet (médecin, coordinatrice de projet, secrétaire, …). Cela leur a permis de voir notre organisation. Nous avons pu leur présenter les différents outils mis en place. Ainsi, ils ont pu mieux comprendre les enjeux du projet et sa mise en œuvre. L'après-midi était consacré aux indicateurs d'évaluation. Nous avons échangé sur leur pertinence, les modalités de recueil des données mais aussi de la faisabilité. Cela a vraiment été un travail en commun. Pour nous, ce temps de rencontre a été intéressant et important. Cela nous a permis de discuter de vive voix et de réfléchir ensemble sur notre projet.*

Suite à cette visite, nous avons reçu une première version du protocole d'évaluation qui nous a permis de constater la bonne compréhension de notre projet par l'équipe d'évaluateurs. Ils ont bien perçu notre organisation, notre fonctionnement et l'esprit du projet. Ils ont été très disponibles et à l'écoute de nos questionnements et de nos observations concernant le protocole d'évaluation. Suite à plusieurs échanges, nous avons pu aboutir à une version définitive qui a été validée ensemble. Dans un premier temps, nous avons convenu d'une évaluation plutôt qualitative mais nous souhaiterions une évaluation qui puisse analyser également l'efficience du parcours de soin proposé dans notre expérimentation. »

Propos de l'équipe « Consultation Santé Migrant » recueillis le 18/11/2020

L'évaluateur rencontrera aussi les « accompagnateurs » de l'expérimentation (équipe projet nationale Article 51, ARS et organismes d'assurance maladie). Afin de préparer cette visite, le porteur de projet pourra consulter **la grille d'analyse générique** mise à disposition sur le site du ministère (**Guide pour l'évaluation des expérimentations A51**).

Cette grille est commune à l'ensemble des projets de l'article 51. Elle vise à permettre au porteur de projet d'anticiper le questionnement de l'évaluateur sur la mise en œuvre du projet et de préparer les entretiens qu'il aura avec lui.

La grille comporte notamment les rubriques suivantes :

1. Objectifs du dispositif mis en place ;
2. Organisation et fonctionnement du dispositif ;
3. Ressources humaines œuvrant dans le cadre de l'expérimentation ;
4. Modalités de pilotage ;
5. Partenariats développés ;
6. Système d'information déployé ;
7. Données de suivi du projet (état d'avancement) ;
8. Description des coûts de fonctionnement.

Une fois l'évaluateur externe désigné pour chaque projet, il aura la responsabilité d'adapter cette grille aux spécificités de chaque projet suivi (en concertation avec le porteur).

Pour les expérimentations nationales, les échanges seront réalisés avec les directions d'administration centrale et les équipes nationales dédiées.

Sur la base de ces différents éléments, l'évaluateur définira **un protocole d'évaluation adapté au projet**. En particulier, ce protocole tiendra compte des contraintes liées à la disponibilité des données.

Focus sur l'élaboration du protocole d'évaluation

Sur la base d'une revue documentaire et d'un échange avec le porteur, l'évaluateur définit **une méthode d'évaluation adaptée au projet sélectionné**. La méthode fera l'objet de discussions entre l'évaluateur et le porteur, dans un esprit de co-construction. Ainsi, le porteur peut faire des propositions quant à cette méthode d'évaluation.

La validation finale de la méthodologie d'évaluation reviendra toutefois in fine à la Cellule évaluation, avec l'appui d'experts associés.

C'est en effet cette dernière qui est garante à la fois de la qualité de l'approche proposée et de sa faisabilité.

Quelles sont les composantes du protocole d'évaluation?

- ◊ La grille d'analyse générique adaptée aux spécificités du projet ;
- ◊ Les critères de jugement évaluatif retenus ;
- ◊ Les indicateurs identifiés ;
- ◊ Les sources de données à mobiliser (qualitatives et quantitatives) ;
- ◊ Les techniques de recueil de données envisagées (entretiens, focus groupes, enquêtes de terrain, analyses spécifiques) ;
- ◊ Le calendrier de l'évaluation.

Dans le cas où l'évaluation nécessiterait des analyses quantitatives mobilisant des données et des méthodes complexes (notamment des données individuelles issues du Système national des données de santé (SNDS), **une seconde équipe évaluatrice, spécialisée dans l'analyse de ces données, pourra être désignée**. Les deux équipes d'évaluateurs seront coordonnées au niveau national.

Données de santé : quelle place dans l'évaluation ?

La notion de données de santé est désormais définie de manière large par le règlement européen sur la protection des données personnelles (RGPD), entré en application le 25 mai 2018.

