



RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ

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

Éditorial

L'article 51 est au cœur de l'ambition de transformation de Ma Santé 2022. Sa méthode, c'est de faire la place à l'innovation organisationnelle et de l'accompagner. Cela suppose que les pouvoirs publics travaillent autrement avec les parties prenantes du système de santé, de façon plus partenariale et collaborative. Cette conviction, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, l'a portée dès le début de son mandat.

L'article 51, c'est bien cela : permettre à toute personne ayant un intérêt à agir dans le système de santé de proposer de nouveaux modèles d'organisation ou de financement et de les tester en vie réelle. Le défi, pour l'ensemble des parties prenantes est d'arriver à travailler différemment. S'extraire des règles établies qui sont souvent intégrées par tous. Ce changement de comportement a pu susciter des incompréhensions, et nécessite une acculturation des acteurs. Il n'est pas toujours simple, pour des porteurs de projets du terrain, habitués à des règles énoncées par les régulateurs, de devoir proposer eux même une nouvelle organisation. Inversement, les régulateurs ont dû apprendre à mobiliser en mode projet, et se mobiliser d'une autre manière que par l'édiction de normes.

L'année 2019 a ainsi permis d'inventer de nouvelles méthodes de travail pour s'adapter au flux de projets proposés. L'article 51, c'est innover dans les organisations de soins, dans les modèles de financement mais finalement aussi dans l'approche utilisée au service des projets, en mobilisant initiative territoriale, intelligence collective et co-développement par l'ensemble des acteurs.

L'article 51, c'est donc faire confiance à toutes les expertises, à tous les talents.

Cette nouvelle méthode, elle a pris du temps. Entre la publication des derniers textes fixant le cadre de fonctionnement, au printemps de 2019, et la fin de cette année, il a fallu apprendre, tous azimuts. Apprendre aux porteurs à formaliser leurs projets, pour qu'ils soient viables à l'expérimentation, apprendre à gérer le flux des porteurs de projets, à les orienter, apprendre à mettre en lien les acteurs localement, régionalement, ou même parfois au niveau national.

Ainsi, si l'année 2019 a été une année de découverte et d'apprentissage, elle n'en a pas moins permis aussi d'autoriser plus de projets d'expérimentations que les dix dernières années cumulées.

Une cinquantaine de projets sera autorisée, au total, d'ici la fin de l'année (plus d'une trentaine l'est à l'heure de la mise sous presse). Les premiers patients ont commencé à bénéficier des prises en charge innovantes. Les premiers professionnels et établissements de santé ont aussi commencé à recevoir les premiers financements expérimentaux.

L'année 2020 est donc pleine de promesses, et elle devra être l'occasion d'un premier bilan sur les premières expérimentations. Les défis demeureront nombreux, afin d'une part que les projets puissent continuer à arriver, et surtout, anticiper la première vague d'évaluation et les premières généralisations.

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

Sommaire

1. EN 2019, ON AUTORISE !	8
1.1. On accélère : de plus en plus de projets autorisés	8
1.2. L'innovation n'a pas de taille : c'est « au local » ou en inter-régional	10
1.3. En 2019, on finalise les appels à manifestation d'intérêt	16
1.4. Derrière les innovateurs, on s'engage en tant que payeur	17
1.5. Pour nos innovations, un besoin de dérogations	20
2. EN 2019, DE PLUS EN PLUS D'INNOVATEURS	22
2.1. Pour innover, il faut être orienté	22
2.2. Les projets éligibles : que nous racontent-ils ?	23
2.3. Qu'en est-il des projets intégrant des produits de santé ou de la télésanté ?	25
3. EN 2019, ON TRAVAILLE AUTREMENT	31
3.1. La collaboration, ça se passe d'abord à l'échelle des régions	31
3.2. À Paris, ça change aussi	34
3.3. Pour nos porteurs, un nouveau moteur : l'accélérateur !	36
3.4. Tester, c'est aussi évaluer pour généraliser	37
- Le rôle de l'évaluation dans l'article 51	37
- Le cadre commun de l'évaluation : critères et méthodes	38
- Quel évaluateur et comment sera-t-il choisi ?	38
- Un pilotage national pour l'évaluation des expérimentations	39
4. ET CE N'EST PAS FINI : LA SUITE	41
4.1. Après l'autorisation, place à l'action	41
4.2. Ceux qui veulent y prendre goût, on leur donne rendez-vous	42
4.3. Pour les années à venir, de nouvelles missions à remplir	43
ANNEXE I : L'ÉQUIPE EN CHARGE DES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ	45
ANNEXE II : LES CARTES D'IDENTITÉS DES PROJETS AUTORISÉS	48
ANNEXE III : PRÉSENTATION DES 3 EXPÉRIMENTATIONS NATIONALES ISSUES DES APPELS À MANIFESTATION D'INTÉRÊT	71

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord(s) Conventionnel(s) Interprofessionnel(s)

AMI : Appel(s) à Manifestation d'Intérêt

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

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

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

AVC : Accident(s) Vasculaire(s) Cérébral(aux)

CEPS : Comité Économique des Produits de Santé

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CSS : Code de la Sécurité Sociale

CTIS : Comité Technique de l'Innovation en Santé

DAC : Directions de l'Administration Centrale

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

HAS : Haute Autorité de Santé

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

PAERPA : Parcours de santé des personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

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

PRME : Programme de Recherche Médico-Économique

RG : Rapporteur(e) Général(e)

URPS : Union(s) Régionale(s) des Professionnels de Santé

Les chiffres-clés du 51



Environ 50 projets
seront autorisés d'ici fin 2019



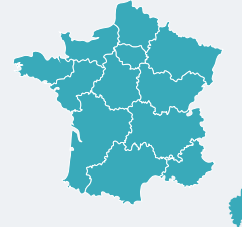
5 expérimentations ont démarré,
c'est-à-dire que les patients
ont commencé à en bénéficier
depuis début octobre 2019



1/3 des initiatives
concerne la prise en charge
des pathologies chroniques



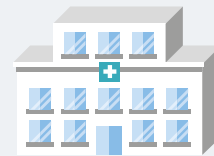
Plus de 70 000 patients
pris en charge sur la
durée des expérimentations



29 projets autorisés
à mi-septembre 2019 couvrant
la France métropolitaine



180 M€ de dépenses
prévisionnelles sur les
5 prochaines années



Plus d'un projet sur cinq émane
de structures associatives
professionnelles



Plus de deux projets sur cinq portent
sur une prise en charge partagée
ville/hôpital

1.

En 2019, on autorise !

1.1. ON ACCÉLÈRE : DE PLUS EN PLUS DE PROJETS AUTORISÉS

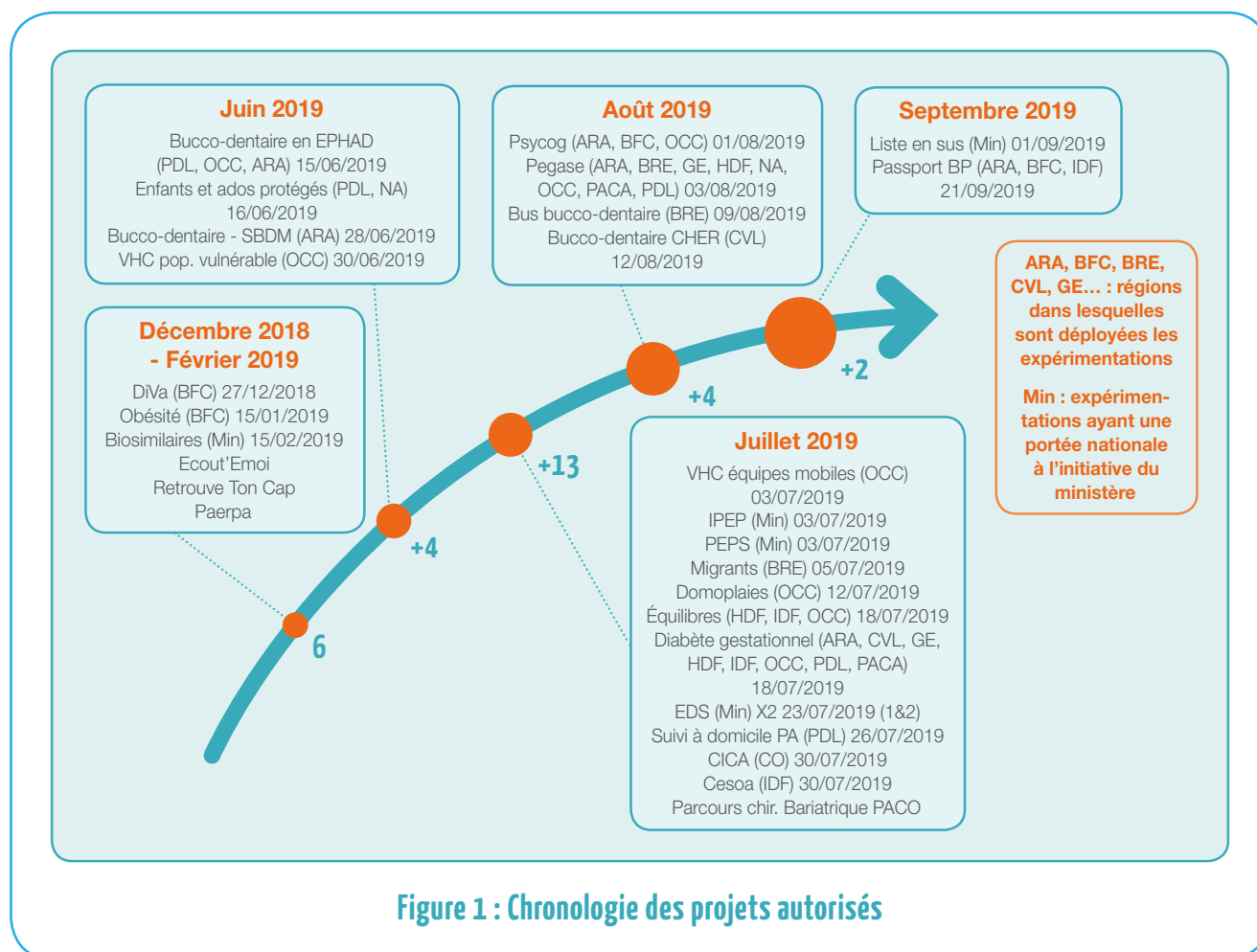
29 projets autorisés

Cinq autorisations ont été prises en 2018 :

- Une expérimentation à l'initiative du ministère sur les médicaments biosimilaires, en août 2018.
- Une expérimentation à l'initiative des acteurs en Bourgogne Franche-Comté sur la prise en charge de l'AVC et de l'infarctus du myocarde, en décembre 2018.
- La réintégration d'expérimentations conçues préalablement à la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2018 qui a introduit l'article 51, à l'initiative des pouvoirs publics. Ces trois expérimentations ont été réintégrées dans le cadre de l'article 51 en décembre 2018 pour poursuivre leur mise en œuvre :
 - **Ecoute'Emoi ;**
 - **Retrouve ton cap ;**
 - **PAERPA.**

Ces trois expérimentations, pour se poursuivre, ne requerront pas les crédits prévus par le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), à l'exception des sommes qui seront engagées pour leur évaluation. Elles sont réintégrées pour des durées limitées, de 1 à 3 ans.

L'année 2019 marque le lancement véritable de la dynamique d'autorisation de projets :



LES CHIFFRES-CLÉS DÉCHIFFRÉS

Au total, ce sont donc 29 projets qui sont autorisés à mi-septembre 2019, dont :

- 20 projets à l'initiative de porteurs de projet du monde de la santé
- 6 projets à l'initiative des pouvoirs publics (ministère de la Santé ou ministère de la Santé et Assurance maladie)
- 3 expérimentations antérieures à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et réintégrées dans ce cadre pour achever leur mise en œuvre.

Dans la suite du rapport, seules les deux premières catégories ci-dessus seront développées (à l'exclusion, donc des 3 expérimentations qui ne sont pas « natives » article 51), soit 26 expérimentations autorisées.

1.2. L'INNOVATION N'A PAS DE TAILLE : C'EST « AU LOCAL » OU EN INTER-RÉGIONAL

L'esprit des expérimentations dites 51 est de répondre à des problématiques de terrain qui ne trouvent pas de réponse dans le droit actuel, dans une perspective de généralisation. Il n'est donc pas étonnant de voir apparaître, dans les territoires, des projets en réponse aux défis auxquels doit faire face notre système de santé.

Trois grandes thématiques ressortent et répondent aux enjeux de ma Santé 2022 :

→ **LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES**

PASSPORT BP



Mettre en œuvre une prise en charge intégrée (psychiatrique et somatique) spécialisée et personnalisée des patients atteints de trouble bipolaire avec un suivi rapproché et coordonné par des case-managers à l'aide d'outils numériques.

Porteur du projet :

Fondation FondaMental

Partenaires :

3 CHU, 2 CH, Maison de santé de Créteil, 2 UFR, SEMEIA, SBT/Happy Neuron, UNAFAM, ARGOS

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie a pour objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.



Marie, âgée de 42 ans et souffrant d'un trouble bipolaire, a eu dans le passé plusieurs épisodes de manie délirante suivis d'un épisode dépressif avec des conséquences personnelles majeures. Elle a perdu son emploi d'informaticienne et a divorcé sans obtenir la garde de ses enfants.

Lors d'une hospitalisation pour un épisode d'hypomanie suite à l'arrêt de son traitement (car elle se sentait bien), le psychiatre lui propose de l'aider à construire un projet de soin personnalisé pour éviter que tout cela ne recommence. Il évalue avec elle son état actuel mais aussi toute l'histoire de ses rechutes et son état physique car elle souffre d'un surpoids (IMC = 30) apparu au fil des ans et qu'elle attribue aux traitements psychotropes.

Elle accepte de voir Élodie, une infirmière de l'équipe, formée comme « case manager », qui organise avec elle son parcours de prise en charge et la suivra dès sa sortie. Elle accepte l'utilisation d'une application installée sur son smartphone qui recueille des informations de son activité quotidienne, qui sont regroupées avec son accord avec les données de son Dossier Médical Partagé. Elle donne également son accord pour qu'Élodie ait accès à ces informations au cours du suivi.

Le programme qu'elles ont bâti ensemble débute par un entretien avec son pharmacien qui répond à toutes les questions qu'elle avait sur les médicaments. Élodie l'aide aussi à prendre rendez-vous avec son médecin traitant (ce qu'elle n'a souvent pas la patience de faire), pour un bilan de son surpoids et elle vérifie même qu'il avait bien reçu toutes les informations médicales à la suite de son hospitalisation (bilans biologiques déjà été faits...).

Cette coordination rassure Marie et renforce sa confiance en son état de santé. Six semaines après sa sortie de l'hôpital, Élodie qui est régulièrement en contact avec elle, lui rappelle qu'elle n'est pas allée chercher son traitement à la pharmacie. Marie lui explique qu'elle se sentait mieux et qu'elle pensait ne plus en avoir besoin. Élodie lui propose de participer à une séance de psychoéducation qui lui permet de rencontrer des gens « comme elle » et de mieux appréhender la nécessité des médicaments.

Marie a repris le traitement et a réussi à débiter le programme d'exercice physique que lui a proposé son médecin traitant. Elle reprend confiance en ses capacités. Le parcours reste long mais elle comprend chaque jour l'intérêt de ce soutien spécifique quand elle repense à ses nombreuses rechutes.

→ L'ACCÈS AUX SOINS

SUIVI À DOMICILE
DES PERSONNES INVALIDES
ET/OU
ÂGÉES PAR LES MÉDECINS
TRAITANTS ET LES INFIRMIERS



Mettre en place un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmier(e) de la MSP pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. L'infirmier(e) assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin.

Porteur du projet :
RSMO LE MANS NORD

Le repérage et l'accompagnement de la fragilité de nos aînés est au cœur de notre politique sur le Grand Âge. Cette expérimentation va permettre d'évaluer l'impact d'un suivi rapproché sur la santé des personnes fragiles (hospitalisation, dégradation de l'état de santé...). Elle s'inscrit également dans le plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires prévu par la loi organisation et transformation du système de santé.



Rose a 82 ans et est atteinte de plusieurs pathologies du grand âge. Elle ne peut plus marcher et se rendre au cabinet de son médecin dans la maison de santé RSMO. Son état s'est dégradé et nécessite la mise en place d'un suivi plus rapproché que son médecin ne peut plus assurer aujourd'hui.

Comme de nombreux territoires, le secteur de la maison de santé a vu plusieurs médecins partir à la retraite sans être remplacés. Les médecins de la maison de santé ont de plus en plus de patients à suivre et n'ont plus la disponibilité pour se rendre au domicile des patients âgés le nécessitant.

L'expérimentation leur permet de mettre en place un suivi réalisé par les infirmier.es de la maison de santé des personnes âgées vulnérables de plus de 80 ans qui ne peuvent plus se rendre à la maison de santé.

Rose a eu une première visite conjointe du médecin et de son infirmier à son domicile. Une grille de suivi a été élaborée pour que l'infirmier réalise ce suivi en lien avec le médecin qui prendra les décisions médicales nécessaires.

Rose voit son infirmier tous les mois. Elle sait que son médecin est en contact avec son infirmier qui le contactera dès que nécessaire. Aujourd'hui, les infirmier.es sont content.es du rôle qui leur est confié.

Les médecins sont soulagés que le suivi des patients soit assuré correctement et vont pouvoir accepter de nouveaux patients sans médecin qui relèverait de ce suivi.

Rose est rassurée de cette organisation qui lui permet d'avoir tous les mois la visite d'un professionnel de santé qu'elle connaît et qui la connaît et qui pourra faire part de ses difficultés au médecin.

→ LA PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES ÂGÉES EN EHPAD ET DES PERSONNES HANDICAPÉES EN INSTITUTION

SERVICE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES MOBILE (SBDM) EN EHPAD



Rendre la prévention et les soins bucco-dentaires plus accessibles aux résidents en EHPAD par la mise en place de télédiagnostic et de soins effectués par un chirurgien-dentiste en cabinet mobile.

Porteur du projet :

URPS DENTISTES ARA

Partenaires :

Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes ;
Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme/ Rhône ; EHPAD Puy-de-Dôme ; URPS médecins ARA, UFR d'Odontologie de Lyon/ Clermont-Ferrand, Hôpitaux publics du Puy-de-Dôme

La santé bucco-dentaire chez la personne âgée a des répercussions importantes sur son état de santé. La difficulté d'accès aux soins et le manque de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire notamment chez les personnes âgées en perte d'autonomie ont été maintes fois relevés. L'expérimentation répond à un besoin fort de repérage et d'accessibilité aux soins de personnes vulnérables.



Colette, âgée de 91 ans, en état de dépendance, vient d'être admise dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) participant à l'expérimentation SBDM.