Dans ce cadre, les données à caractère personnel concernant la santé sont définies comme les données relatives à la santé physique ou mentale, passée, présente ou future, d'une personne physique (y compris la prestation de services de soins de santé) qui révèlent des informations sur l'état de santé de cette personne. Cette définition recouvre l'ensemble des données collectées et produites dans le cadre du parcours de soins des personnes, mais aussi celles qui, détenues par d'autres acteurs (développeurs d'application par exemple), constituent une information sur l'état de santé de la personne.

À ce jour, des démarches spécifiques au dispositif d'évaluation sont prévues auprès de la Cnil pour cadrer la mobilisation de données individuelles à des fins d'évaluation.

Pour mener à bien l'évaluation et renseigner les indicateurs de façon fiable, plusieurs méthodes et sources de données peuvent être mobilisées :

1. **Les données médico-administratives du système national** des données de santé (DCIR, PMSI, causes médicales de décès…) ;
2. Les **données agrégées** et les indicateurs de la **plateforme de facturation article 51** ;
3. Pour certains projets, les **données individuelles de la plateforme de facturation article 51** ;
4. Les **systèmes d'information** éventuellement utilisés dans le cadre de l'expérimentation (SIH, dossiers patients), ainsi que des recueils spécifiques de données (par enquête par exemple).

CHAPITRE 10
QUOI DE NEUF POUR LES PORTEURS ?

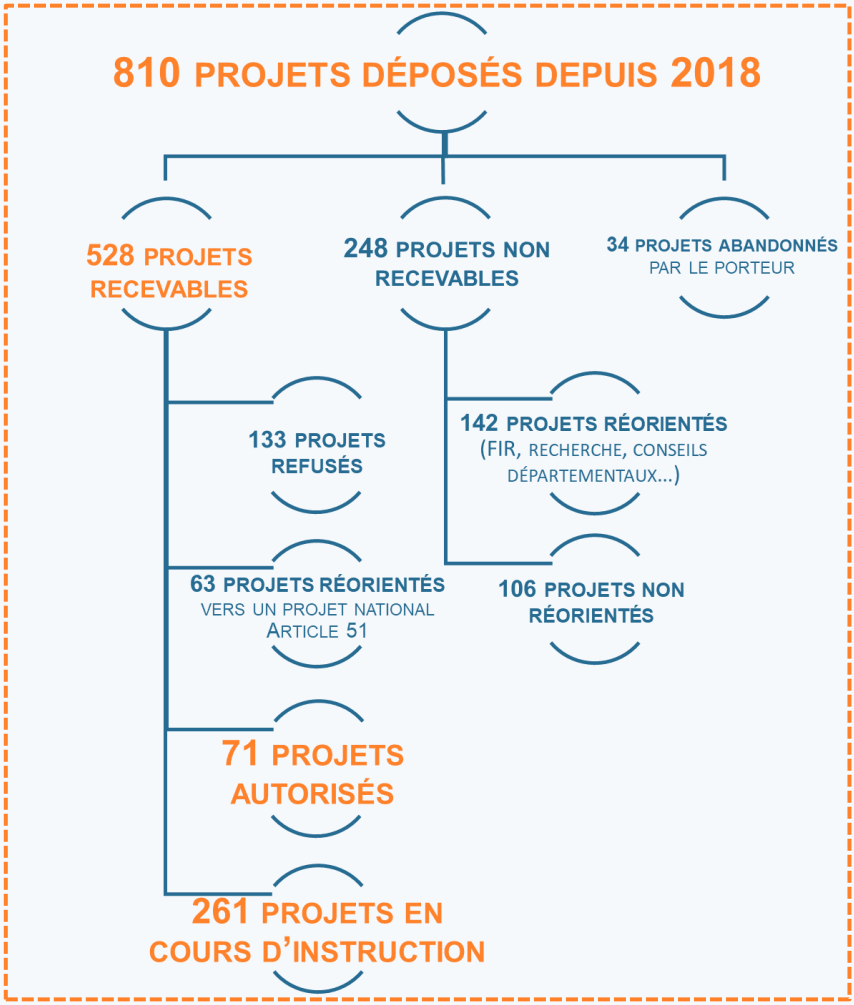
En 2020, le 51 continue de susciter un fort intérêt : plus 810 projets ont été proposés depuis sa création

Que sont devenus les projets proposés ?

Plus de 800 projets ont été déposés depuis l'été 2018 auprès des ARS ou de la Rapporteure Générale.

Si l'année 2018 a vu près de 400 projets déposés en un peu plus d'un semestre, le succès ne s'est pas démenti avec près de 300 projets déposés en 2019 et près de 100 au premier semestre 2020 malgré la crise sanitaire.

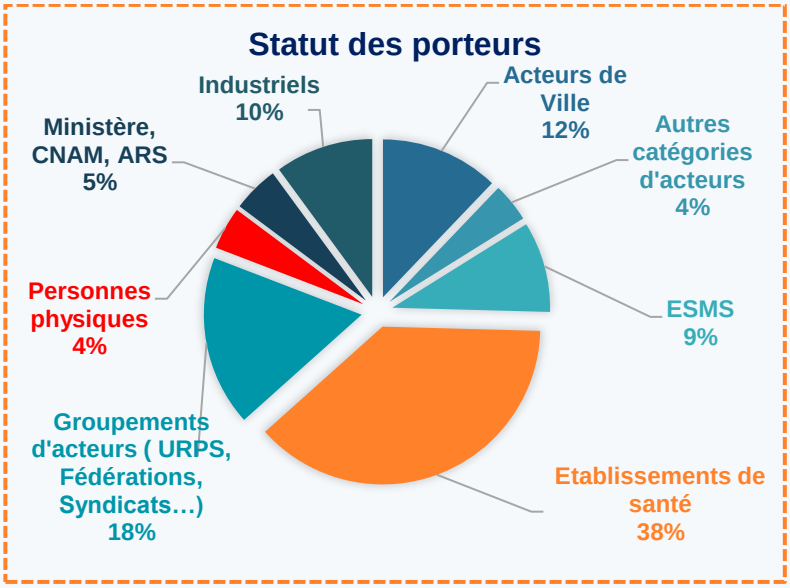
Le nombre de projets non recevables décroit à mesure que le dispositif est mieux connu.



Portrait des 528 porteurs de projets recevables

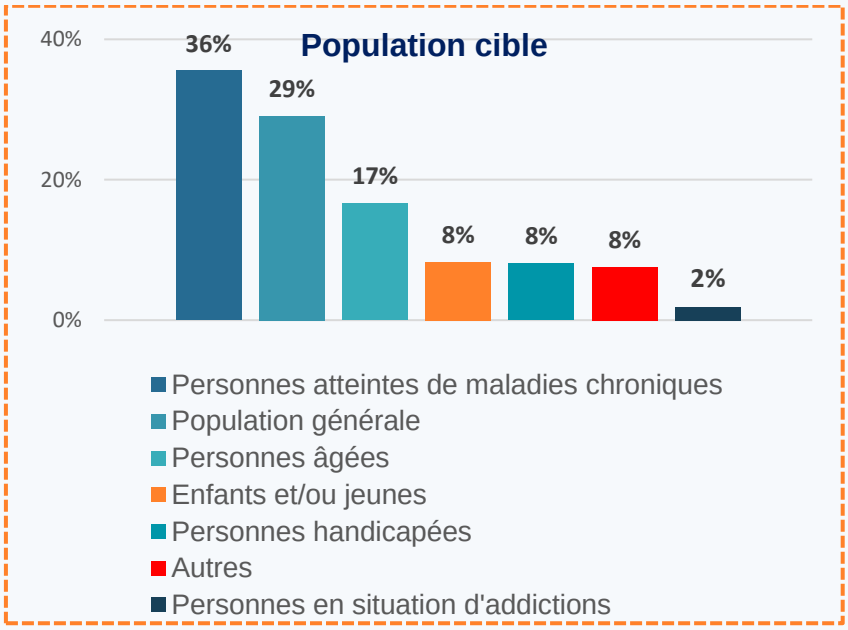
Quel statut pour les porteurs ?

Comme l'an passé, les projets de l'article 51 sont ancrés dans les territoires et portés par une grande diversité d'acteurs. Une légère augmentation de la proportion des acteurs de ville et du secteur médico-social peut être observée comparativement à l'an dernier.



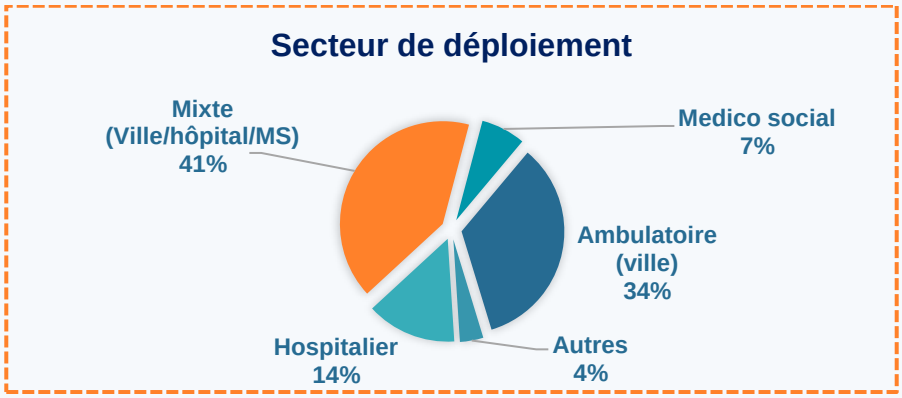
Quelle population est ciblée par les projets ?