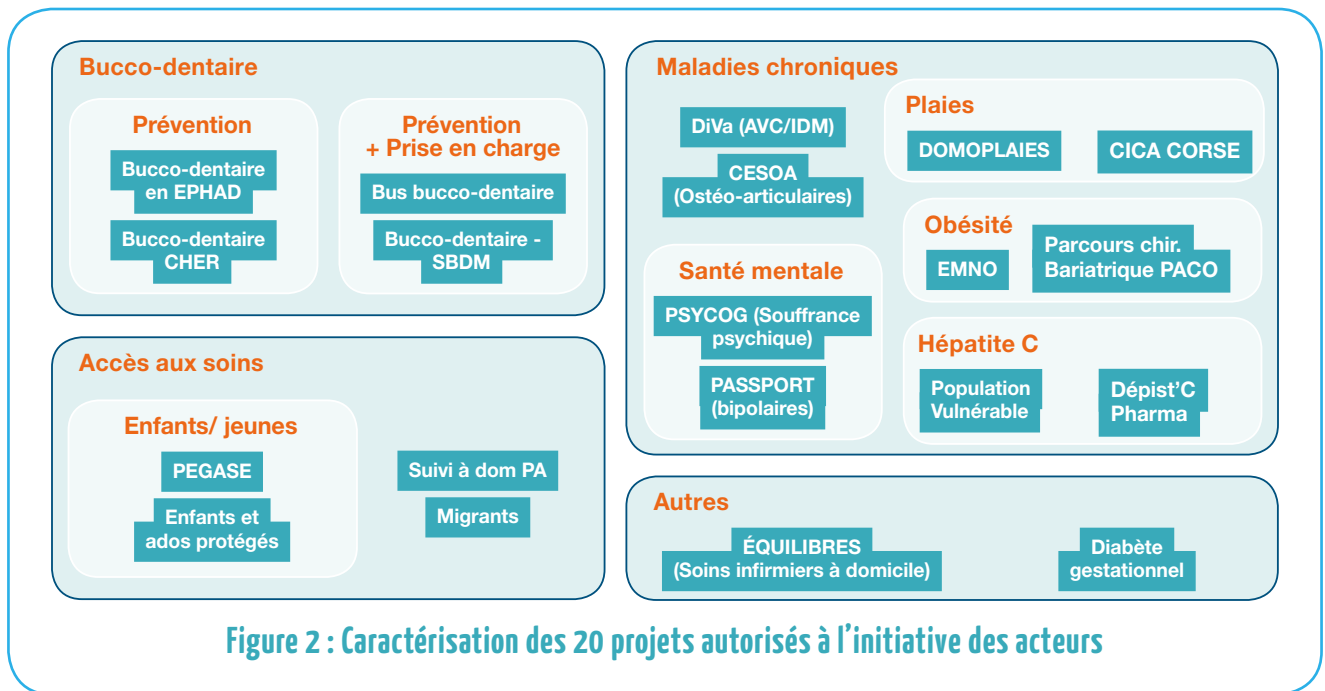
Après les quelques jours suivants son admission, une initiation à la prévention bucco-dentaire par les intervenants formés (équipe pluridisciplinaire référente de l'EHPAD), lui est proposée afin de lui apprendre les gestes quotidiens nécessaires à une bonne santé bucco-dentaire (par exemple : brosser toutes les faces de toutes les dents, plusieurs fois par jour, prévenir l'apparition des mycoses buccales grâce à un bain de bouche à base de bicarbonate de sodium dilué à 1,4 %).

Elle bénéficiera ensuite une à deux fois dans l'année d'un dépistage par le médecin coordonnateur et/ ou l'infirmier référent par le biais d'un télédiagnostic asynchrone (prise et transmission d'images bucco-dentaires sur une plateforme sécurisée). Les images sont analysées par un chirurgien-dentiste libéral formé, dans un délai de 48 heures.

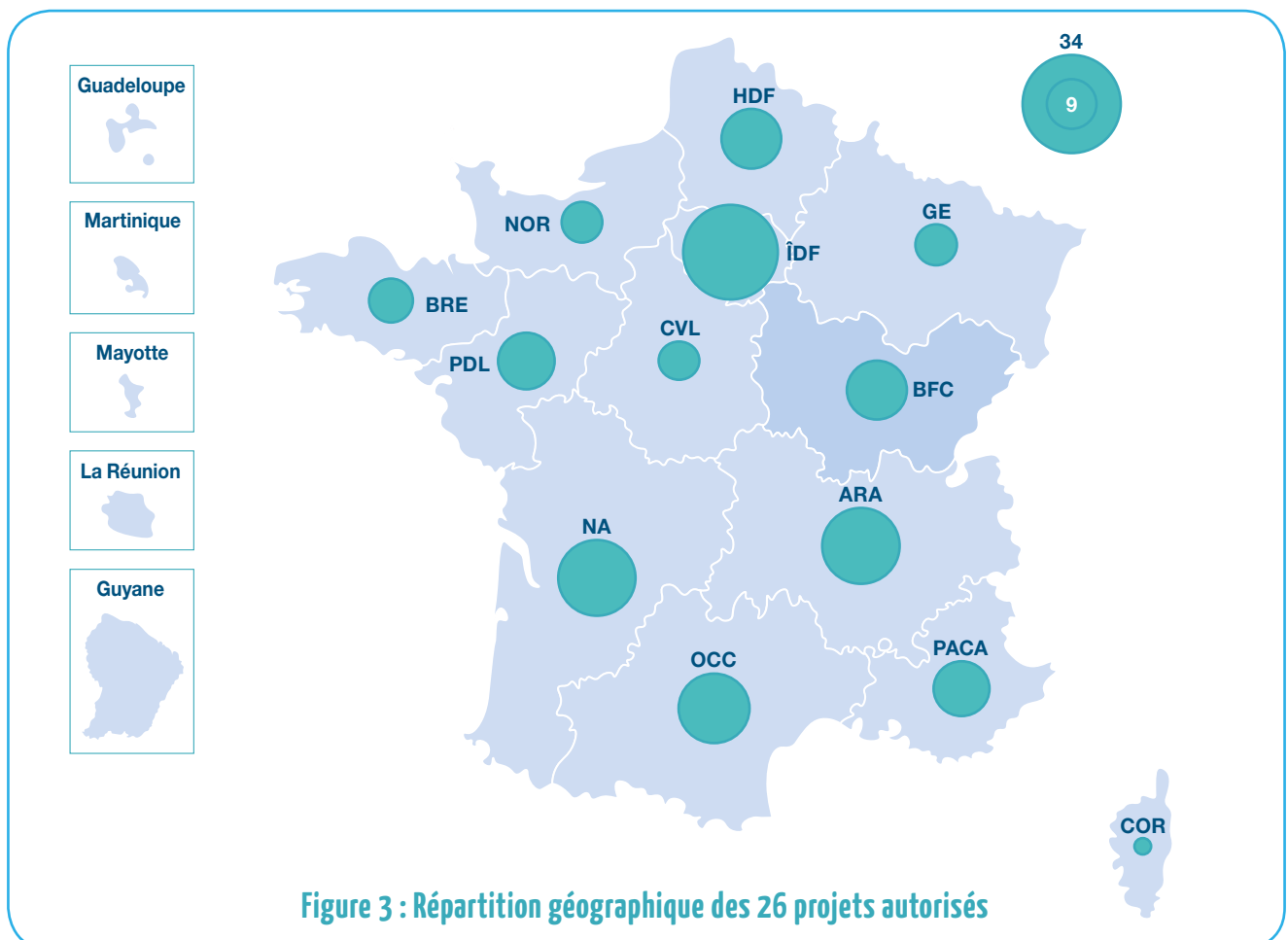
Les résultats du diagnostic seront transmis au médecin coordonnateur et à l'assistant dentaire SBDM, via une messagerie sécurisée de santé. En fonction du besoin de soins diagnostiqués, un traitement bucco-dentaire personnalisé sera proposé à Colette (si elle n'a pas de chirurgien-dentiste traitant).

Colette, ne pouvant pas se déplacer, les soins lui seront directement prodigués dans l'EHPAD, par un chirurgien-dentiste, qui se rendra à l'EHPAD avec un véhicule équipé en cabinet dentaire mobile ou, si Colette n'est vraiment pas mobilisable, grâce une mallette portative adaptée qui permet d'aller à son chevet.

En cas d'urgence grave Colette sera dirigée vers un service hospitalier spécialisé. Un compte rendu sera ensuite transmis au médecin coordonnateur qui l'intégrera dans le DMP.



La cartographie ci-dessous illustre que la dynamique « 51 » s’empare de tous les territoires en métropole, représentant 180 porteurs de projets. **À noter que l’autorisation des deux premiers projets concernant l’outre-mer (Océan Indien et Guadeloupe) est en cours de publication et sera effective dans les toutes prochaines semaines.**



→ UN EXEMPLE D'EXPÉRIMENTATION D'UNE DURÉE DE CINQ ANS



Programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (ASE).

Porteurs du projet :

Dr Rousseau et Pr Chevreul

Partenaires :

Association Saint Ex, URC-éco, le GESPO, CDEF du Maine et Loire Foyer de l'enfance du Maine et Loire, 15 Conseils Départementaux

L'expérimentation PEGASE propose un suivi complet (santé, développement, soins psychiques) dont l'objectif est de compenser les conséquences des maltraitements ou négligences sur l'évolution du très jeune enfant. Ce projet répond à un des engagements de la stratégie Pauvreté qui est de garantir les chances dès les premiers pas.



Cyril a été trouvé dans une poussette devant la mairie, il a moins d'un an. Personne ne le réclame. Il est accueilli en pouponnière sociale, où il est nourri, lavé, consolé et couché dans l'attente qu'un magistrat soit saisi et ordonne un placement provisoire (OPP).

La police recherche ses parents. Son parcours social commence. Grâce à l'expérimentation PEGASE, il va pouvoir bénéficier dans la pouponnière d'un protocole de suivi de santé coordonné comportant aussi des bilans réguliers du développement et des soins psychiques précoces selon ses besoins.

Quand c'est possible les parents seront associés aux bilans pour valoriser les progrès de leur enfant. Avec l'équipe pluridisciplinaire et le médecin, le coordinateur PEGASE, une innovation, veillera au bon déroulement du protocole.

Objectif : reconstituer l'historique médical et familial du nourrisson, organiser les 20 bilans programmés jusqu'aux 7 ans de l'enfant et les soins quand c'est nécessaire, mais aussi veiller à conserver la traçabilité de son parcours en Protection de l'enfance.

Un système d'information permet d'enregistrer au fil de l'eau, dossier médical, état du développement, orientation des soins, parcours social, éléments de scolarité, situation familiale pour faciliter le suivi par les professionnels mais surtout pour en garder la mémoire pour l'enfant.

S'il revient en famille, Cyril pourra continuer de bénéficier du programme PEGASE, coordination, bilans et soins, avec l'accord de ses parents.

Les deux tiers des expérimentations autorisées portent sur des durées de plus de 3 ans, et près d'un projet sur deux a privilégié la durée maximale, à savoir 5 ans.

Les 22 projets autorisés à date (hors les 4 issus des appels à manifestation d'intérêt qui font l'objet de l'annexe III) sont synthétisés sous forme de cartes d'identité en annexe II du rapport.

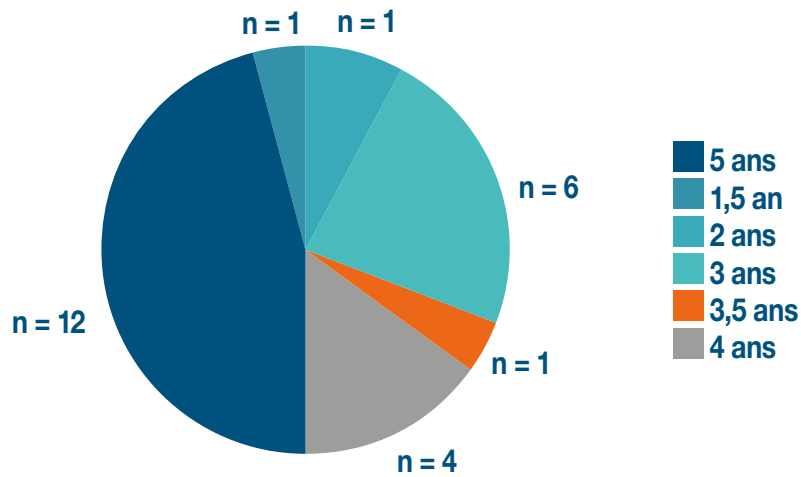


Figure 4 : Répartition des 26 projets autorisés selon leur durée

Les porteurs qui ont ouvert la voie des premières expérimentations autorisées témoignent de leur expérience :

« Depuis avril 2018, expérience passionnante de tentative de modernisation du système de soins, nous entrons maintenant dans la phase concrète qui n'est que le début avec une responsabilité à la hauteur de l'enjeu potentiel : faire de l'innovation un progrès. »

« Énorme surprise de découvrir qu'une proposition née de tout en bas par réflexion médecins-infirmières soit prise en considération ! »

« Il est difficile de demander plus que ce qu'il nous a été donné surtout après le Workshop accélérateur qui a levé les dernières difficultés en quelques minutes d'atelier ! »

« Depuis 8 ans que je porte ce projet et je ne voyais pas d'issue, contraintes soit de la F2A, soit de la CCAM, cet Article 51 permet enfin de planter de nouvelles graines et de voir ce qu'elles vont donner. »

« Sentiment de participer la construction d'une vision de la médecine plus innovante. »

« Enfin un moyen de proposer des projets en provenance du terrain en réponse des besoins bien identifiés ! »

« Je trouve l'approche, y compris avec l'accélérateur, vraiment puissante. »

« Cette validation est la preuve qu'une coopération réussie entre acteurs de terrains (professionnels libéraux et établissements de santé) aboutit à de beaux projets au service du patient, et ce dans un département sinistré en termes de démographie médicale. »

Figure 5 : La parole est aux expérimentateurs

1.3. EN 2019, ON FINALISE LES APPELS À MANIFESTATION D'INTÉRÊT

À l'initiative des pouvoirs publics, des projets d'expérimentation ont donné lieu à des appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour associer des offreurs de soins volontaires, dès la phase de conception de ces nouveaux modèles de financement, pour être compatibles avec la diversité des situations et des territoires.

C'est ainsi que sur la base de trois AMI, initiés en mai 2018 par le ministère des solidarités et de la santé et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), plusieurs équipes de professionnels représentant une soixantaine de structures de santé de composition et de territoires très variés (établissements et centres de santé, maisons de santé, communautés professionnelles territoriales de santé, zone rurale, zone urbaine, etc.) ont été associés aux travaux (voir rapport 2018).

« INCITATION À UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE » (IPEP)

L'expérimentation IPEP vise à inciter collectivement des professionnels de santé volontaires à s'organiser par la constitution d'un groupement pour mettre en place des actions au service d'une population. Ces actions portent sur des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital, la pertinence des prescriptions médicamenteuses et de prévention. Les groupements pourront recevoir un intéressement collectif basé sur l'atteinte de leur performance mesurée à partir d'indicateurs de qualité, d'expérience patient et de maîtrise de dépenses.

ÉPISODE DE SOINS (EDS)

L'expérimentation EDS vise à la mise en place d'un forfait global à l'épisode de soins chirurgical comprenant l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués (en amont, pendant le séjour hospitalier et en aval). Elle poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins grâce notamment à une organisation fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extra-hospitaliers.

PAIEMENT EN ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ (PEPS)

L'expérimentation Peps vise à tester un nouveau modèle de financement collectif forfaitaire des professionnels de santé en ville. Elle repose sur des professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné (plus particulièrement médecin traitant et infirmier) volontaires pour expérimenter une rémunération forfaitaire collective, substitutive au paiement à l'acte, et libre dans son utilisation et dans sa répartition. Elle a pour objectif de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense.

Ces travaux ont duré de 6 (pour IPEP et PEPS) à 8 mois (pour EDS) et ont reposé sur :

- des séances de travail interactives ;
- des ateliers en sous-groupes ;
- des visites sur le terrain ;
- des sondages, enquêtes et auto-diagnostics ;
- des échanges avec différents experts institutionnels (Haute Autorité de Santé, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation...).

Une description des grands principes de chacune de ces expérimentations figure en **annexe III du rapport**.

1.4. DERRIÈRE LES INNOVATEURS, ON S'ENGAGE EN TANT QUE PAYEUR

Au total, les expérimentations autorisées représentent **un engagement pluriannuel sur le FISS de près de 180 M€ et de 3 M€ sur le FIR** (hors dépenses relatives aux évaluations, qui seront dimensionnées dans un second temps).

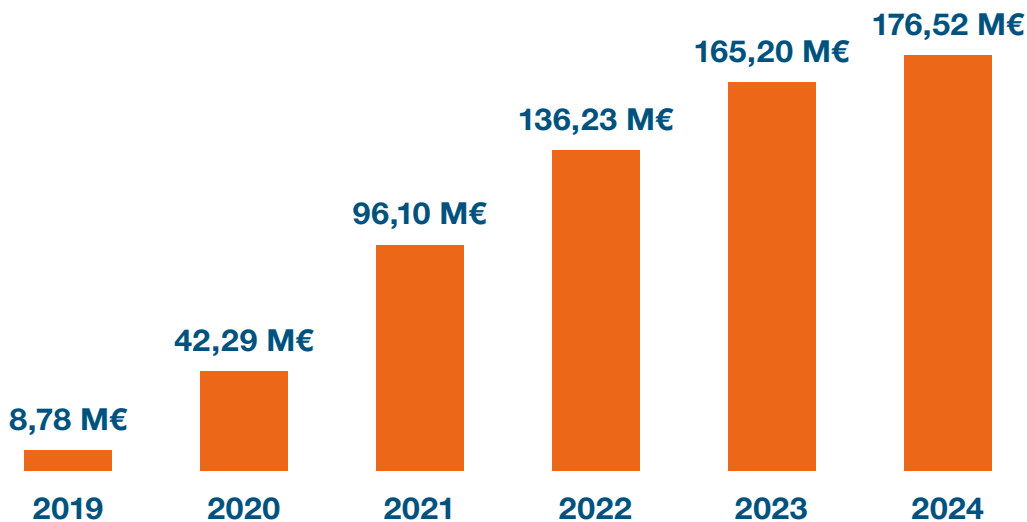


Figure 6 : Engagement prévisionnel cumulé des dépenses annuelles du FISS (hors évaluation)

Les engagements débutent véritablement en 2019 avec la mise en œuvre des premiers projets autorisés. En 2018, 400 000 euros ont été dépensés sur le FISS pour financer les travaux des 3 appels à manifestation d'intérêt (indemnisation des porteurs de projets...).