Il apparait une grande variété de population ciblée par les projets, avec une représentation plus marquée des projets à destination des patients porteurs de maladies chroniques ou de la population générale.



Dans quel(s) secteur(s) se déploient-ils ?

Plus de 40% des projets reposent sur une prise en charge partagée intersectorielle.



CHAPITRE 11
QUOI DE NEUF CHEZ NOS VOISINS ?
En 2020, on sort de nos frontières pour se rencontrer

L'Article 51, un regard international

L'année 2020 a été l'occasion de préparer la tenue d'un Workshop International avec la CNAM et l'appui de l'Observatoire Européen des Systèmes et des Politiques de Santé. Prévu initialement en présentiel au printemps, il a été reprogrammé début 2021 en raison du COVID. A cette occasion, l'équipe nationale Article 51 sera accompagnée de représentants des fonds allemands (Innovationsfund), américains (CMMI), et anglais (AHSN) pour témoigner de leur expérience et partager sur les thématiques de la sélection, la mise en œuvre et le passage à l'échelle des projets d'innovation organisationnelle et financière en santé.

L'objectif : identifier et prendre contact avec des organisations similaires à l'étranger pour échanger entre pairs sur des sujets d'intérêt commun en matière d'innovation organisationnelle.

Cette expérience sera l'occasion d'identifier des bonnes pratiques et de partager les questionnements avec l'ensemble des pays représentés (en termes d'accompagnement, d'évaluation, de passage à l'échelle, financement des projets…).

Benchmark des dispositifs favorisant l'innovation organisationnelle et financière en santé

Une analyse comparative a permis d'identifier trois dispositifs étrangers pouvant être apparentés à l'article 51 et dont on pourrait tirer des enseignements intéressants pour nourrir notre dispositif.

Le CMMI, centre d'innovation de Medicare et Medicaid aux Etats-Unis

Créé en 2010, le CMMI est chargé de concevoir, mettre en œuvre et tester de nouveaux modèles de paiement des soins de santé afin de répondre à trois préoccupations majeures pour la soutenabilité du système de santé :

- ◊ améliorer l'état de santé de la population,
- ◊ garantir la qualité des soins,
- ◊ maîtriser les coûts.

Le CMMI a donc construit une série de modèles de paiements innovants et développé des appels à projets pour les tester sur le terrain. Les modèles sont testés par un certain nombre de participants sélectionnés par le CMMI. Les expérimentations sont ensuite évaluées sur la base de critères visant plus particulièrement à mesurer si elles permettent une réduction des dépenses et/ou une amélioration de la qualité de soins.

Après 10 ans d'expérience, le CMMI a testé plus de 39 modèles et initiatives de paiement, et a permis le passage à l'échelle, après évaluation concluante, de deux des modèles innovants testés (« *Pionnier ACO* » et « *YMCA* »).

L’ Innovationsfund en Allemagne

L’ Innovationsfund allemand est né en 2016 dans l’objectif de promouvoir de nouvelles formes de soins et de faire évoluer l’intersectorialité dans le système de santé.

Le fond a été créé pour 4 ans, puis renouvelé pour 4 ans (jusqu’en 2024). Il est dédié à 25% à des projets de recherche et à 75% à des projets d’innovations organisationnelles et technologiques. Pour cette dernière partie d’activité, le fonctionnement de l’Innovationsfund allemand se rapproche sensiblement de celui de l’article 51.

Les projets sont sélectionnés sur la base d’appels à projets proposés par le comité d’innovation, avec des critères souvent assez larges comme par exemple : innovations autour de la télémédecine, développement des soins gériatriques …

400 projets d’innovations organisationnelles ont été autorisés depuis 2016, avec un budget allant jusqu'à 225 millions d’euros/an.

Les projets lancés lors de la 1ere vague arrivent aujourd’hui en fin d’expérimentation, soulevant beaucoup de questionnements sur la généralisation ou l’abandon des projets.

Les AHSN, structures d’accompagnement des organisations innovantes en Angleterre

Le service de santé anglais NHS a opté pour une approche décentralisée de l’accompagnement au changement des organisations innovantes à travers les Academic Health Science Networks (AHSN).

Il s’agit de réseaux associant autorités locales, universitaires et secteur privé (notamment industriel).

Les AHSN permettent d’une part de soutenir des organisations locales en difficulté en leur proposant de les accompagner dans la modification de leurs pratiques sur la base des connaissances scientifiques disponibles (top-down) et, d’autre part de faire remonter au niveau national les innovations organisationnelles performantes pour les diffuser (bottom-up).

CHAPITRE 12 : 3 ANS APRES SA CREATION, QUELLES SONT LES AMBITIONS TENUES PAR LE 51 ?

Le potentiel de l'article 51 pour préparer les réformes de demain

2018

Dès sa genèse, l'article 51 portait, l'ambition d'être un outil de préparation de réformes, partant de deux partis pris.

1. S'appuyer sur les expertises des acteurs du système de santé

Partager l'initiative des réformes avec tous les acteurs de santé, au-delà des pouvoirs publics et des régulateurs

2. Tester en vie réelle

Aucun ne dispose de la formule idéale & universelle pour réformer les modèles de prise en charge et de financement

2020

Deux ans et demi après son entrée en vigueur

En vue de préparer des réformes généralisées, le dispositif révèle déjà des pistes

Les voies explorées par le 51

Public cible

- **Vulnérabilité sociale** : bénéficiaires de mesure de protection sociale de l'enfance, personnes précaires, migrants
- **Situation de handicap**
- **Vulnérabilité liée à l'âge** : enfants et adolescents, nourrissons, personnes âgées.

Modalités et prestations

- **Soutien motivationnel**
- **Télésanté**
- **Information et éducation**
- **Coordination** (case management)

Pathologie et indications

- **Cancer**
- **Obésité**
- **Santé mentale**
- **Cardio neuro-vasculaire**

Prestations non remboursables

- **Interprétariat**
- **Activité physique adaptée**
- **Soutien psychologique**
- **Diététique**

Transformations en cours de test ou de construction

Métiers et pratiques professionnelles

La littératie et l'autonomisation des patients
Par exemple, un projet propose de dispenser de façon personnalisée, en fonction des besoins de la parturiente, toutes les informations sur sa grossesse et sa prise en charge, tout au long de sa gestation, et en parallèle des consultations au cabinet. Cette nouvelle organisation intègre des quizz pour s'assurer de la bonne compréhension par la parturiente, ainsi qu'un recueil de son expérience. Ainsi, le temps passé avec le professionnel de santé lors de ses consultations peut être dédié à ses examens et à reprendre si besoin les éléments qui restent à s'approprier

Sur le métier de pharmacien
Une variété d'expérimentations développe la pharmacie clinique

Sur le métier des auxiliaires de puériculture
En région Grand Est, une expérimentation permet à cette profession hospitalière de se rendre au domicile des patientes après leur accouchement, afin de les accompagner dans la parentalité, en complément du suivi clinique dont elles bénéficient

Incitations aux bonnes pratiques plutôt qu'au résultat
Compte tenu des biais possibles induits par des modèles de financement assis sur le résultat (sélection de patients, actes non pertinents, etc.), plusieurs expérimentations permettent de tester des incitations aux bonnes pratiques. C'est le cas par exemple de l'expérimentation sur la chirurgie de la cataracte qui, plutôt que d'assoir l'incitatif financier directement sur la pertinence des actes, celui-ci dépend de la publication des scores de pertinences. En effet, la transparence des résultats peut permettre une régulation par le regard des pairs, voire des usagers.

Modèles de financement

Capitation
Un cabinet de médecine libérale expérimente, en Ile-de-France, le passage du financement à l'acte (à la consultation) à un financement à la patientèle

Elargissement des paniers de soins
Plusieurs expérimentations testent le remboursement de prestations nouvelles, parmi lesquelles l'activité physique adaptée, le coaching parental, l'interprétariat, des soins de diététiques, de psychologues, etc.

Séquence de soins
Une majorité des projets expérimentés testent le financement de séquences de soin. Le forfait, partagé entre tous les acteurs de la prise en charge, permet de remettre le patient au centre et incite au décloisonnement entre les différents secteurs et les différentes professions de santé

Approches centrées patient

Professionnel de santé référent pour le patient (en lien avec son médecin traitant)

- Plusieurs expérimentations portant sur des indications très variées (périnatalité, cancer, soins infirmiers à domicile, etc.) intègrent un professionnel de santé du patient qui s'engage à répondre / accompagner le patient. L'expérience patient est simplifiée. Cette organisation transforme aussi le modèle de régulation puisqu'il a un rôle d'aiguilleur
- Prise en charge holistique des patients, engagement du professionnel pour répondre / accompagner le patient, et non plus seulement réaliser des prises en charges séquentielles

Recueil de l'expérience patient

La prise en compte de cette dimension vise à apprécier si les interventions réalisées permettent d'améliorer, du point de vue du patient, son suivi et sa prise en charge.

L'objectif est d'inciter les professionnels à prendre en considération le vécu du patient dans l'amélioration de leurs pratiques professionnelles.