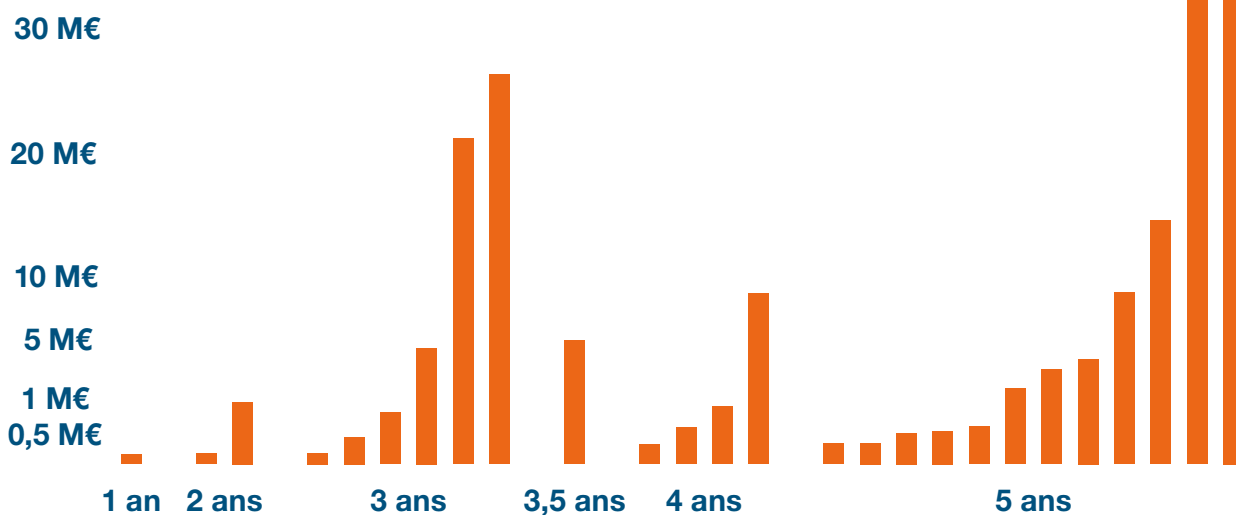


Figure 7 : Coût des expérimentations selon leur durée

Les besoins de financement des projets autorisés sont d'une grande variété. En particulier, les projets expérimentant un financement substitutif au financement actuellement en vigueur présentent des besoins de financement nettement supérieurs.

Les principaux types de modèles de financement des premiers projets autorisés concernent :

- des modèles substitutifs aux règles actuelles de financement (souvent un financement à l'activité) : forfaitisation d'une prise en charge, souvent inter-professionnelle, dans la plupart des cas.

ÉQUILIBRES



Favoriser l'autonomisation des patients bénéficiant de soins infirmiers à domicile, grâce à une approche holistique et en équipe (inspirée du modèle Buurtzorg déployé aux Pays-Bas).

Porteur du projet :

Association « Soignons Humain

un exemple de financement substitutif avec une tarification horaire au temps passé auprès du patient



Victor, 43 ans, est tétraplégique depuis un accident de vélo. Son moral est fluctuant, en particulier depuis qu'il s'est séparé de sa compagne.

Sa situation nécessite des soins d'hygiène quotidiens et minutieux, ainsi qu'une intervention pour l'élimination des selles.

Grâce à l'expérimentation, l'équipe d'infirmiers se relaie pour assurer les méticuleux soins quotidiens.

Les passages sont coordonnés avec l'auxiliaire de vie, et le kinésithérapeute. Les infirmiers veillent à l'observance des traitements (plus de 20 comprimés par jour), surveillent de près toute irritation cutanée et mobilisent immédiatement l'équipe mobile du SSR pour rectifier la position du fauteuil.

En complément, un membre de l'équipe est disponible en astreinte de jour comme de nuit, quand le cathéter d'évacuation des urines est bouché ou lorsqu'une fuite de selles survient.

Victor tient vraiment à préserver sa dignité. Il refuse pour cette raison de porter des protections et est attentif à ses tenues vestimentaires. Les infirmiers ont à cœur de prendre soin aussi de la qualité du lien relationnel avec lui.

L'année dernière, il a accepté leur suggestion d'être suivi pour un début d'addiction et des troubles dépressifs.

Cette prise en charge infirmière holistique et en équipe permet à Victor de vivre chez lui, plutôt qu'en Maison d'Accueil Spécialisée, la vie digne et sécurisée à laquelle il aspire légitimement.

- des modèles complémentaires aux règles de financement déjà applicables. Dans ce deuxième cas, il peut s'agir :
 - de créer un intéressement en fonction de critères tels que l'expérience patient, les économies attendues, la qualité de la prise en charge, la pertinence des soins dispensés, etc. ;
 - de financer des prestations actuellement dites hors panier de soins car non remboursées. Il peut s'agir par exemple de prise en charge psychologique, diététique, etc.

AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

D'UN PATIENT SOUFFRANT
D'OBÉSITÉ



Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'obésité par la mise en œuvre d'un parcours médico-éducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé.

Porteur du projet :

Espace médical nutrition-obésité (EMNO)

Partenaires :

RamsayGDS et la Fondation RGDS, CNAO, 2 associations de patients (ELISEA et Pèse Plume 71), le CSO de Dijon, le Réseau Sport-Santé BFC, les MSP d'Orgelet et Tournus, le CNP Nutrition, la FNAMN, l'AFDN

L'obésité, source de complications médicales et de dépenses, est un des fléaux auquel notre société moderne est confrontée. C'est devenu un problème majeur de santé publique. Le projet EMNO expérimente un nouveau modèle de prise en charge répondant aux objectifs des politiques menées sur les deux déterminants de santé majeurs d'amélioration de la santé des personnes que sont la nutrition et l'activité physique. Il s'inscrit dans la feuille de route sur l'obésité présentée par la ministre pour faire reculer et traiter avec une meilleure pertinence l'obésité notamment dans ses formes sévères.



Charlotte 45 ans, mère de 2 enfants de 4 et 6 ans, mariée à Antoine 47 ans souffre d'une obésité sévère avec un IMC à 41 kg/m². Elle a fait de multiples régimes depuis l'adolescence. À chaque tentative de régime restrictif, elle a perdu mais a systématiquement repris.

Chaque reprise de poids est vécue comme un échec, avec une estime de soi altérée. Elle ne se sent plus la force de recommencer et prend conscience que se restreindre encore et toujours n'est pas la solution.

Elle évoque la possibilité d'une chirurgie bariatrique comme dernier recours. La situation financière du couple, auto-entrepreneurs, ne lui permet pas de mettre en place un suivi thérapeutique global et elle ne peut se libérer du temps pour une hospitalisation.

L'Espace Médical Nutrition et Obésité (EMNO) à Dijon, peut alors lui proposer une prise en charge au parcours impliquant médecin nutritionniste, infirmière d'éducation thérapeutique, psychologue et diététicienne.

Cette approche thérapeutique est individualisée en fonction de son profil comportemental. Elle se sent pour la première fois écoutée, non jugée et comprend qu'elle est en restriction cognitive sévère suite aux multiples régimes, conséquence d'un trouble du comportement alimentaire sous-jacent.

Elle prend ainsi conscience de l'accompagnement thérapeutique pluridisciplinaire nécessaire possible grâce au financement au parcours. Les forfaits permettront l'accès aux métiers non pris en charge par le droit commun et seront mis en place respectant une gradation d'intensité établie en fonction de son profil. Son mari est un soutien, mais il ne peut l'accompagner en consultation.

Le travail et l'éloignement géographique ne leur permettront pas d'effectuer un programme d'éducation thérapeutique présentiel complet. L'accès à EMNo_line, plateforme pédagogique nutrition obésité, leur permettra de prendre connaissance de modules de formation, de comprendre, de s'évaluer et d'échanger avec des patients experts sous modération d'infirmières d'éducation thérapeutique.

Les professionnels pourront alors, en présentiel, reprendre les éléments pédagogiques difficiles mis en évidence par EMNo_line et trouver avec elle des leviers afin de progresser. Elle pourra alors être accompagnée au sein d'un parcours thérapeutique global adapté à sa singularité, permettant un suivi avec égal accès aux soins, articulant approche thérapeutique présente et approche pédagogique dématérialisée.

un exemple de financement complémentaire et partiellement substitutif avec un forfait, par patient, multi-acteurs pour une séquence de 12 à 60 mois.

Près des $\frac{3}{4}$ des projets font appel à un financement forfaitaire multi-acteurs, souvent partagé entre les acteurs de la ville et de l'hôpital.

Ces forfaits couvrent des séquences de durée variable allant d'une demi-journée (pour les pathologies ostéoarticulaires) jusqu'à plusieurs années dans le cas de la prise en charge de personnes obèses. Ils comprennent généralement les prises en charge médicales, paramédicales et de coordination

Certains intègrent des prestations non remboursées comme la prise en charge par des psychologues ou des diététiciens.

Aussi, le cadre expérimental de l'article 51 est en cohérence avec les travaux engagés sur la réforme du financement. Alors que les travaux sur la réforme du financement adressent distinctement les évolutions du modèle de financement des établissements de santé d'une part, et des offreurs dits de ville d'autre part, c'est le cadre expérimental qui permet de répondre aux enjeux du financement partagé entre acteurs hospitaliers et acteurs de soins primaires.

Quand bien même le modèle de financement n'est pas substitutif, l'ambition est souvent de réaliser un impact positif sur les dépenses de santé grâce, par exemple, à une diminution du recours aux hospitalisations ou à une prise en charge moins tardive.

Les 180 millions d'euros qui vont donc être consacrés, via le FISS, au financement des 26 premières expérimentations ne doivent donc pas être appréhendés comme une augmentation nette des dépenses d'assurance maladie. Si les expérimentations sont concluantes, on devrait pouvoir mesurer un effet sur les dépenses de l'assurance maladie.

1.5. POUR NOS INNOVATIONS, UN BESOIN DE DÉROGATIONS

La dérogation la plus utilisée – dans deux tiers des cas - concerne la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé (art. L. 162-1-7 du CSS).

Elle est mise en œuvre, par exemple, lorsque le projet prévoit une rémunération forfaitaire des professionnels de santé qui n'existe pas aujourd'hui ou qui remplace une rémunération à l'acte. Viennent ensuite les dérogations relatives aux règles de conventionnement : infirmiers (art. 162-12-2 du CSS), médecins généralistes ou spécialistes (art. L. 162-5 du CSS), chirurgiens-dentistes, sages-femmes ou auxiliaires médicaux (art. L. 162-9 du CSS) et pharmaciens titulaires d'officine (art. L. 162-16-1 du CSS).

Une autre dérogation mobilisée dans un tiers des cas concerne la nature des frais couverts par l'assurance maladie (1^o 2^o et 6^o de l'article L. 160-8 du CSS). Cette dérogation est utilisée lorsque la mise en œuvre du projet requiert des prestations actuellement non remboursées par l'assurance maladie.

À noter : en matière de dérogation organisationnelle, la plus utilisée concerne le partage d'honoraires entre professionnels de santé (art. L. 4113-5 du code de la santé publique).

2.

En 2019, de plus en plus d'innovateurs

L'objectif à fin 2019 est d'avoir autorisé une cinquantaine de projets et des premières inclusions de patients pour les premières expérimentations autorisées.

2.1. POUR INNOVER, IL FAUT ÊTRE ORIENTÉ

333 projets ont été recevables sur l'ensemble des projets déposés auprès des ARS ou de la rapporteure générale depuis 2018. Ces projets répondent aux objectifs du 51 : caractère dérogatoire et finalité. Depuis 2018, 577 projets ont été déposés auprès des ARS ou de la rapporteure générale.

La recevabilité, c'est quoi ?

La recevabilité des projets est liée à leur caractère dérogatoire et à leur finalité. Les innovations expérimentées doivent répondre à l'une des 4 finalités définies par la loi : le parcours des usagers ou des patients, l'efficacité du système de santé, l'accès aux soins et la pertinence et la qualité des prescriptions des produits de santé. Une expérimentation peut répondre à plusieurs de ces finalités.

Si le projet ne nécessite aucune dérogation prévue par l'article L. 162-31-1 du Code de la sécurité sociale et s'il ne répond à aucune des finalités décrites ci-dessus, il est alors jugé non recevable.

Ce processus est parfois mal compris par les acteurs, il est pourtant essentiel afin que l'article 51 reste bien un levier de réforme du financement et de l'organisation. Le rôle des ARS pour faire de la pédagogie de la recevabilité est donc essentiel.

Les réorientés, c'est quoi ?

Les projets dits réorientés sont des projets qui ne sont pas recevables au titre de l'article 51 mais qui peuvent être accompagnés dans un autre cadre.

Par exemple, un porteur avec un projet qui ne nécessite pas de dérogation organisationnelle ou financière est non recevable à l'article 51. Cependant, si le projet est jugé pertinent et faisable, le porteur sera redirigé vers un autre dispositif (FIR, PRME etc.).

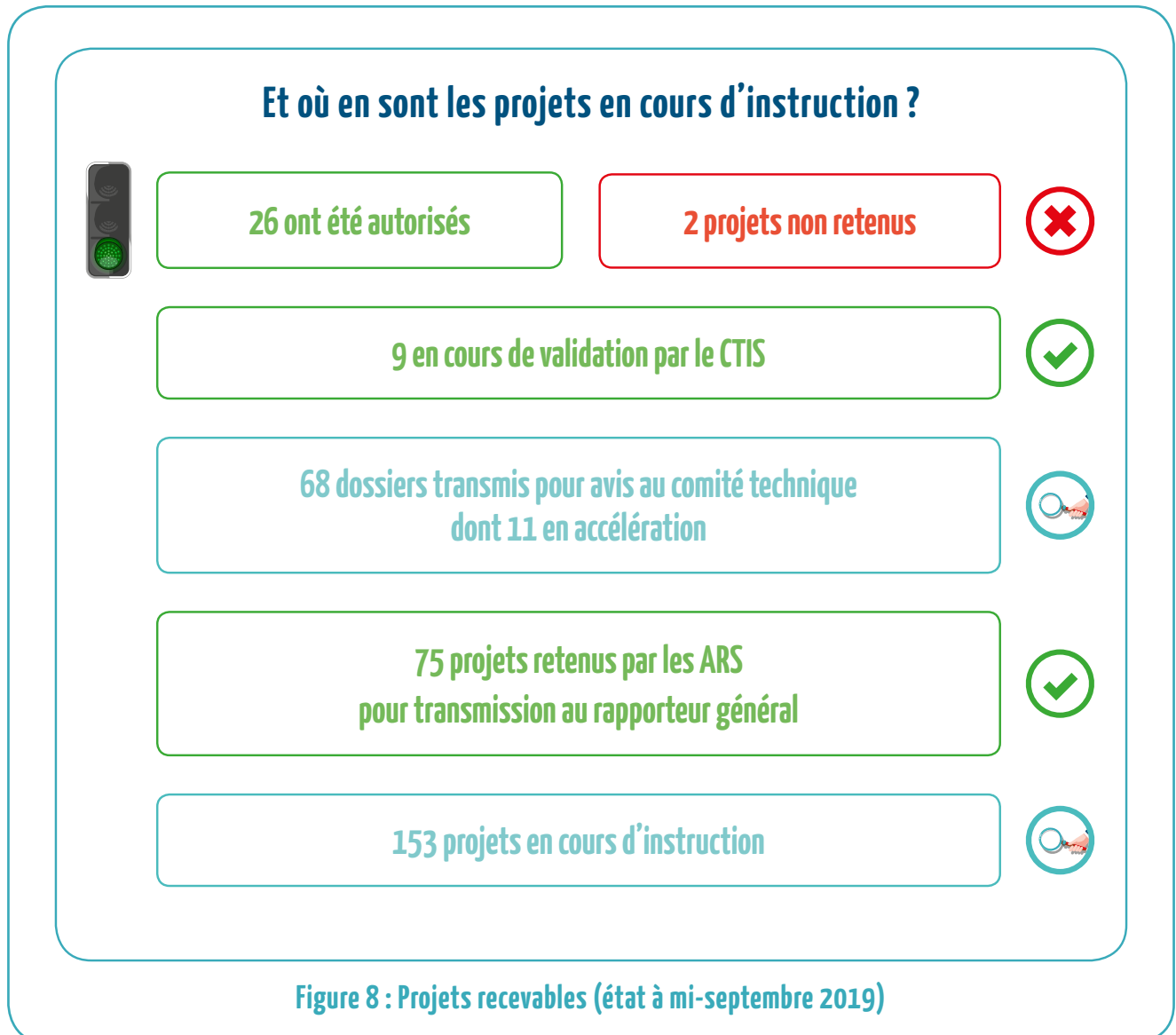
92 projets ont fait l'objet d'une proposition de réorientation (16 % du total des projets).

152 projets ont été jugés non recevables et n'ont pas pu être réorientés soit 30 % du total des projets en 2018 mais 20 % au premier semestre 2019, ce qui paraît témoigner que l'effort de pédagogie et de communication sur le dispositif commence à porter ses fruits.

2.2. LES PROJETS ÉLIGIBLES : QUE NOUS RACONTENT-ILS ?

À mi-septembre 2019, à quel stade en sont les 333 projets recevables ?

35 projets sont en cours de validation ou autorisés (26) et 68 ont été transmis pour avis au CTIS dont 11 sont en accélération.



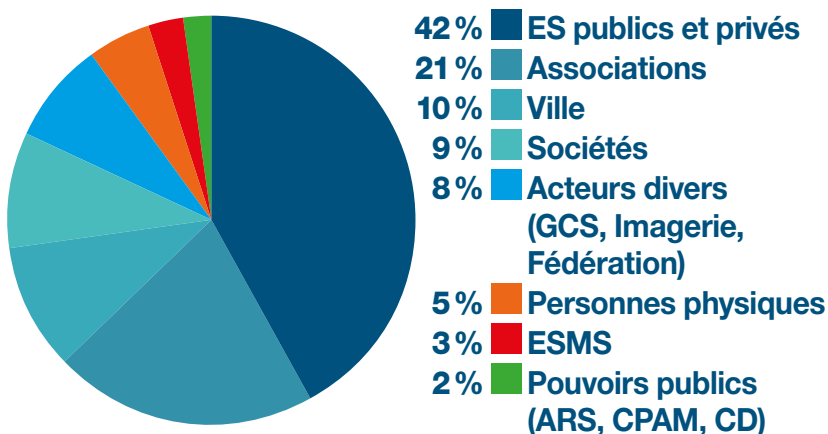
À noter : Sur les 9 projets en cours de validation par le comité technique, **7 sont en cours de publication.**

FOCUS SUR UNE EXPÉRIMENTATION EN COURS DE VALIDATION : LE FORFAIT DE RÉORIENTATION DES URGENCES

Cette expérimentation est prévue par l'article 43 de la LFSS 2019 et constitue l'une des mesures présentées le 9 septembre dernier par la ministre des Solidarités et de la Santé lors de la présentation du Pacte de Refondation des Urgences.

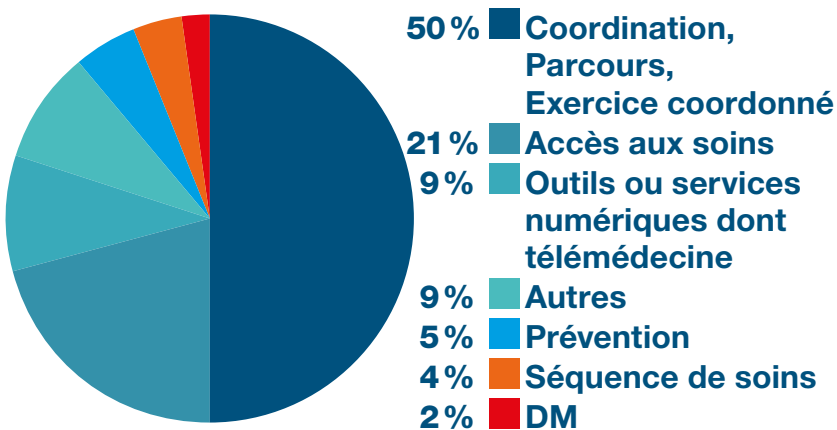
L'objectif est de tester, dès 2020, un modèle de financement nouveau des services d'accueil des urgences, pour leur permettre de programmer un rendez-vous adapté dans un cabinet de médecine de ville (ou un centre de santé, ou une maison de santé pluri-professionnelle) pour les patients qui ne relèveraient pas d'une prise en charge aux urgences. Cela suppose d'organiser une étroite coordination avec les offreurs dits de ville et de mettre en place une identification des patients éligibles dès leur arrivée aux urgences.

Un appel à projet sera publié, avant la fin de l'année, afin de sélectionner la trentaine d'établissements de santé participants.



Qui sont-ils ? Les projets sont portés par les acteurs du terrain quel que soit leur statut. La forte proportion d'acteurs provenant d'établissements de santé est vraisemblablement liée à leur taille et à l'appui qu'ils sont susceptibles d'apporter à leurs porteurs internes

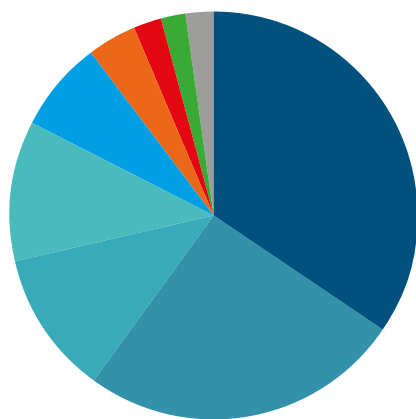
Figure 9 : Statut des porteurs (état au 30 juin 2019)



Pour quelles finalités ? Les projets déposés depuis 2018 ont pour la moitié d'entre-eux l'objectif d'améliorer la coordination / le parcours / l'exercice coordonné.

L'objectif d'améliorer l'accès aux soins arrive en deuxième position, avec 21,34 % des projets éligibles.

Figure 10 : Finalité des projets recevables (état au 30 juin 2019)



34 %	■	Personnes atteintes de maladies chroniques
25 %	■	Population générale
11 %	■	Autres
11 %	■	Personnes âgées (PA) exclusivement
7 %	■	Enfants et/ou jeunes
4 %	■	Personnes en situation d'handicap (PH)
2 %	■	PA/PH/addiction/maladies chroniques
2 %	■	Personnes en situation d'addictions
2 %	■	PA/PH

Figure 11 : Population cible des projets recevables (état au 30 juin 2019)

2.3. QU'EN EST-IL DES PROJETS INTÉGRANT DES PRODUITS DE SANTÉ OU DE LA TÉLÉSANTÉ ?

UN CADRE DE TRAVAIL INTER-INSTITUTIONS POUR TRAITER DES EXPÉRIMENTATIONS IMPLIQUANT DES PRODUITS DE SANTÉ

Certains porteurs présentent des projets mobilisant l'utilisation de produits de santé [médicaments et dispositifs médicaux (DM)].

Le cadre de l'article 51, **dont la finalité principale est l'innovation organisationnelle**, est un cadre nouveau notamment pour les industriels des produits de santé.

Il ne se substitue pas aux programmes de recherche clinique, ni aux procédures d'accès précoce au marché et de remboursement de droit commun. De ce fait, le marquage CE pour les DM et l'AMM pour les médicaments constituent des prérequis.

Les erreurs de « guichet » sont encore fréquentes et dans ce cas, les porteurs sont réorientés vers le dispositif le plus adapté à leur projet.

Trois cas de figure ont été identifiés parmi les projets reçus et comprenant :

1. des produits de santé déjà pris en charge dans le droit commun et pour lesquels le porteur propose une évolution organisationnelle ou de financement lié à leur dispensation, **sans modifier** les conditions d'utilisation en vigueur (indications, posologie, plateau technique...).
2. des produits de santé déjà pris en charge dans le droit commun et pour lesquels le porteur propose une évolution organisationnelle ou de financement **associée à une modification** de cette prise en charge
3. des produits de santé non pris en charge dans le droit commun et sans évaluation à ce jour par la HAS. Ces situations ne concernent pas les médicaments.

Dans les deux derniers cas, les projets sont analysés de manière collégiale par les experts des structures nationales concernées par les produits de santé : DGOS, DGS, DSS, CNAM, CEPS, HAS et ANSM. Cette instruction conjointe évite des errances inutiles aux porteurs et permet d'élaborer une réponse coordonnée.

Cette démarche collégiale permettra également de construire une doctrine sur la base des projets instruits et d'orienter les porteurs entre les différents dispositifs.



FOCUS Produits de santé

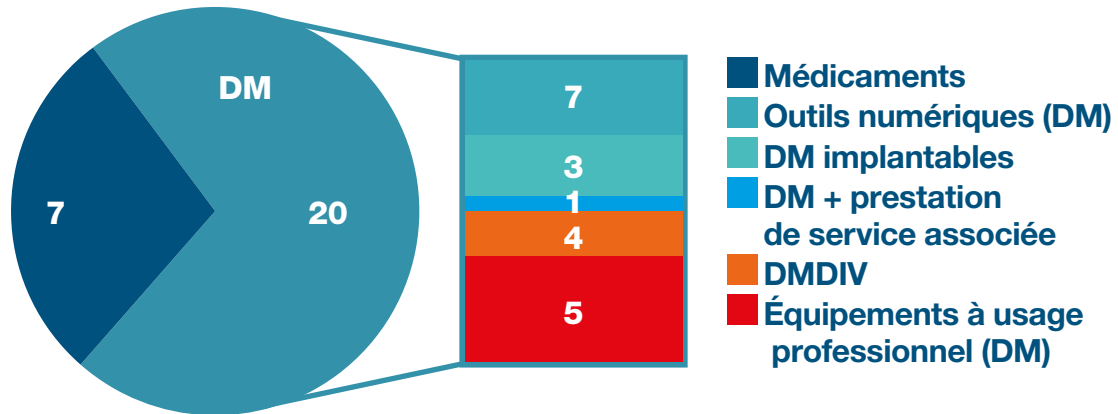
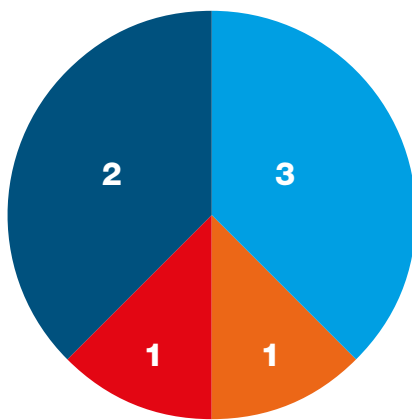


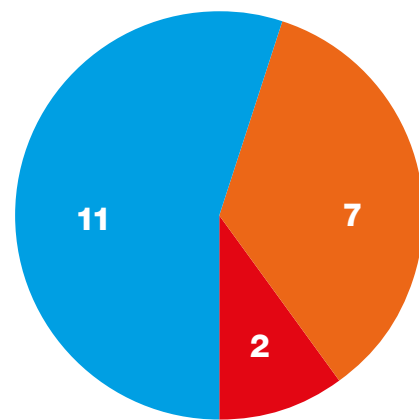
Figure 12 : Répartition des projets "produits de santé" dans les projets instruits par l'échelon national

Un projet instruit est un projet qui peut se trouver à différents stades de maturité. Il peut donc se présenter sous forme de lettre d'intention.



■ Autorisés ■ Réorientés
■ Non recevables
■ En cours d'instruction

Figure 13 : Projets portant sur des médicaments



■ Autorisés
■ Réorientés
■ Non recevables

Figure 14 : Projets incluant des DM

Définition du DM

Dans le cadre de ce rapport, le DM est considéré dans une acception plus large que celle habituellement admise. En effet, on entend ici par DM, le DM tel que défini par l'article L. 5211-1 du code de la santé publique mais aussi le DM en tant que dispositif médical de diagnostic in vitro (DMDIV).

Dans plus de la moitié des cas, les organisations proposées font appel à des dispositifs médicaux ou de la télésanté.

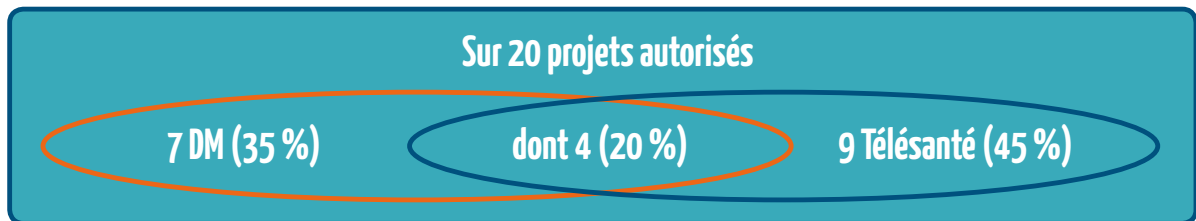


Figure 15 : Typologie des technologies utilisées dans les 20 projets autorisés à l'initiative des acteurs

SIMPLIFICATION DU PARCOURS DE SOINS HÉPATITE C POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES



Augmenter le nombre de personnes précaires dépistées et traitées pour l'hépatite C par des séances « test to treat ».

Porteurs du projet :

Centre Hospitalier de Perpignan,
Équipe Mobile Hépatites

Présenté en mars 2018, le Plan priorité prévention 2018-2022 énonce 25 mesures phares pour améliorer la santé globale de la population. Parmi elles : l'élimination du virus de l'hépatite C (VHC) en France d'ici 2025. Cette mesure répond à un objectif défini par l'OMS : l'éradication de cette maladie dans le monde d'ici à 2030.



Stéphane, 44 ans, usager de drogues intraveineux actif est dépisté hépatite C sur TROD par un volontaire associatif au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), puis orienté vers une permanence de l'équipe mobile hépatites (EMH) dont il a eu connaissance par un affichage au CCAS.

Il est divorcé, a 3 enfants qu'il voit peu. Son activité professionnelle est très sporadique (travail de la vigne). Il a une couverture sociale de base mais sans complémentaire santé. Il a séjourné plusieurs fois en hôpital psychiatrique mais sans suivi régulier. Sur le plan relationnel, le premier contact est rugueux, abrupt mais franc et direct. Il se questionne peu sur sa prise en charge médicale personnelle.

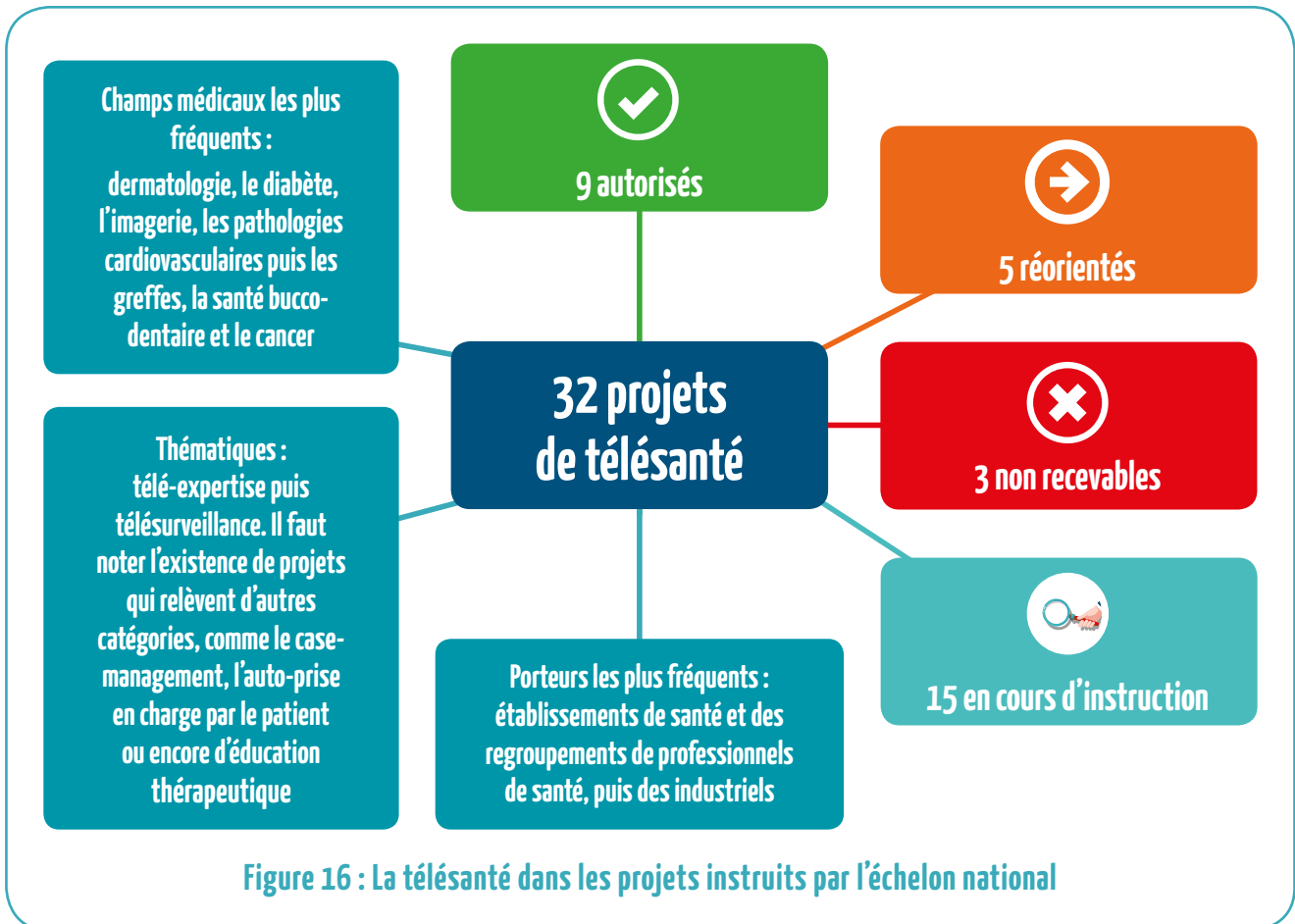
En fait, son statut sérologique hépatite C positif est connu depuis 2010 sans bilan complémentaire réalisé par peur des prélèvements sanguins et des expériences douloureuses précédentes. L'infirmier de l'EMH lui explique le projet Test To Treat, son déroulé et l'absence de prélèvements invasifs. Stéphane accepte le rendez-vous.

Le jour dit, il s'y présente avec 30 minutes de retard. Progressivement Stéphane se détend et participe aux différentes étapes de la session Test to Treat : café d'accueil, mesure de la fibrose du foie par FIBROSCAN, mesure de la charge virale C en temps réel au doigt, entretien social pour demander une complémentaire et commencer un dossier de RSA, bilan éducatif et ateliers d'éducation thérapeutique.

Il parle de plus en plus facilement de ses expériences passées et de son vécu. Après le repas sandwich pris en commun avec 4 autres patients, Stéphane est reçu par l'infirmier qui fait le point de sa maladie hépatite C : sa charge virale est moyenne à 680 000 unités et sa fibrose du foie est avancée au stade 3, c'est-à-dire juste avant la cirrhose. Il est d'accord pour commencer immédiatement un traitement de l'hépatite C.

Il repart avec l'ordonnance transmise par télémedecine et est accompagné par le médiateur socio-sanitaire vers une pharmacie partenaire. Ses rendez-vous de suivi de traitement avec l'infirmier lui seront rappelés par sms la veille. Dans son discours auprès des différents membres de l'EMH, Stéphane est satisfait d'avoir pu s'exprimer et s'investir dans les ateliers d'éducation thérapeutique, appréciant particulièrement la cohésion du groupe.

Parmi les projets instruits par l'échelon national, la thématique de la télésanté est assez présente et représente une trentaine de projets en 2019.



Définition de la télésanté : On entend par télésanté tous les domaines de la santé numérique dont la télémédecine et la m-santé (santé mobile).

DOMOPLAIES



Dispositif régional d'expertise, d'appui à la prise en charge, dans leur lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes.

Porteur du projet :

Association CICAT OCCITANIE

Partenaires :

Association Dom Cica,
CHU Montpellier, 8 CH,
3 cliniques, 150 EHPAD,
4 URPS, réseaux



Raymond, 89 ans, porteur d'une broncho-pneumopathie chronique, habite sur le Plateau Cerdan en face de Font-Romeu (Pyrénées-Orientales). De retour à son domicile, après une hospitalisation pour soigner ses poumons, il présente une vilaine escarre du talon.

Son médecin traitant n'est pas spécialisé dans les plaies chroniques et l'infirmière habituelle qui vient lui faire son pansement tous les jours commence à s'inquiéter car cela fait bientôt 6 semaines et la plaie montre des signes d'aggravation.

En lien avec le médecin traitant et sur son indication, l'infirmière de Raymond contacte le centre d'appels régional Domoplaies. Lors de son appel il lui est demandé par un des infirmiers coordonnateurs, spécialisés en plaies, des renseignements sur l'état de santé général de Raymond et ses antécédents.

Il lui est proposé, compte tenu des critères médicaux (état de la plaie et comorbidités), d'apporter un avis d'expert à l'équipe de premier recours (médecin traitant et infirmière habituelle) afin de leur permettre de prendre en charge cette plaie selon un protocole de soins adapté.

Pour cela, un rendez-vous de téléconsultation est pris rapidement avec un expert en plaies et cicatrisation : médecin ou infirmière agissant dans le cadre d'un protocole de coopération.

Lors de la téléconsultation l'infirmière de Raymond défait le pansement, et la discussion s'engage entre Raymond, son infirmière et l'expert(e). Il apparaît que cette plaie est sale et remplie de tissus dévitalisés et l'expert(e) va guider en direct l'ablation de ces tissus par l'infirmière habituelle de Raymond.

Cet acte est peu douloureux s'il est bien guidé.

Cette première téléconsultation, réalisée au domicile de Raymond, permet d'établir un diagnostic qui donne lieu à une proposition de plan de soins qui sera adressée au médecin traitant et à l'infirmière de Raymond.

Le médecin traitant de Raymond, qui reste maître de la prise en charge, prescrira les pansements et les soins adaptés du plan qui lui a été proposé par l'expert(e). Il lui sera également proposé de rechercher une atteinte vasculaire de ce membre dont il faudra rapidement récupérer les résultats.

La prise de rendez-vous rapide et la récupération des résultats sont effectuées par la coordination Domoplaies.

Raymond a pu grâce au dispositif Domoplaies bénéficier d'une expertise à son domicile, dans une région où il aurait fallu la déplacer plusieurs fois sur de longues distances (plus de 100 km) pour rencontrer un expert en plaies et cicatrisation.

3.

En 2019, on travaille
autrement

Le dispositif expérimental introduit par l'article 51 de la LFSS pour 2018 traduit un véritable changement dans la manière d'aborder la transformation du système de santé. Jusqu'à présent, les modèles étaient principalement conçus par les pouvoirs publics, puis soumis à la concertation des représentants des acteurs du système de santé. Tout acteur du système de santé ayant un intérêt à agir, peut ainsi être à l'initiative d'une évolution, en se proposant pour la tester.

C'est donc un changement de posture qui est attendu :

- **Des professionnels de santé**, potentiels expérimentateurs, à qui l'on a demandé jusque-là d'appliquer et de mettre en œuvre des règles énoncées par le législateur ou les régulateurs. Il est attendu de leur part désormais, non plus une mise en œuvre d'un cadre établi, mais de réinventer ce cadre.
- **Des régulateurs**, qui doivent accepter que des projets qui n'émanent pas d'eux soient également pertinents et ne nécessitent pas une réécriture.