Ingénierie financière

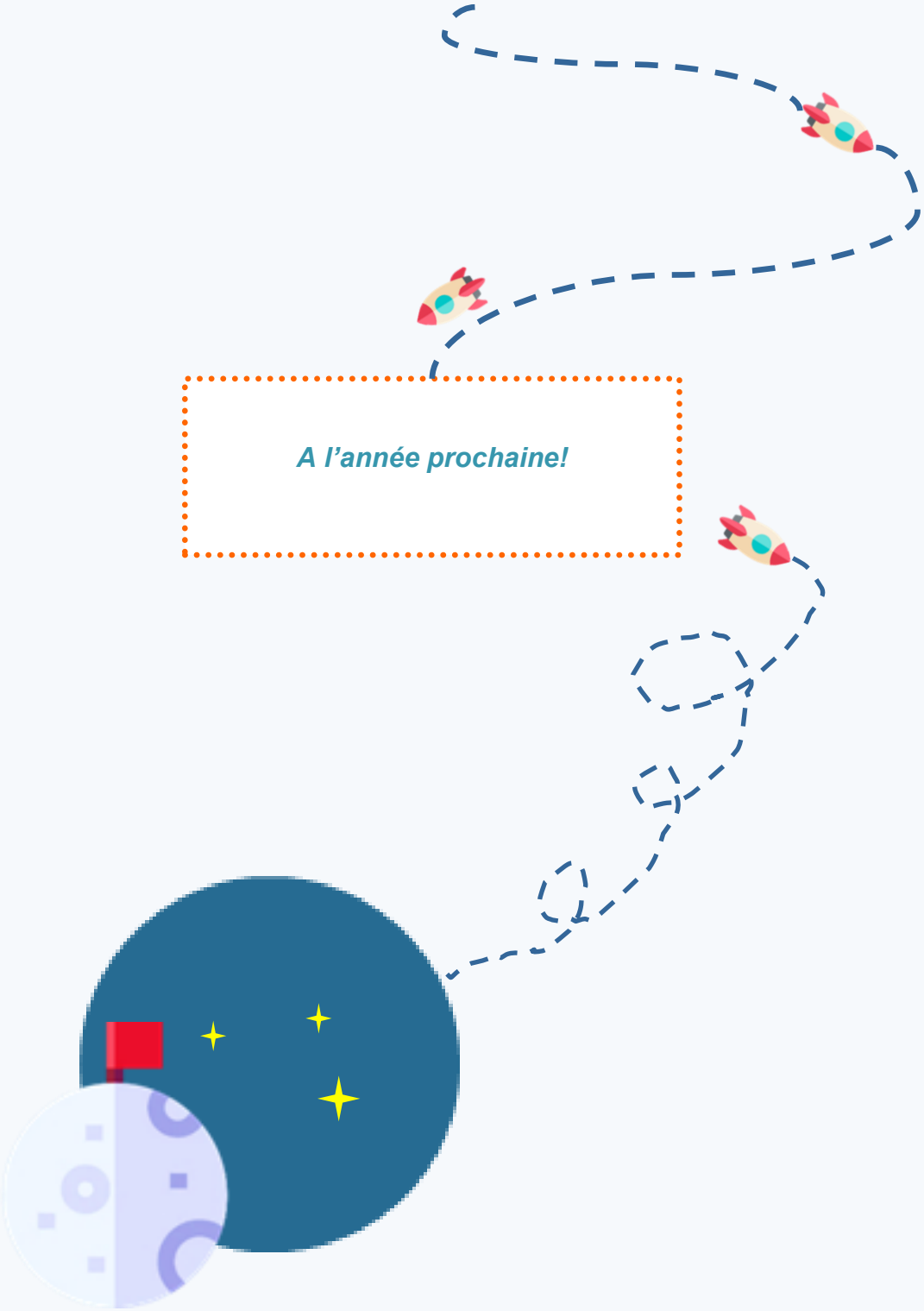
Tiers payant

Un projet en Hauts-de-France transfère aux CPAM la charge de facturation et de recouvrement vers les autres financeurs, pour des maisons médicales de garde

Délégation de facturation entre offreurs de santé

Pour la plupart des expérimentations de financement forfaitaire, il est confié à un établissement de santé ou autre tiers la facturation pour le compte de professionnels libéraux / de ville, qui reçoivent ensuite directement de l'assurance maladie la part de financement les concernant

L'année à venir
permettra de suivre l'évolution de ces transformations en cours et d'en intégrer de nouvelles



A l'année prochaine!

ANNEXES

ANNEXE 1
LES MACRO PLANNINGS DES AMI

Macro-planning de l'expérimentation PEPS

Pour chaque équipe volontaire, l'expérimentation se déroule en 3 phases, dans l'optique d'une mise en œuvre progressive du paiement au forfait.