En bougeant les lignes sur les rôles respectifs des acteurs de santé et des régulateurs, il est devenu indispensable de faire travailler ensemble les porteurs de projets et les représentants des pouvoirs publics, dans une démarche de co-construction. Il ne s'agit pas de repositionner les pouvoirs publics tels un simple guichet chargé de se prononcer sur l'autorisation ou non d'un projet.

Cette co-construction et cet accompagnement obligent à mettre en place de nouvelles méthodes, de nouveaux réflexes et de nouvelles relations, pour quitter le schéma binaire entre tutelle et offreur de soins. C'est un véritable changement qui s'opère, ce qui prend nécessairement un peu de temps.

Cette approche inédite, dans le champ de la santé, se déploie donc avec le dispositif de l'article 51. L'année 2019 a, à ce titre, été l'occasion d'ajuster et rénover encore les pratiques et méthodes, afin que les pouvoirs publics continuent de s'adapter à cette logique de co-construction.

3.1. LA COLLABORATION, ÇA SE PASSE D'ABORD À L'ÉCHELLE DES RÉGIONS

POUR ACCOMPAGNER LES PORTEURS : UN ACCORD-CADRE DES ARS

Pour faire face à l'afflux des projets et avec la détermination d'accompagner au mieux et dans des délais rapides les projets prometteurs, l'ARS Bourgogne Franche-Comté, à l'origine des deux premiers projets régionaux autorisés, a très tôt décidé de passer un marché public d'appui aux porteurs de projet. En s'inspirant d'une telle démarche, et grâce à la coordination de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, 9 ARS ont pris l'initiative de porter un accord-cadre conjoint, effectif depuis juillet 2019, leur permettant de mobiliser des tiers experts sur :

- l'appui à la formalisation générale du projet ;
- l'appui à l'élaboration du modèle économique et de financement ;
- la formalisation d'une méthodologie de mise en œuvre de projet.

Cette démarche coordonnée a pour objectif d'augmenter l'aide qui peut être apportée aux porteurs de projet, qui sont bien souvent peu rodés à ce type d'exercice. Tout en laissant de la souplesse à chaque ARS, ce procédé permet une plus grande homogénéité des pratiques entre régions.

Les 9 ARS engagées sont : Auvergne Rhône-Alpes ; Bretagne ; Centre Val de Loire ; Grand Est ; Île-de-France ; Normandie ; Occitanie ; Provence Alpes Côte d'Azur ; Pays de la Loire.

EN PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

L'ARS PACA organise des séminaires thématiques à l'attention des offreurs de soins de la région, afin de leur présenter le dispositif de l'article 51 et ses traductions possibles pour eux. Ainsi, en avril, une journée thématique à l'attention des acteurs des soins primaires a été organisée. Cette demi-journée a été l'occasion de donner la parole aux offreurs de soins de la région engagés dans les appels à manifestation d'intérêt nationaux.

Un évènement analogue, à l'attention des acteurs de l'hospitalisation, pourrait avoir lieu prochainement.

EN OCÉAN INDIEN

« Osez le 51 !... nous sommes à votre écoute... »

De l'information à l'accompagnement : au-delà de la communication institutionnelle, l'ARS Océan Indien s'est engagée dans un accompagnement de proximité des promoteurs.

Localement, cette mobilisation se traduit par :

- un engagement de l'ARS à recevoir et examiner toute initiative, dès sa formulation par les acteurs locaux de santé, avant même la production d'une lettre d'intention ;
- un recensement par l'ARS, dans la mise en œuvre du projet régional de santé, des thématiques pouvant justifier une expérimentation au titre de l'article 51 afin de renforcer, au-delà de l'existant, l'accès aux soins et la continuité et la pertinence des parcours de santé ;
- une aide dans la définition, le cadrage et le soutien des initiatives : au travers de rencontres avec les opérateurs et professionnels de santé, le conseiller technique de l'ARS se rend disponible pour échanger avec les porteurs de projets, dès l'initiation de ces derniers, afin de s'accorder sur les finalités d'une expérimentation/innovation, sur l'éligibilité à l'article 51, et d'aider alors à la formalisation de la lettre d'intention, précédant la rédaction du cahier des charges. Il s'agit d'un premier regard porté par l'ARS sur le fond et la forme, qui sera suivi d'autres échanges sur la complétude et la finalisation de la lettre d'intention ;
- la disponibilité de financements FIR, pour une ingénierie de projet pour faciliter la formulation de la lettre d'intention, puis l'élaboration du cahier des charges ;
- une gouvernance interne à l'ARS, associant le conseiller technique régional, chef de projet pour le déploiement de l'article 51, et les référents thématiques de l'agence, au sein d'un comité de suivi, réunissant l'ensemble des expertises locales sur les différents champs de la politique de santé ;
- l'information et l'association de l'assurance maladie, dès la connaissance d'une initiative.

EN GRAND EST

Le 28 mars 2019, la région Grand Est a organisé un séminaire de travail sur le thème « *innovons pour transformer le système de santé* », rassemblant les équipes de l'ARS et de l'assurance maladie. Ce séminaire interne, qui a rassemblé une centaine de professionnels, visait à acculturer les équipes et à les préparer à accompagner les initiatives innovantes des acteurs de terrain. La journée était organisée autour de trois grands moments :

1. présentation de l'article 51 et de l'organisation mise en place en région en présence de l'équipe nationale, de la CNAM et de l'ARS Bourgogne Franche Comté ;
2. table ronde « *de l'intérêt d'un travail d'équipe et d'évolution de nos métiers pour accompagner la transformation du système de santé* » ;
3. ateliers « *soutenir les démarches d'innovation en santé* » avec présentation des outils pour qualifier un projet (pertinent et innovant) et pour instruire les dossiers.

Par ailleurs la région organise régulièrement des revues de projets sur une journée, avec l'équipe nationale, qui permettent de faire le point sur les expérimentations et offrent l'opportunité à des porteurs de présenter directement leur projet. Cette méthode permet d'accélérer le travail d'orientation des projets entre les niveaux régional et national et ainsi de rendre la démarche de co-construction avec les porteurs plus efficiente.

Un séminaire de même type a été organisé en Pays de Loire en juin 2019.

EN BRETAGNE

Pour mettre en œuvre le dispositif de l'article 51, l'ARS Bretagne a souhaité publier un appel à candidatures régional dès l'été 2018. L'objectif principal était de mobiliser les acteurs de la région et de centraliser les lettres d'intention.

Après avoir reçu 71 lettres d'intention, cette démarche a permis réellement de susciter, de détecter et d'assurer une visibilité des initiatives.

L'enjeu principal a finalement été l'appropriation, par les professionnels déjà actifs et déjà acteurs de la transformation, de l'outil d'expérimentation proposé par cet article 51, pour tenter de régler les difficultés qu'ils auraient identifiées sur leurs territoires.

UNE APPROCHE PARTENARIALE ENTRE POUVOIRS PUBLICS RÉGIONAUX ET NATIONAUX

L'animation locale portée par les ARS se nourrit également d'échanges réguliers avec le ministère de la santé qui, malgré l'éloignement géographique parfois, réunit en conférences téléphoniques, les porteurs, l'ARS, les équipes du ministère et de l'Assurance maladie, dans un dialogue tripartite à partir d'une première version de la lettre d'intention. Ceci permet aux porteurs d'entendre les remarques et questions du référent national, et de bénéficier ainsi de son regard critique pour enrichir et compléter la lettre d'intention, et mûrir ainsi un projet présentant le maximum de garantie d'adéquation au cadrage de l'article 51.

Ces échanges « locaux-régionaux-nationaux » ont l'intérêt de porter des regards croisés pour évaluer l'ensemble des critères d'éligibilité des projets (pertinence, innovation, dérogation, financement, généralisation). Ils témoignent du principe fondateur du dispositif, à savoir partir de projets pensés par les professionnels, les partager et les instruire au niveau territorial pour les inscrire dans une stratégie nationale de transformation du système de santé par l'innovation.

3.2. À PARIS, ÇA CHANGE AUSSI

Porteurs de projets et représentants des pouvoirs publics ont un destin lié : faire réussir des expérimentations annonciatrices des réformes de demain. Cela passe par des démarches collaboratives où chacun est sur un pied d'égalité.

C'est, en quelque sorte, une révolution culturelle où il ne s'agit plus d'attendre de l'autre qu'il fasse « sa part » du travail.

Il s'agit de travailler ensemble, de A à Z, afin de mieux comprendre les enjeux, contraintes et difficultés de l'autre.

UN EXEMPLE DE DÉMARCHE COLLABORATIVE : LES TRAVAUX SUR LES THÉRAPIES ORALES DU CANCER

24 établissements de santé, de tous statuts, ont manifesté, relativement simultanément, leur intention de déposer un cahier des charges sur la dispensation de thérapies orales du cancer. Plutôt que de se retrouver concurrents pour des expérimentations très comparables, tous ont travaillé à la convergence de leurs initiatives.

L'approche collaborative s'est mise en place, dans un premier temps, à l'échelle régionale, avec un portage très intégré avec l'ARS.

Cela s'est traduit par un cycle de réunions de travail, d'abord avec les ARS, puis par l'organisation d'un séminaire d'une journée entière avec tous les porteurs de projets.

Dans ce cadre, les pouvoirs publics ont eu un rôle d'animateur et de facilitateur, pour pointer les points à travailler et faire converger les acteurs vers un cahier des charges unique. À aucun moment, les régulateurs présents tout au long de la démarche n'ont joué un rôle d'arbitre ou de décideur.

Le cahier des charges a été déposé le 6 septembre dernier, ce qui marque le début de la procédure d'instruction par les pouvoirs publics.

EQUIP'ADDICT : UN CAHIER DES CHARGES COMMUN ÉLABORÉ À L'INITIATIVE DE 5 ARS ET CO-CONSTRUIT AVEC L'APPUI DES ACTEURS PARTIES PRENANTES AU PROJET AU NIVEAU LOCAL

Des démarches collaboratives ont émergé à l'initiative des ARS pour répondre à des problématiques territoriales communes. C'est le cas du projet d'expérimentation « Equip'addict ». Cinq ARS (Bourgogne Franche Comté, Occitanie, Haut de France, Grand Est et Île-de-France) ont décidé d'élaborer ensemble, et en étroite collaboration avec les acteurs territoriaux parties prenantes, un cahier des charges commun pour expérimenter un nouveau modèle économique et de financement visant à promouvoir, pour les patients présentant des parcours complexes liés aux addictions, une organisation souple, autour du médecin traitant, permettant une prise en charge pluriprofessionnelle, médico-psycho-sociale, coordonnée au sein d'un cabinet médical ou d'une maison de santé. L'enjeu est d'améliorer l'accès aux soins en addictologie en ville.

Plusieurs ateliers de travail et des séances d'accélérateur, coordonnés par l'équipe nationale, ont eu lieu avec l'ensemble des acteurs de terrain et ont abouti à la rédaction d'un cahier des charges socle avec un modèle de financement harmonisé. Des annexes régionales permettront de prendre en compte les spécificités de chacune des régions (contexte régional, territoires d'expérimentation, organisation régionale..) et de préciser les conditions d'application opérationnelle.

UNE DÉMARCHE COORDONNÉE SUR LES MULTIPLES INITIATIVES RELATIVES À L'OBÉSITÉ

12 projets (dont 2 autorisés) proposent une prise en charge pluridisciplinaire, personnalisée ainsi qu'un suivi à moyen-long terme, avec une coordination de soins (ville/hôpital ou en ville) et un mode de financement forfaitaire (comprenant, entre autres, des prestations non remboursées actuellement). Ils présentent une diversité en matière de portage (professionnels de santé, réseaux, structures ambulatoires, centres hospitaliers, institutions publiques), de populations ciblées (adultes dont les éligibles à la chirurgie, enfants), de type d'intervention (prévention ou soins et éducation thérapeutique, axés sur le patient ou sur le patient et son entourage), de lieux de prise en charge du patient (à domicile ou en proximité du domicile, en établissements scolaires, en structures ambulatoires ou en centres hospitaliers) et de modalités et organisations de la prise en charge. 12 régions dont 2 se situant en outre-mer, sont concernées par leur mise en œuvre.

Une instruction par approche thématique et transversale a été proposée aux porteurs pour :

- faciliter la démarche collaborative en amont du développement complet du projet, par des échanges entre porteurs et des exercices de réflexion commune ;
- accompagner le porteur dans une démarche de co-construction du cahier des charges, puis de mise en œuvre en cas d'autorisation. Cet accompagnement est aussi un moyen de confirmer la cohérence de la prise en charge proposée avec les recommandations de bonnes pratiques, tout en préservant la liberté de proposition des porteurs.
- permettre une évaluation transversale des projets pour identifier au terme des expérimentations, le mode de prise en charge médicale et financière le plus optimal. Des indicateurs de résultats communs aux différents projets seront définis en amont, en plus des indicateurs spécifiques à chaque projet.

3.3. POUR NOS PORTEURS, UN NOUVEAU MOTEUR : L'ACCÉLÉRATEUR !

La nécessité d'accompagner davantage les porteurs de projet pour faire aboutir leur projet est apparue assez rapidement afin d'éviter des délais d'instruction trop longs et de nombreuses itérations avec les porteurs. D'une part, parce que le projet parfait qui correspond instantanément aux critères du 51, est rare et qu'il faut de toute façon, dans la majorité des cas, travailler certains aspects, souvent le modèle de financement. D'autre part, parce que les nouvelles idées ont besoin d'être mûries pour une meilleure acceptation de celles-ci, tant du côté des expérimentateurs que des régulateurs.

La nécessité de recourir à des experts de cet accompagnement est également apparue opportune dans la mesure où le changement de méthode se fait difficilement seul.

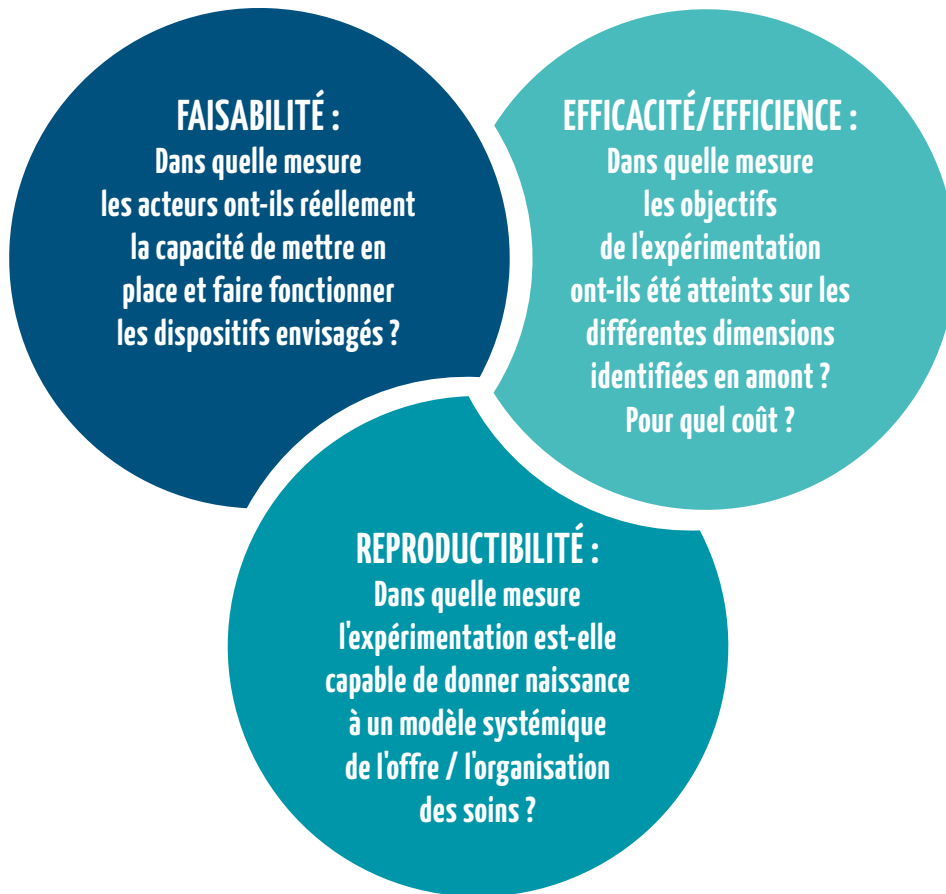
« L'accélérateur 51 » est une structure d'accélération de projets qui s'appuie sur des méthodes d'intelligence collective. Son lancement, dans un premier temps à titre expérimental, visait à vérifier qu'il répondait bien aux besoins. Il s'est fait avec l'appui d'une équipe experte disposant d'une méthode de facilitation permettant la conception, le développement et le démarrage sur le terrain de projets innovants.

Pour tous ceux qui travaillent dans l'innovation en général, disposer d'un lieu d'accélération est assez naturel.

L'accélérateur a donc pris forme pour permettre cette rencontre entre deux mondes sans *a priori* et sans préjugé, dans l'objectif de faire aboutir les projets plus rapidement. Il permet ainsi de clarifier les projets et de traiter point par point les blocages et les difficultés entre porteurs et pouvoirs publics. Il élimine les barrières avec les porteurs et permet un accès direct aux expertises techniques de la régulation, avec pour objectif commun de faire avancer le projet. Cette méthode permet aussi, bien souvent, de proposer un cadre au porteur pour créer ou confirmer un alignement avec ses partenaires.

Le cadre commun de l'évaluation : critères et méthodes

Les critères



Les méthodes

Pour répondre à ces critères, l'évaluation aura recours à des méthodes mixtes, mobilisant des approches :

- quantitatives, avec des données issues des systèmes d'information des projets, des données remontées spécifiquement par les porteurs via la plateforme de facturation dédiée, des données issues du Système National des Données de Santé (SNDS) ou d'autres systèmes d'information mobilisables ;
- qualitatives, mobilisant des techniques d'entretiens individuels ou collectifs, des techniques d'observation directe, ou des études de cas...

Quel évaluateur et comment sera-t-il choisi ?

Un appel d'offres a été lancé fin avril 2019 pour sélectionner des équipes d'évaluation expérimentées, pluri-professionnelles et pluridisciplinaires. Celui-ci est en cours de notification auprès des candidats.

L'évaluateur sera désigné dans les semaines suivant l'autorisation de l'expérimentation. Il prendra alors contact avec le porteur de projet.

COMMENT VA SE DÉROULER L'ÉVALUATION POUR LE PORTEUR DE PROJET ?