Pour la vague 1, le passage au forfait substitutif à l'acte a lieu en 2021.

	Phase 1 : Lancement du projet	Phase 2 : Financement rétrospectif du forfait avec bonus le cas échéant	Phase 3 : Financement intégré prospectif par le versement d'un forfait unique
Vague 1	2019	2020	2021-2023
Vague 2	*2020*	*2021*	*2022-2024*

Prérequis

- Signature de la convention d'amorçage
- Premier versement des crédits d'amorçage

- Deuxième versement crédit d'amorçage
- Signature convention de financement

- Troisième versement crédit d'amorçage
- **Mensualisation de la rémunération PEPS**

Possibilité de sortir de l'expérimentation à l'issue de cette phase

Financement

Pas de forfait

Patientèle non PEPS :
- Paiement des actes **de l'année**

Patientèle PEPS :
- Paiement des actes **de l'année N**

Rétrospectif

Patientèle non PEPS :
- Paiement des actes **de l'année**

Patientèle PEPS :
- Paiement des actes **de l'année N**
- Paiement d'un **bonus* PEPS positif** (le cas échéant)

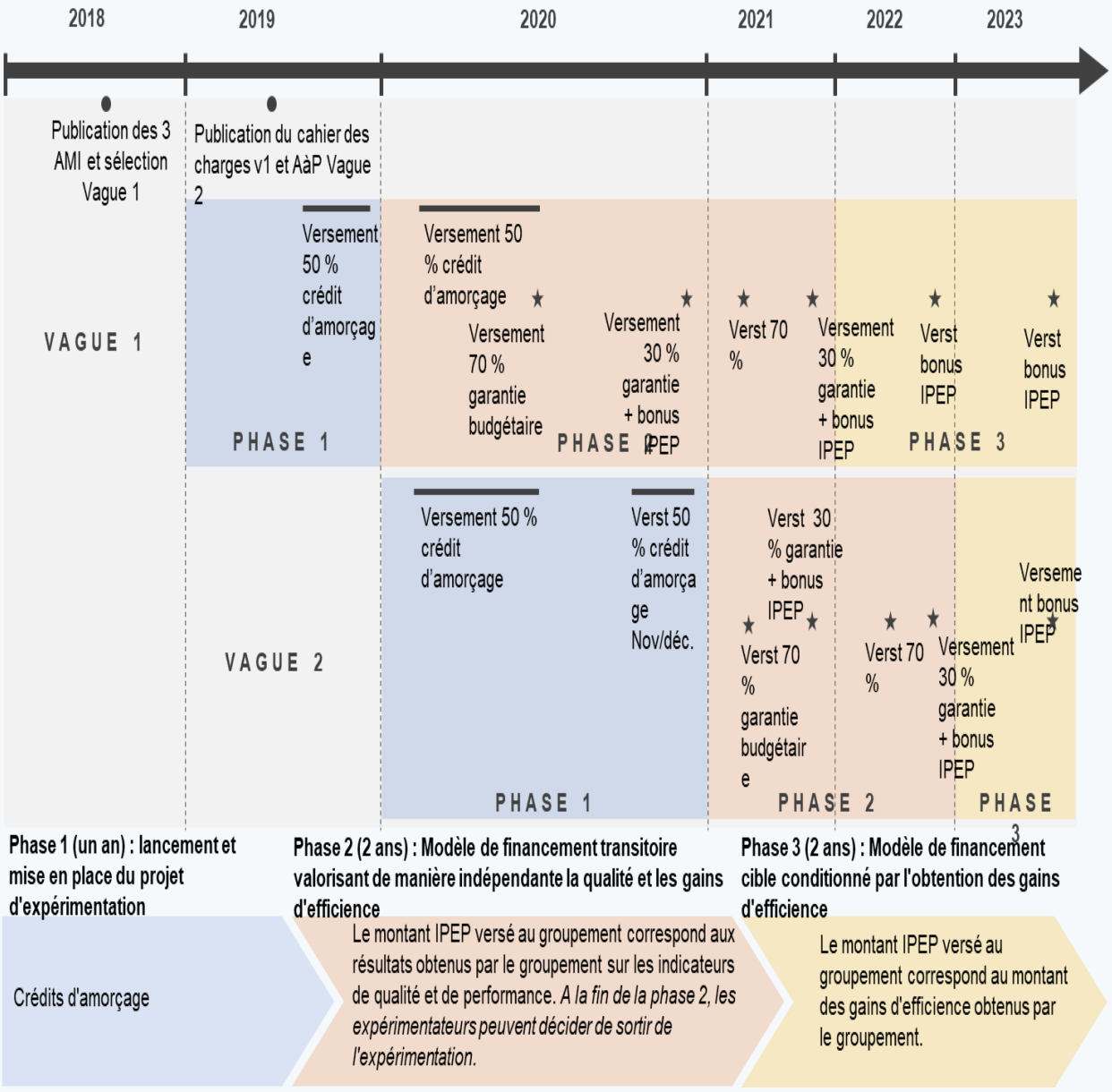
Prospectif

Patientèle non PEPS :
- Paiement des **actes de l'année**

Patientèle PEPS :
- Paiement d'un bonus* PEPS positif (le cas échéant) la première année
- Paiement de la rémunération **PEPS chaque année**

**Bonus : différence théorique entre la rémunération à l'acte et la rémunération PEPS pour une année donnée.*

Macro-planning de l'expérimentation IPEP



Phase 1 (un an) : lancement et mise en place du projet d'expérimentation

Crédits d'amorçage

Phase 2 (2 ans) : Modèle de financement transitoire valorisant de manière indépendante la qualité et les gains d'efficience

Le montant IPEP versé au groupement correspond aux résultats obtenus par le groupement sur les indicateurs de qualité et de performance. *A la fin de la phase 2, les expérimentateurs peuvent décider de sortir de l'expérimentation.*

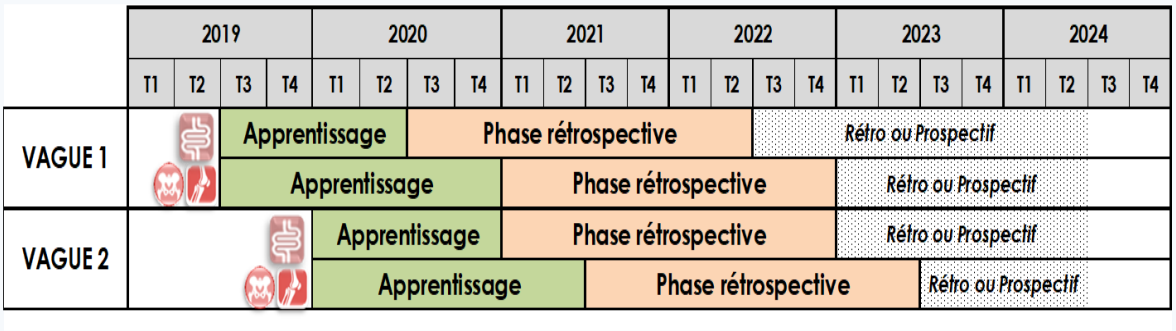
Phase 3 (2 ans) : Modèle de financement cible conditionné par l'obtention des gains d'efficience

Le montant IPEP versé au groupement correspond au montant des gains d'efficience obtenus par le groupement.

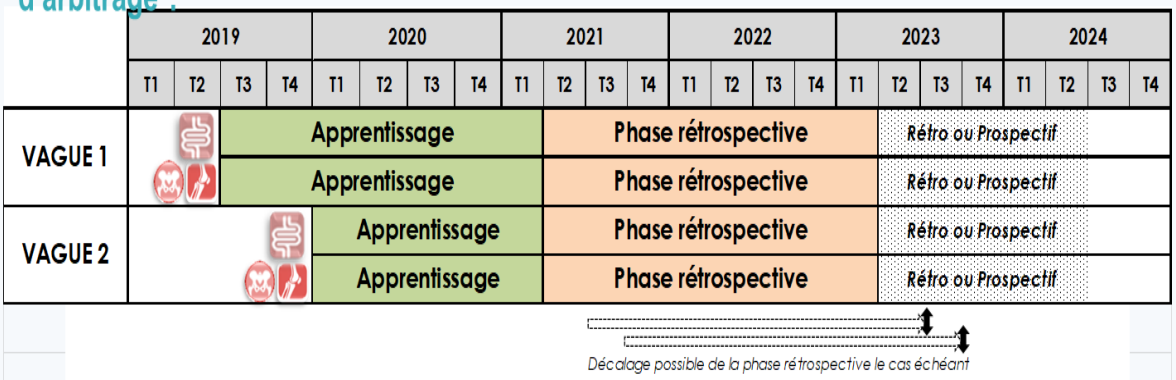
Macro-planning des expérimentations EDS

Un calendrier actualisé prenant en compte des décalages liés à la crise sanitaire est en cours d'arbitrage.

Calendrier actuel :



Calendrier proposé, en cours d'arbitrage :



Malgré une reprise des séances de travail après l'été 2020 et une adaptation du calendrier, le retard pris au second trimestre n'a pu être compensé, et le calendrier est en cours de révision.