Avant l'expérimentation

PHASE 1 : CONSTRUCTION DE L'APPROCHE ÉVALUATIVE

Avant la sélection de votre projet, concrétisée par la publication de l'arrêté

- Rédaction des éléments relatifs à l'évaluation du projet dans le cahier des charges du projet
- Préparation du dispositif de suivi (en s'appuyant sur une grille d'analyse générique)

Après la sélection de votre projet, dans les semaines qui suivent la publication de l'arrêté

- Échange entre le porteur de projet et l'évaluateur pour construire la méthode d'évaluation
- La cellule d'évaluation arrête la méthode d'évaluation

Pendant l'expérimentation

PHASE 2 : MOBILISATION DE DONNÉES EN VUE DU RAPPORT INTERMÉDIAIRE

- Suivre et remonter des données à l'évaluateur externe selon la méthodologie définie en phase 1
- Échanges sur sites entre le porteur de projet et l'évaluateur
- Relecture critique du rapport intermédiaire réalisé par l'évaluateur externe
- Participation aux temps d'échange avec l'évaluateur, la cellule d'évaluation ainsi que les référents de l'ARS ou nationaux et de l'Assurance maladie

Fin de l'expérimentation

PHASE 3 : RÉSULTATS FINAUX

- Suivre et remonter des données à l'évaluateur externe
- Échanges sur sites entre le porteur de projet et l'évaluateur
- Relecture critique du rapport final réalisé par l'évaluateur externe
- Participation aux temps d'échange sur les résultats finaux

Un pilotage national pour l'évaluation des expérimentations

L'évaluation des expérimentations est co-pilotée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la Santé.

Elle s'appuiera sur des experts en évaluation issus d'horizons différents (institutions nationales, chercheurs...). CNAM, DREES et experts constituent la cellule d'évaluation des expérimentations de l'article 51.

En 2018, une note de cadrage des grands principes de l'évaluation décrivait les grandes orientations que le conseil stratégique avait souhaité donner à l'évaluation. Au-delà de ces grands principes, il est apparu utile d'élaborer un document plus précis, le guide méthodologique de l'évaluation des projets « article 51 » qui définit à la fois le cadre méthodologique général dans lequel les travaux d'évaluation doivent s'inscrire, ainsi qu'une démarche commune de mise en œuvre de ces travaux. Il précise toutes les informations utiles qui sont illustrées par des exemples pour remplir pas à pas toutes les rubriques du cahier des charges dont le contenu est lié à l'évaluation. Ce guide a été mis en ligne fin juillet 2019 (<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medi-co-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-10918/article/l-evaluation-des-projets>).

4.

Et ce n'est pas fini :
la suite

4.1. APRÈS L'AUTORISATION, PLACE À L'ACTION

Une fois le projet autorisé, il faut accompagner sa mise en œuvre, assurer son suivi, et préparer la sortie de l'expérimentation.

La fin de l'année 2019 et l'année 2020 seront plus particulièrement consacrées au **démarrage opérationnel des premiers projets autorisés**.

AU MOINS 6 EXPÉRIMENTATIONS AURONT INCLUS DES PATIENTS D'ICI LA FIN DE L'ANNÉE 2019

Un projet a démarré dès octobre 2018 : il s'agit de l'expérimentation Biosimilaires permettant un intéressement des services hospitaliers prescripteurs de médicaments biosimilaires.

3 projets ont démarré en octobre 2019 :

- EMNO (forfaitisation d'un parcours médico-éducatif pour les personnes atteintes d'obésité) ;
- 2 projets sur VHC (forfaitisation pour le dépistage de proximité, en pharmacie d'officine et en structures médico-sociales, pour l'hépatite C) ;

5 projets démarreront en novembre 2019 :

- MyDiabby (forfaitisation pour la télésurveillance du diabète gestationnel).
- DiVa (forfaitisation du parcours du patient atteint d'AVC ou d'infarctus du myocarde).
- SBDM (buccodentaire) en EHPAD (prestations de prévention par télé-expertise dentaire et de prise en charge en cabinet mobile).
- RSMO (forfaitisation d'un suivi annuel de la personne invalide et/ou âgée)
- ÉQUILIBRES (paiement horaire des soins infirmiers à domicile).

L'inclusion du premier patient requiert au préalable **la signature de conventions de financement** entre la CNAM et les structures ou professionnels expérimentateurs. Ces conventions détaillent les modalités de versement des fonds (échéanciers, justificatifs, etc.).

Le renvoi à ces conventions résulte du souci d'alléger le plus possible le contenu des cahiers des charges qui ont valeur réglementaire (et font l'objet d'une publication au journal officiel ou au recueil des actes administratifs) et qui, de ce fait, sont moins facilement modifiables.

Deux conventions de financement distinctes sont conclues avec chaque porteur autorisé :

- L'une porte sur les crédits d'ingénierie et/ou de démarrage : elle est conclue soit avec la CNAM pour les expérimentations interrégionales (dites de portée nationale) requérant un financement sur le FISS, soit avec l'ARS pour les expérimentations régionales requérant un financement sur le FIR. Pour les expérimentations nationales, le format est quasiment identique entre les différentes expérimentations, selon un modèle mis à disposition par la CNAM. Cette première convention peut être conclue sous quelques jours seulement, dès autorisation.
- L'autre porte sur le versement des prestations dérogatoires : c'est une convention nécessairement conclue avec la CNAM, selon des formats personnalisés selon qu'il s'agit d'un financement substitutif ou incitatif, au forfait ou à l'acte ou selon des critères d'impact, etc.

Outre la signature des conventions de financement qui complètent le cadre juridique des expérimentations, l'inclusion du premier patient requiert également **le paramétrage des outils de facturation avec l'Assurance maladie**. Une plateforme de facturation dédiée a été développée dès l'année dernière. L'interopérabilité avec les systèmes d'information des expérimentateurs, ainsi que le paramétrage personnalisé, sont mis en œuvre par la CNAM.

Afin de procéder aux paiements au fil de l'eau, la CNAM a désigné une CPAM comme caisse pivot nationale pour toutes les expérimentations, quel que soit leur ressort territorial. Ce circuit de paiement sera effectif dès le 1^{er} janvier 2020. Dans l'attente, un circuit transitoire a permis les premiers paiements par la CNAM directement.

→ Compte tenu des enjeux techniques évoqués ci-dessus, et afin de garantir l'inclusion du premier patient dans les délais prévus, chaque porteur se voit proposer, dans les tout premiers jours suivant son autorisation, une invitation à **une session de lancement** au cours de laquelle les aspects opérationnels de l'expérimentation seront travaillés (facturation, transmission de données etc.) et le calendrier de démarrage ajusté en conséquence.

Par ailleurs, chaque porteur peut également bénéficier d'**ateliers plus spécifiques sur le déploiement**, permettant de travailler le pilotage de son projet avec les experts nationaux (modalités de communication, planning de montée en charge, recrutement et formation des professionnels expérimentateurs, etc.)

Les prochains mois seront également consacrés aux **travaux de préparation du suivi pluriannuel des expérimentations et de préparation de leur sortie** : c'est-à-dire leur généralisation dans le droit commun ou leur arrêt, selon les résultats de leur évaluation.

4.2. CEUX QUI VEULENT Y PRENDRE GOÛT, ON LEUR DONNE RENDEZ-VOUS

Pour partager un premier bilan de ce que le dispositif de l'article 51 a déjà permis, et engager d'autres porteurs potentiels de projets, toujours dans cette logique de co-construction, rendez-vous est donné à tous les acteurs concernés et intéressés lors d'une journée nationale qui se tiendra le 27 novembre 2019.

4.3. POUR LES ANNÉES À VENIR, DE NOUVELLES MISSIONS À REMPLIR



Destination... Généralisation

2018

Année de la montée en charge

Les acteurs du système de santé se saisissent du dispositif

→ plus de 400 projets à leur initiative sont déposés

2019

Les pouvoirs publics s'adaptent

→ fin septembre 2019 une trentaine de projets devrait être autorisée, une cinquantaine d'ici la fin de l'année ; établissement des premiers protocoles d'évaluation et inclusion des premiers patients

2020

- déploiement des premiers projets autorisés
- poursuite de l'instruction des nouveaux projets, afin de garantir l'autorisation, chaque année, d'au moins une trentaine d'entre eux s'ils se sont révélés éligibles et pertinents
- accompagnement des porteurs de projets pour favoriser la finalisation de leur cahier des charges
- développement continu des compétences des équipes nationales et régionales ; promotion de « l'esprit » 51 et des nouvelles méthodes de travail qui y sont liées (mode projet, approches collaboratives, etc.)

2021

- premiers bilans intermédiaires des expérimentations en cours
- anticipation des modalités de généralisation possibles des expérimentations prometteuses

2022

Premiers rapports d'évaluation disponibles et avis des instances sur l'opportunité de généraliser

Figure 18 : Planning des opérations

Annexes

Annexe I

l'équipe en charge
des expérimentations
innovantes en santé

L'équipe dédiée :



**Natacha
LEMAIRE**

Rapporteuse Générale



**Adeline
TOWNSEND**



**Claire
OGET-GENDRE**



**Clémence
MAINPIN**



**Corentine
NEPPEL**



**Dr. Élisabeth
FERY-LEMONNIER**



**Dr. Sun
ROBIN**



**Pauline
JOURDAIN**
*Stagiaire
(Master EHESP)*



**Phan
HOANG**
*Interne
de santé publique*

Les référents nationaux :

Anne-Sophie Aguade, CNAM
Audrey Lafon, DGS
Ayden Tajahmady, CNAM
Camille Ruiz, DGOS
Caroline Drouin, DGS
Elen Chanteur, DGCS

Emmanuelle Guedy, CNAM
Frédéric Bousquet, CNAM
Guillaume Ah-Ting, DSS
Jean Ripoll, CNAM
Jennifer Bouaziz, CNAM
Laure Léandri, DGCS

Marine Jean-Baptiste, DSS
Mathilde Gaini, DREES
Milena Spach, DREES
Valérie Reznikoff, Anap

Les référents régionaux :

Anais Picard,
Assurance Maladie
Nouvelle Aquitaine

Anne Du Peuty,
ARS Guyane

Anne-Briac Bili,
ARS Bretagne

Annie Morvan,
ARS Bretagne

Anne-Claire Metaut,
Assurance Maladie
Centre Val de Loire

Béatrice Bonnaval,
ARS Pays de Loire

Benjamin Servant,
Assurance Maladie
Île-de-France

Camille Popot,
ARS Ile de France

Carole Dagoorne,
ARS Bretagne

Cécile Lumière,
ARS Bourgogne
Franche Comté

Céline Colson,
Assurance Maladie Normandie

Céline Mansour,
ARS PACA

Christophe Bonnier,
ARS Occitanie

Christian Milles-Lacroix,
Assurance Maladie Corse

Delphine Joyon,
ARS Île-de-France

Dominique Fernagut,
ARS Hauts de France

Elvire Bellance,
Assurance Maladie
Occitanie

Eve Isenmann,
ARS Normandie

Géraldine Tonnaire,
ARS Paca PACA

Igor Giusti,
ARS Corse

Jacques Le Louarn,
Assurance Maladie
Guadeloupe

Julie Calvet-Coiffard,
ARS Martinique

Laurent Peiser,
ARS ARA

Magali Mercier,
Assurance Maladie
Centre Val de Loire

Manuel Montrésor,
ARS Guadeloupe

Marie-Hélène Pietri-Zani,
ARS Corse

Marion Perez,
ARS Île-de-France

Matthieu Lemarchand,
ARS Centre Val de Loire

Michaël Braïda,
Assurance Maladie
Bourgogne Franche Comté

Morgane Beck,
ARS Grand Est

Nathalie Derozier,
ARS Nouvelle Aquitaine

Natacha Mathery,
ARS Grand Est

Patricia Rondinetti,
Assurance Maladie PACA

Pierre Blaise,
ARS Pays de Loire

Philippe Bourrel,
ARS Océan Indien

Rachel Cambronie,
Assurance Maladie ARA

Reine-Claude Lagacherie,
CGSS Océan Indien

Sabrina Byot,
Assurance Maladie Grand Est

Sabrina Rutkowsky,
Assurance Maladie
Hauts de France

Thomas Bouvier,
Assurance Maladie
Pays de Loire

Ugo Bergamini,
Assurance Maladie
Île-de-France

Vincent Van Bockstael,
ARS Haut de France

Annexe II

les cartes d'identités
des projets autorisés

PRESCRIPTION DES BIOSIMILAIRES

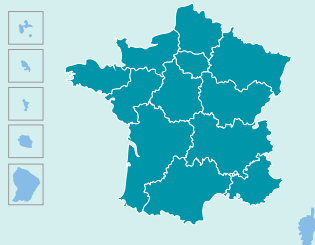


Augmenter la prescription des biosimilaires en établissements de santé pour trois groupes de médicaments par un nouveau mécanisme d'intéressement.



Porteurs du projet :
DSS et DGOS

Partenaires : Cnam, ARS



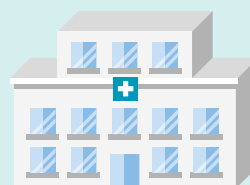
En France
métropolitaine
hors Corse



Durée : 3 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
24 000 K €



59 établissements de
santé



Publié au
Journal officiel
des 17/08/2018 et
15/02/2019



Financement
complémentaire :
intéressement à la
prescription

Art.
51

Innovation

En santé

DIVA

(DIJON VASCULAR PROJECT)

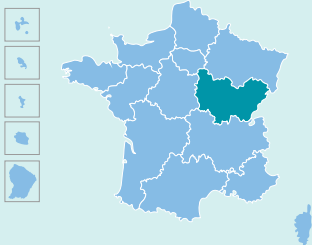


Réduire les récurrences et les complications handicapantes de patients victimes d'AVC et d'IDM afin d'aboutir à une diminution de 10 points du taux de ré-hospitalisation via l'organisation d'un suivi intensif par des professionnels ville-hôpital durant 2 ans.



Porteur du projet :
CHU Dijon Bourgogne

Partenaires : URPS des régions BFC et GE (médecins, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), Hôpital privé Dijon Bourgogne, 2 associations nationales d'utilisateurs AVC et IDM



GHT 21-52 (BFC)



Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
804 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
374 K €



Patients victimes d'AVC et IDM
Soit 795 personnes



Publié au Recueil des Actes Administratifs
le 27/12/2018



Financement substitutif :

Forfait multi-acteurs, par patient, pour une séquence de 24 mois



AMÉLIORATION DE LA SANTÉ

D'UN PATIENT SOUFFRANT D'OBÉSITÉ

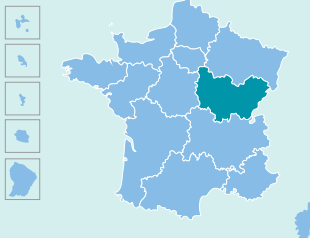


Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes atteintes d'obésité par la mise en œuvre d'un parcours médico-éducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé associé à un accompagnement pédagogique dématérialisé.

Porteur du projet :
Espace médical nutrition-obésité (EMNO)



Partenaires : RamsayGDS et la Fondation RGDS, CNAO, 2 associations de patients (ELISEA et Pèse Plume 71), le CSO de Dijon, le Réseau Sport-Santé BFC, les MSP d'Orgelet et Tournus, le CNP Nutrition, la FNAMN, l'AFDN



Côte d'Or et départements limitrophes (BFC)



Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
771 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
337,5 K €



Personnes adultes souffrant d'obésité
Soit 770 personnes



Publié au Recueil des Actes Administratifs
le 15/01/2019



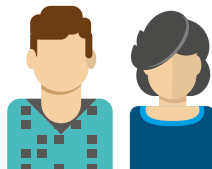
Financement complémentaire et partiellement substitutif :
Forfait multi-acteurs, par patient, pour une séquence de 12 à 60 mois



ACCOMPAGNEMENT ET LA PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES VIVANT EN EHPAD

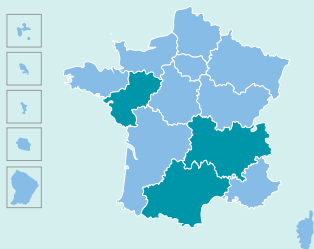


Accompagnement et prévention bucco-dentaire des personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (sensibilisation et formation des professionnel et aidants) grâce à la télésurveillance, l'intelligence artificielle, la coopération et la sensibilisation de tous les professionnels de santé.



Porteur du projet :
Association UFSBD

Partenaire :
Dental Monitoring



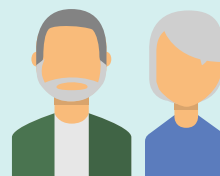
PDL, ARA, OCC



Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
1 232 K €



Résidents EHPAD
Soit 3 546 personnes



Publié au
Journal officiel
du 15/06/2019



Financement
complémentaire :
Forfait annuel par résident

Art.
51

Innovation

En santé

PARCOURS DES ENFANTS PROTÉGÉS

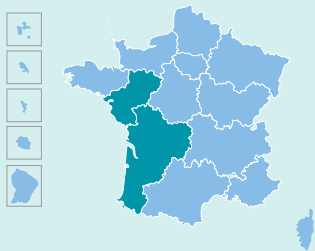


Parcours de soins somatiques et psychiques renforcés et coordonnés pour les enfants concernés par une mesure de protection de l'enfance.

Porteurs du projet :
Dr Vabres (CHU Nantes) et la DGCS



Partenaires :
établissements et services accueillant des enfants et adolescents placés en protection de l'enfance, établissements de santé, professionnels de santé libéraux



Loire-Atlantique,
Haute-Vienne et Corrèze
(NA et PDL)
(vague 1)



Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
8 799 K €



Tous les enfants et adolescents
(0-18ans) concernés par une
mesure administrative ou judiciaire
de protection de l'enfance
Soit 7 047 mineurs (vague 1)



Publié au
Journal officiel
du 16/06/2019



Financement
complémentaire
Forfait annuel par enfant

Art.
51

Innovation

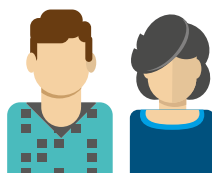
En santé

SERVICE DE SOINS BUCCO-DENTAIRES MOBILE (SBDM) EN EHPAD

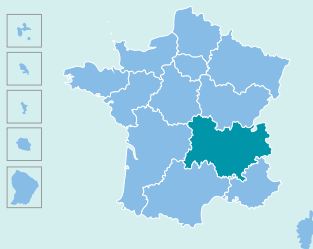


Rendre la prévention et les soins bucco-dentaires plus accessibles aux résidents en EHPAD par la mise en place de télédiagnostic et de soins effectués par un chirurgien dentiste en cabinet mobile.

Porteur du projet :
URPS DENTISTES ARA



Partenaires : Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes ; Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes du Puy-de-Dôme/ Rhône; EHPAD Puy-de-Dôme; URPS médecins ARA, UFR d'Odontologie de Lyon/ Clermont Ferrand , Hôpitaux public du Puy de Dôme



Département
du Puy de Dôme
(ARA)

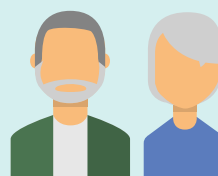


Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
419,5 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
14 K €



Résidents EHPAD
Soit 2 000 personnes



Publié au Recueil des
Actes Administratifs
le 28/06/2019



Financement
complémentaire :
Majoration de la
consultation et acte
de télémedecine/
téléexpertise

Art.
51

Innovation

En santé

**CONSULTATIONS SANTÉ
MIGRANTS-DÉVELOPPEMENT
DE L'INTERPRÉTARIAT
PROFESSIONNEL EN MÉDECINE
DE VILLE**

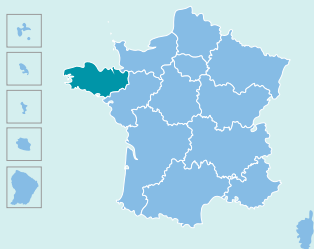


Structurer le premier accueil santé des migrants par l'organisation d'un parcours santé et par la construction d'une offre soins articulant un centre de santé (structure pivot d'appui) et la médecine libérale pour un égal accès aux soins.

Porteur du projet :
Association « Réseau Louis Guilloux »



Partenaires : Médecins généralistes, Association santé Villejean Beaugard, PTA Rennes, CPAM, Structures d'accueil et d'hébergement, CHU Pontchaillou, CH Guillaume Régnier, Centre d'examen de santé de la CPAM, Coallia – Association d'hébergements pour migrants, Conseil départemental d'Ille et Vilaine



Rennes métropole
puis tout le
département (BRE)



Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
452 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
214 K €



Personnes migrantes
primo-arrivantes en situation de
précarité ayant des droits ouverts à
la sécurité sociale
Soit 1 900 personnes



Publié au Recueil des
Actes Administratifs
le 05/07/2019



Financement
complémentaire et
partiellement substitutif :
Forfait multi-acteurs,
par patient, pour une
séquence de 12 mois

Art.
51

Innovation

En santé

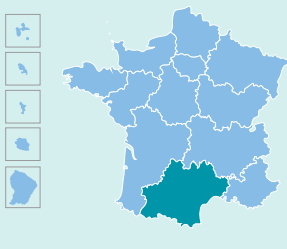
SIMPLIFICATION DU PARCOURS DE SOINS HÉPATITE C POUR LES POPULATIONS VULNÉRABLES



Augmenter le nombre de personnes précaires dépistées et traitées pour l'hépatite C par des séances « test to treat ».



Porteurs du projet :
Centre Hospitalier de Perpignan, Equipe Mobile Hépatites



Département de l'Aude et des Pyrénées-Orientales (OCC)



Durée : 2 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
242 K €



Patients vulnérables en structures médico-sociales ou « hors les murs »
Soit 780 personnes



Publié au Journal officiel du 03/07/2019



Financement complémentaire :
Forfait équipe pluridisciplinaire par patient dépisté

Art. 51

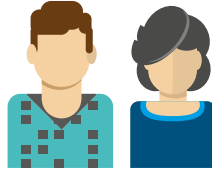
Innovation

En santé

DEPIST'C PHARMA



Proposer un dépistage de proximité de l'hépatite C par test rapide par les pharmaciens d'officine et prise en charge par l'Equipe Mobile Hépatites de l'hôpital en cas de test positif.



Porteurs du projet :
Centre Hospitalier de Perpignan, Equipe Mobile Hépatites

Partenaires : pharmacies d'officine



Département Pyrénées-Orientales et territoire de santé de Narbonne (OCC)



Durée : 18 mois



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
208 K €



Population générale :
porteurs de facteurs
de risques
Soit 5 000 personnes



Publié au
Journal officiel
du 30/06/2019



Financement
complémentaire :
Forfait par patient
différencié selon le
résultat du test, négatif ou
positif

Art.
51

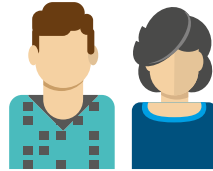
Innovation

En santé

DOMOPLAIES

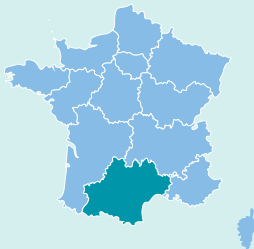


Dispositif régional d'expertise, d'appui à la prise en charge, dans leur lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes.



Porteur du projet :
Association CICAT OCCITANIE

Partenaires : Association Dom Cica, CHU Montpellier, 8 CH, 3 cliniques, 150 EHPAD, 4 URPS, réseaux



Occitanie



Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
4 298 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
1 226 K €



Patients porteurs de plaies chroniques
Soit 11 000 personnes



Publié au Recueil des Actes Administratifs
le 12/07/2019



Financement complémentaire et partiellement substitutif :
Forfait multi-acteurs par séquence de soins par patient

Art.
51

Innovation

En santé

CICA' CORSE

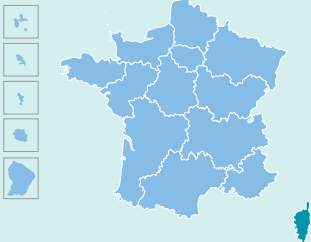


Dispositif régional d'expertise et d'appui à la prise en charge, dans leur lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes.



Porteur du projet :
URPS INFIRMIERS CORSE

Partenaires : GHT de Corse, 5 CH, 2 Cliniques, 3 URPS, 2 HAD, Université de Corse, IFSI de Bastia



Corse



Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
660,5 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
50 K €



Patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes
Soit 1 690 personnes



Publié au Recueil des Actes Administratifs
le 30/07/2019



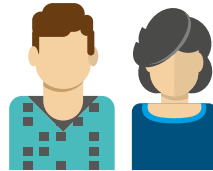
Financement complémentaire et partiellement substitutif :
Forfait multi-acteurs par séquence de soins par patient



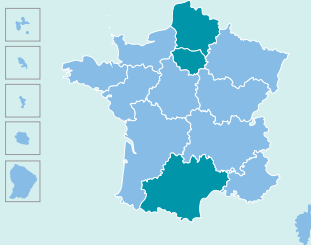
EQUILIBRES



Favoriser l'autonomisation des patients bénéficiant de soins infirmiers à domicile, grâce à une approche holistique et en équipe (inspirée du modèle Buurtzorg déployé aux Pays-Bas).



Porteur du projet :
Association « Soignons Humain »



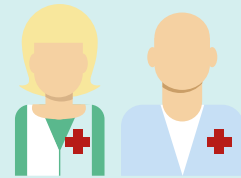
IDF, HDF, OCC



Durée : 3 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
21 814 K €



142 professionnels impliqués



Publié au
Journal officiel
du 18/07/2019



Financement substitutif :
Tarification horaire au
temps passé
auprès du patient

Art.
51

Innovation

En santé

PRISE EN CHARGE AVEC TÉLÉSURVEILLANCE DU DIABÈTE GESTATIONNEL

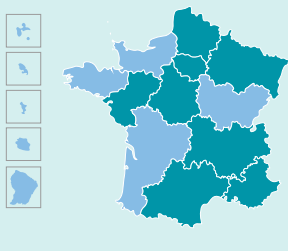


Améliorer la prise en charge du diabète gestationnel grâce à la télésurveillance.



Porteur du projet :
Société MDHC

Partenaires :
17 centres (Etablissements de santé publics/
privés et cabinets de ville)



14 départements dans 8
régions
(ARA, CVL, GE, HDF, IDF,
OCC, PDL, PACA)



Durée : 2 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
1 322 K €



Femmes ayant un diabète
gestationnel
Soit 3 000 personnes



Publié au
Journal officiel
du 18/07/2019



Financement substitutif :
Forfait multi-acteurs, par
parturiente, pour une
séquence de 3 à 6 mois

Art.
51

Innovation

En santé

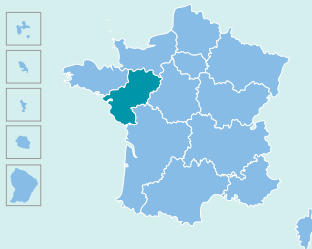
**SUIVI À DOMICILE
DES PERSONNES INVALIDES
ET/OU
ÂGÉES PAR LES MÉDECINS
TRAITANTS ET LES INFIRMIERS**



Mettre en place d'un suivi de proximité coordonné entre médecin traitant et infirmier(e) de la MSP pour les patients âgés ou en situation de handicap ne pouvant pas se déplacer au cabinet du médecin. L'infirmier(e) assure un suivi mensuel à l'aide d'une grille de suivi et transmet les informations au médecin.



Porteur du projet :
RSMO LE MANS NORD



Territoire du réseau
de santé (PDL)



Durée : 3 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
236 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
12 K €



Personnes qui ne peuvent plus se
déplacer, de plus de 80 ans ou en
situation de handicap
quel que soit l'âge
Soit 175 personnes



Publié au Recueil des
Actes Administratifs
le 26/07/2019



Financement
complémentaire et
partiellement substitutif :
Forfait annuel par patient

Art.
51

Innovation

En santé

CESOA CENTRE DE SOINS OSTÉO-ARTICULAIRES EN AMBULATOIRE

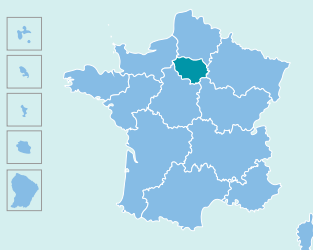


Organiser la prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies ostéo-articulaires complexes ne relevant pas d'une hospitalisation mais nécessitant l'expertise d'une équipe pluri-professionnelle spécialisée, dans une unité de lieu et de temps.



Porteur du projet :
MGEN Action sanitaire et sociale

Partenaires : 8 Médecins rhumatologues avec activité mixte



IDF



Durée : 3 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
4 743 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
74 K €



Personnes atteintes de pathologies rachidiennes chroniques, pathologies articulaires des membres ou de rhumatismes inflammatoires



Publié au Recueil des Actes Administratifs le 30/07/2019



Financement substitutif :
Forfait multi-acteurs, par patient, pour une séquence d'une demi-journée

Art.
51

Innovation

En santé

PARCOURS CHIRURGIE BARIATRIQUE EN RÉGION PACA PROJET PACO



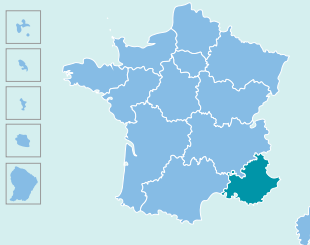
Structurer et améliorer le parcours de chirurgie bariatrique, ainsi que la pertinence de celle-ci par une coordination de la prise en charge en amont et en aval de la chirurgie associée à un accompagnement éducatif.



Porteurs du projet :

Association CERON-PACA (Centre d'études et de recherche sur l'Obésité et la Nutrition en région PACA)

Partenaires : ARS PACA, 4 à 7 établissements



PACA

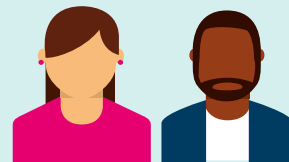


Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
3 877,5 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
655 K €



Patients souffrant
d'obésité et éligibles au
traitement chirurgical pour
leur obésité
Soit 2 100 personnes



Publié au Recueil des
Actes Administratifs
le 31/07/2019



Financement
partiellement substitutif :
Forfait multi-acteurs,
par patient, pour une
séquence de 36 à 60 mois

Art.
51

Innovation

En santé

PSYCOG

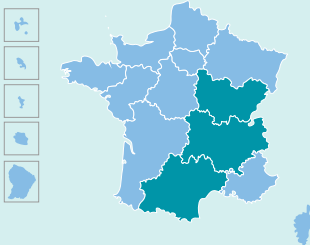


Optimiser le parcours de soins du patient présentant un trouble cognitif lié à la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée et/ou de son aidant en intégrant la prise en charge de leur souffrance psychique en ville.



Porteur du projet :
Fédération des Centres Mémoire

Partenaires : CM2R de Lyon, Montpellier, Besançon, CRC VCF



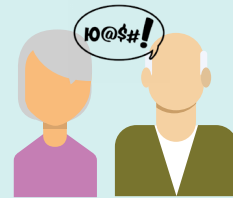
Lyon, Montpellier,
Besançon
(ARA, OCC, BFC)



Durée : 4 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
779 K €



Malades atteints de maladie
d'Alzheimer ou apparentée et/ou
son aidant non professionnel
souffrance psychique
Soit 1 000 personnes



Publié au
Journal officiel
du 01/08/2019



Financement substitutif :
Forfait multi-acteurs,
par patient, pour une
séquence de 12 mois
maximum



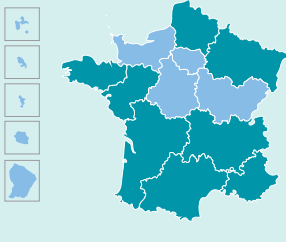


Programme d'expérimentation d'un protocole de santé standardisé appliqué aux enfants ayant bénéficié avant l'âge de 5 ans d'une mesure de protection de l'enfance (ASE).

Porteurs du projet :
Dr Rousseau et Pr Chevreul



Partenaires : Association Saint Ex, URC-éco, le GESPO, CDEF du Maine et Loire Foyer de l'enfance du Maine et Loire, 15 Conseils Départementaux



15 pouponnières dans 8 régions
(OCC, GE, NA, HDF, PDL, ARA, BRE, PACA)



Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
8 859 K €



Enfant < 5 ans bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance
Soit 2 450 enfants protégés



Publié au Journal officiel du 03/08/2019



Financement complémentaire
Forfait annuel de suivi renforcé par enfant

Art. 51

Innovation

En santé

**PROJET BUS
BUCCO-DENTAIRE
SERVICE DE SOINS
BUCCO-DENTAIRES
MOBILE PA-PH**

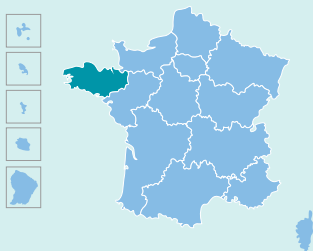


Rendre la prévention et les soins bucco-dentaires plus accessibles par la mise en place de télédiagnostics et la prise en charge par un chirurgien dentiste en cabinet mobile sur les lieux d'hébergement de la personne (FAM/ IME/ EHPAD/ MAS).

Porteur du projet :
Fondation ILDYS



Partenaires : CHRU Brest, Réseau Soins dentaires spécifiques Bretagne, UFSBD Finistère, FNADEPA, Conseil départemental ordre des chirurgiens dentistes, URPS Bretagne, APF France Handicap, Les Papillons Blancs du Finistère, Don Bosco, Conseil Départemental du Finistère, DT ARS, Handidactique



Département Finistère
(BRE)

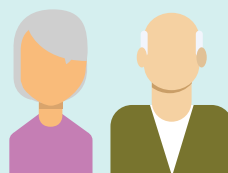


Durée : 5 ans



Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) :
438,5 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
236,5 K €



Personnes en situation de handicap et personnes âgées en institution avec difficultés d'accès aux cabinets de ville
Soit 10 899 personnes



Publié au Recueil des Actes Administratifs
le 09/08/2019



Financement complémentaire :
Majoration de consultation pour le chirurgien-dentiste et acte de télémedecine/ téléexpertise

Art.
51

Innovation

En santé

**PROJET DE DÉPISTAGE ET DE
DIAGNOSTIC DES PROBLÈMES DE
SANTÉ BUCCO-DENTAIRE
DES PERSONNES A MOBILITÉ
RÉDUITE DANS LES ÉTABLISSE-
MENTS SANITAIRES ET
MÉDICO-SOCIAUX DU CHER**

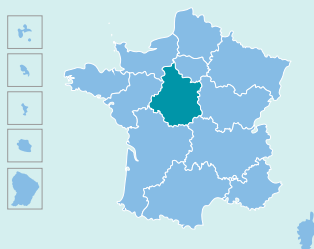


Dépistage, diagnostic et prévention des problèmes de santé buccodentaire des personnes à mobilité réduite dans les ESMS via les outils de la télémédecine et l'intervention d'une infirmière mobile.



Porteur du projet :
CH Jacques Cœur

Partenaires : 4 CH, Dr Manuel FORT, Dr Cécile SATGE



**Département du Cher
(CVL)**

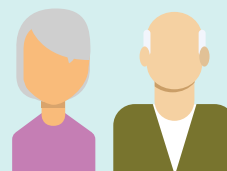


Durée : 3 ans



**Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :**
586 K €

Fonds d'intervention (FIR) :
15 K €



**Personnes à mobilité
réduite (Personnes âgées
et/ ou handicapées)
Soit 4 163 personnes**



**Publié au Recueil des
Actes Administratifs
le 12/08/2019**



**Financement
complémentaire :
Forfait annuel par résident**

**Art.
51**

Innovation

En santé

**FAIRE ÉVOLUER
LES MODALITÉS DE
L'UTILISATION ET DE LA
PRISE EN CHARGE DES
MÉDICAMENTS ONÉREUX**

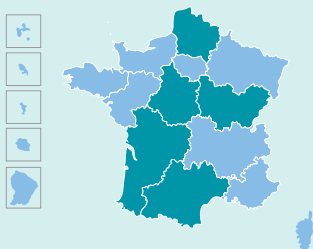


Faire évoluer les conditions d'utilisation et de prise en charge des médicaments onéreux au sein des établissements de santé.



Porteurs du projet :
DSS et DGOS

Partenaires : ATIH



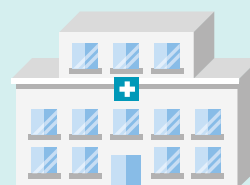
BFC, CVL, HDF, NA et
OCC



Durée : 3 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
1 100 K €



5 établissements de santé



Publié au
Journal officiel
du 03/08/2019



Financement substitutif :
Financement mixte à
l'euro l'euro et selon la file
active de l'établissement

Art.
51

Innovation

En santé

PASSPORT BP

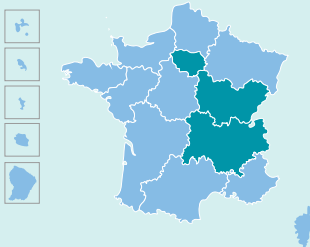


Mettre en œuvre une prise en charge intégrée (psychiatrique et somatique) spécialisée et personnalisée des patients atteints de trouble bipolaire avec un suivi rapproché et coordonné par des case-managers à l'aide d'outils numériques.



Porteur du projet :
Fondation FondaMental

Partenaires : 3 CHU, 2 CH, Maison de santé de Créteil, 2 UFR, SEMEIA, SBT/Happy Neuron, UNAFAM, ARGOS



Puy-de-Dôme, Rhône,
Doubs, Val de Marne
(ARA, BFC, IDF)



Durée : 3,5 ans



Fonds pour l'innovation du
système de santé (FISS) :
5 060 K €



Patients souffrant d'un
trouble bipolaire
Soit 2000 patients



Publié au
Journal officiel
du 21/09/2019



Financement complémentaire :
Forfait multi-acteurs par
patient puis financement au
parcours rétrospectif avec
intéressement, pour une
séquence de 36 mois

Art.
51

Innovation

En santé

Annexe III

présentation
des 3 expérimentations
nationales issues des appels
à manifestation d'intérêt

« Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep)

L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (IPEP) vise à inciter collectivement des professionnels de santé à s'organiser au bénéfice d'une patientèle commune. Elle a pour objectifs d'améliorer le service rendu aux patients et l'efficacité des dépenses de santé.



NON SUBSTITUTIF

Il est **complémentaire** aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité)



CONDITIONNÉ À L'ATTEINTE D'OBJECTIFS

Il est basé sur **l'atteinte d'objectifs** de qualité et de maîtrise des dépenses



PUREMENT INCITATIF

Il n'induit **pas de sanction financière** en cas de non atteinte des objectifs fixés



SANS FLÉCHAGE

Versé au groupement qui est **libre de son utilisation**

Le principe est qu'un groupement de professionnels de santé volontaires se constitue et définit des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle afin d'améliorer notamment l'accès aux soins, la coordination des prises en charge, en particulier ville-hôpital, la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention.

DES INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE PERFORMANCE

Questionnaire d'expérience patient

Élaboré avec des professionnels de santé, des représentants d'usagers et la HAS, testé auprès de patients, il couvre le parcours de soins du patient, au travers de 3 thématiques : l'accessibilité aux soins, la continuité du parcours de soins et les relations soignants-soigné

Indicateurs socles

Communs à tous les groupements, ils concernent quatre thématiques : accès aux soins, coordination inter-professionnelle, prévention et pertinence des prescriptions

Indicateurs à la carte

S'il le souhaite, le groupement peut également être intéressé sur la base de trois indicateurs thématiques additionnels choisis selon ses actions prioritaires

LA MAÎTRISE DES DÉPENSES

Les gains d'efficacité

Correspondent aux **économies générées par le groupement** calculées à partir de deux types de comparaisons :

- l'**écart** pour l'année N **entre la dépense réelle du groupement et la dépense moyenne nationale**, pour des patients avec des profils identiques à ceux du groupement (dépense ajustée) ;
- la **différence d'évolution entre les dépenses réelles du groupement et les dépenses ajustées** entre N-1 et N.

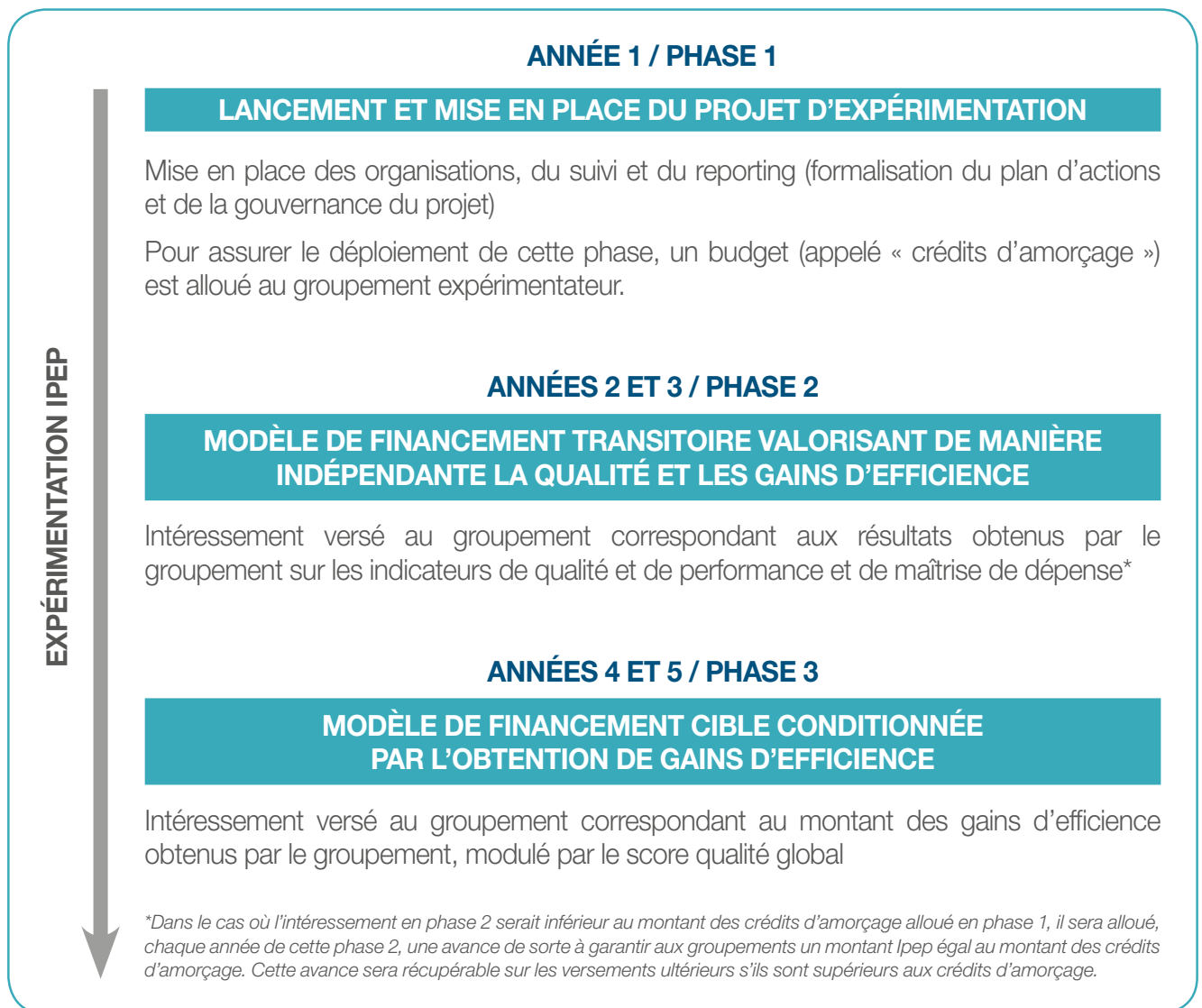
Le calcul du montant Ipep

Réalisé à partir des gains d'efficacité et de 3 coefficients :

- Un coefficient associé à l'écart des dépenses fixé à 1/3
- Un coefficient associé à la différence d'évolution fixé à 2/3
- Le groupement perçoit 50 % des gains générés





Le cahier des charges, la liste des expérimentateurs et l'appel à projet ont été publiés le 3 juillet 2019. L'expérimentation a débuté en juillet 2019 pour les 18 groupements d'acteurs en santé ayant participé aux travaux de co-construction.

Une « seconde vague » de groupements expérimentateurs, qui débutera l'expérimentation au 1^{er} janvier 2020, sera sélectionnée à la fin de l'année 2019 sur la base d'un appel à candidatures national ouvert jusqu'au 30 septembre 2019.



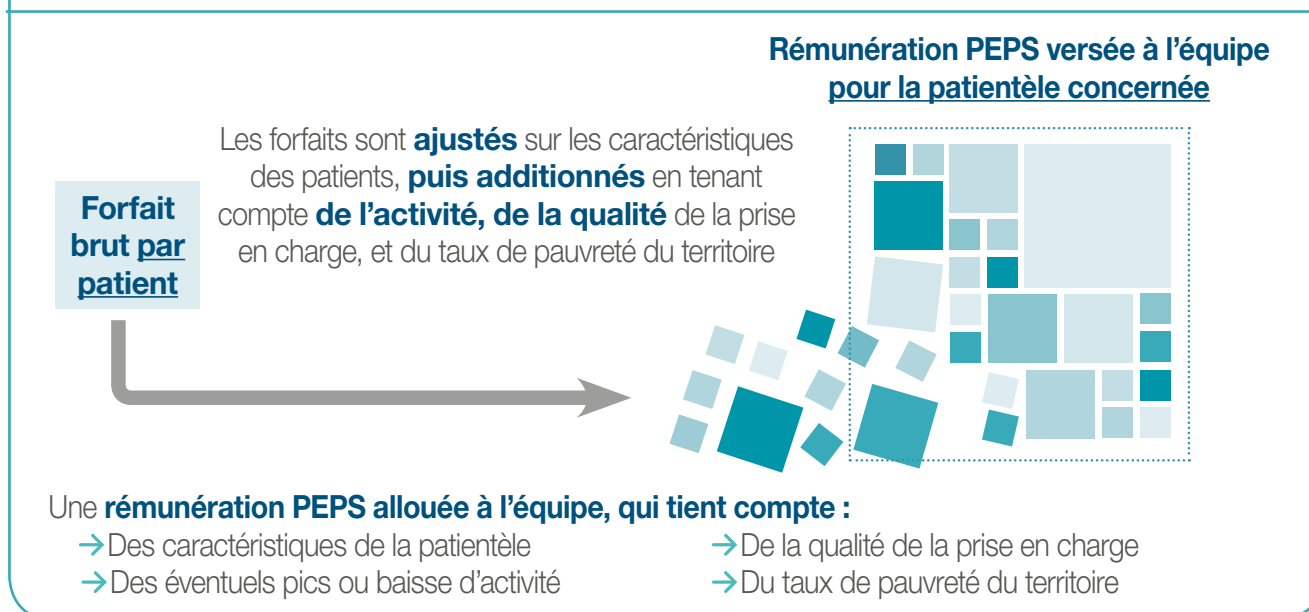
« Paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville » (Peps)

Cette expérimentation vise à tester un nouveau modèle de financement collectif forfaitaire des professionnels de santé en ville.

L'ENSEMBLE DE VOTRE PATIENTÈLE 	VOTRE PATIENTÈLE ÂGÉE 	VOTRE PATIENTÈLE DIABÉTIQUE 	VOTRE PATIENTÈLE ÂGÉE ET VOTRE PATIENTÈLE DIABÉTIQUE 
Ensemble des patients « Médecin traitant »	Patients « Médecin traitant » de ≥ 65 ans + Patients de 50 à 64 ans en ALD pour maladie neuro-dégénérative	Patients « Médecin traitant » en ALD pour diabète de type 1 ou 2	Patients « Médecin traitant » de ≥ 65 ans + Patients de 50 à 64 ans en ALD pour maladie neuro-dégénérative + Patients « Médecin traitant » en ALD pour diabète de type 1 ou 2
<p>Les patients AME sont également inclus dans le forfait Les patients institutionnalisés (EHPAD, etc.) sont exclus du forfait</p>			

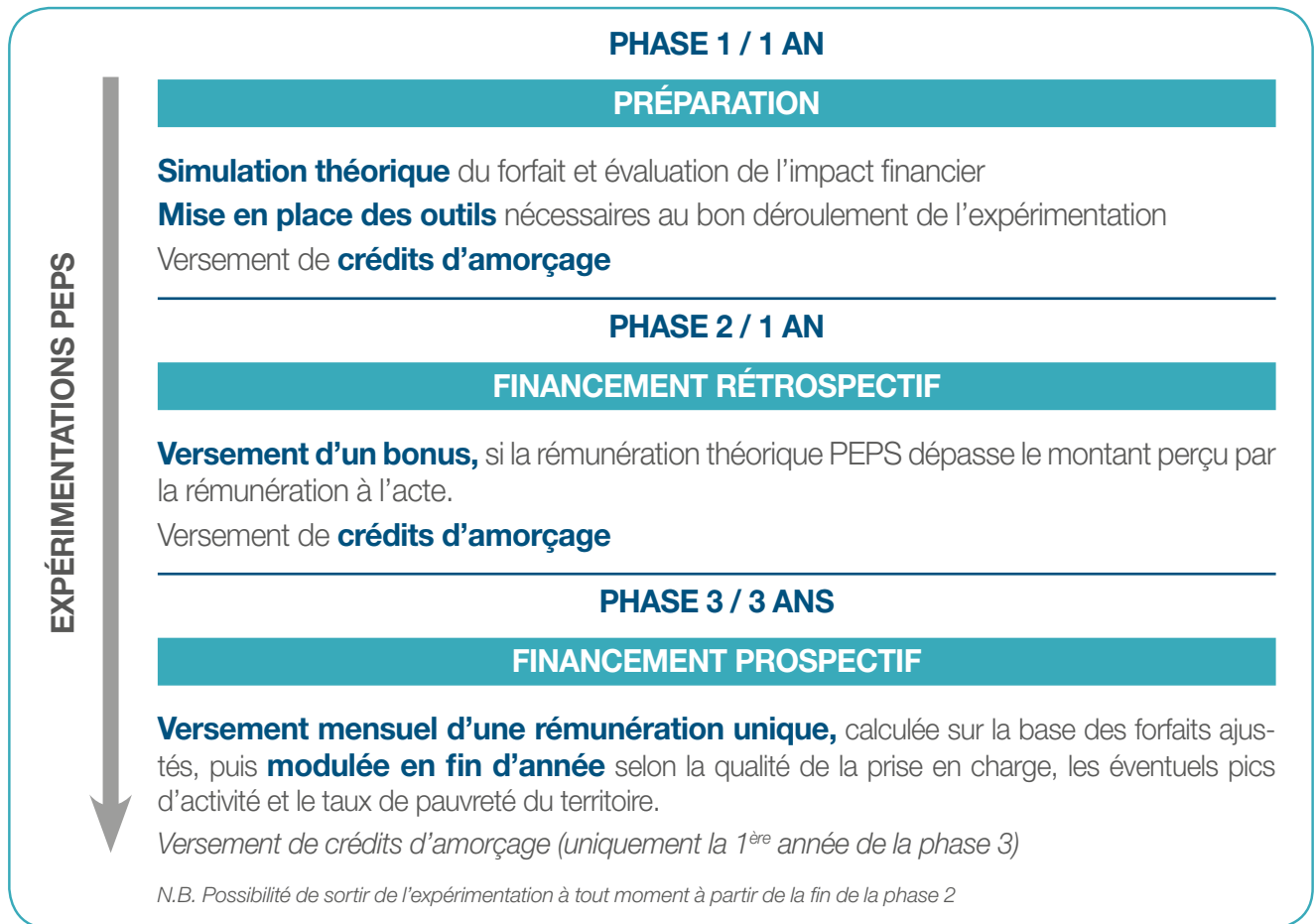
La démarche proposée repose sur une logique de volontariat pour expérimenter une rémunération forfaitaire collective des professionnels de santé en ville, substitutive au paiement à l'acte et libre dans son utilisation et dans sa répartition. Elle a pour objectif de favoriser la pertinence, d'optimiser la prise en charge par une meilleure coordination, d'améliorer la qualité du parcours de soins et l'accès aux soins en zone sous-dense.

COMMENT EST CALCULÉE LA RÉMUNÉRATION PEPS VERSÉE À L'ÉQUIPE ?



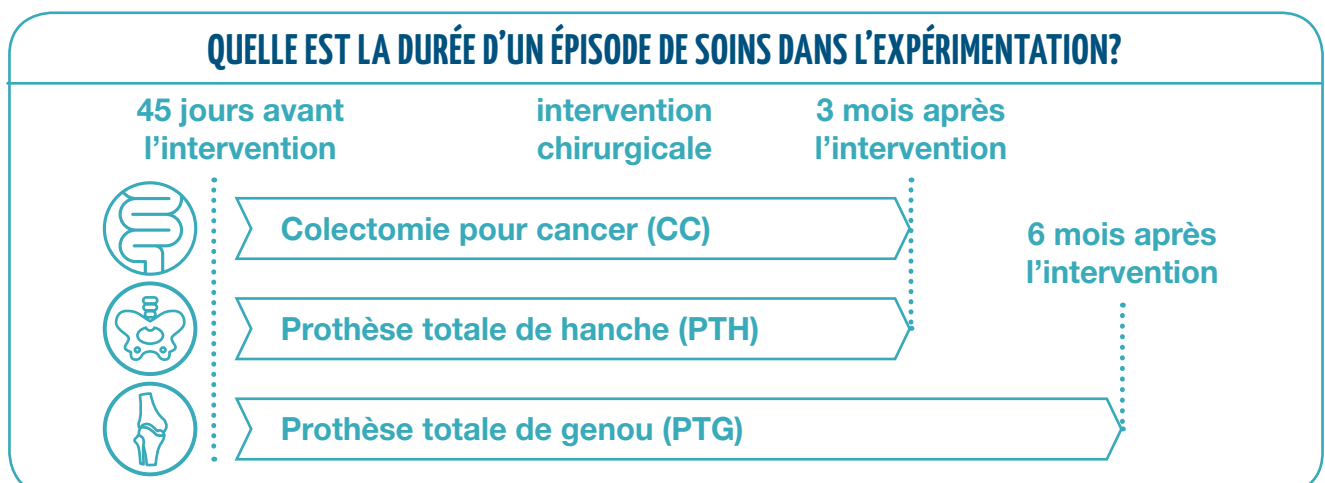
Le cahier des charges, la liste des expérimentateurs et l'appel à projet ont été publiés le 3 juillet 2019.

L'expérimentation a débuté en juillet 2019 pour 21 structures ayant participé aux travaux de co-construction. Une « seconde vague » d'équipe expérimentatrice, qui débutera l'expérimentation au 1er janvier 2020, sera sélectionnée à la fin de l'année 2019 sur la base d'un appel à candidatures national ouvert jusqu'au 30 septembre 2019 (voir l'article « Appel à projets »).



« Épisode de soins » (Eds)

La mise en place d'un paiement à l'épisode de soins chirurgical (comprenant l'amont, le séjour hospitalier et l'aval), en établissant un forfait globalisé de l'ensemble des prestations réalisées par les acteurs impliqués, poursuit un objectif d'amélioration de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité des soins et de la satisfaction des patients, grâce notamment à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et la coordination des acteurs intra et extra-hospitaliers.



QUE COMPREND LE FORFAIT ?

Certaines interventions d'acteurs concernés par la prise en charge en amont, pendant et après l'intervention chirurgicale.

Période pré-opératoire



Consultation
Chirurgien



Consultation
Anesthésiste



Soins Infirmiers,
actes de Masseurs-
Kinésithérapeutes**
et consultations
de médecine physique
et de réadaptation**



Séjour
initial* pour
l'intervention
chirurgicale

Période post-opératoire



Hospitalisations*
MCO, SSR et
HAD **en lien**



Consultation
Chirurgien



Soins Infirmiers, actes de
Masseurs-Kinésithérapeutes**
et consultations de médecine
physique et de réadaptation**

* Hors molécules onéreuses et dispositifs médicaux de la liste en sus ** Pour les épisodes de soins PTH et PTG uniquement

Afin de suivre l'atteinte d'objectifs fixés, des indicateurs de processus, de moyens et de résultats ont été définis conjointement avec la HAS et les participants à la co-construction de l'expérimentation. Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de mesurer la qualité et la pertinence de la prise en charge et leur évolution ;
- de mesurer l'impact de l'expérimentation sur la prise en charge des patients ;
- de prendre en compte les retours des patients ;
- de contribuer à évaluer la faisabilité et la robustesse d'un financement à l'épisode de soins.

COMMENT EST PRISE EN COMPTE LA QUALITÉ ?



Création d'une **enveloppe qualité dédiée complémentaire au forfait**



Redistribuée selon les résultats d'un **score qualité**



Calculé à partir **d'indicateurs de processus, de résultats et de retours patients** retenus lors des travaux de co-construction en lien avec la HAS

La mise en œuvre de l'expérimentation se déroulera en 3 grandes phases :

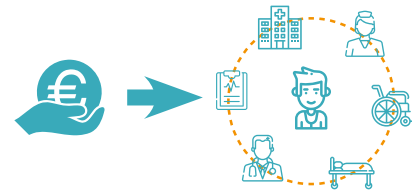
- Une phase d'apprentissage de 12 à 18 mois : cette première phase est une phase de simulation des résultats, sans impact financier et sans modification des règles de facturation actuelles. L'objectif est de permettre à l'ensemble des parties prenantes de l'expérimentation de s'en approprier les principes et modalités de mise en œuvre et de lancer la mise en œuvre des projets organisationnels.
- Une phase de financement rétrospectif de 2 années minimum : le modèle de financement est mis en œuvre, mais les règles de facturation ne sont pas modifiées durant la réalisation des événements inclus dans l'épisode de soins, et les acteurs de l'épisode continueront d'être rémunérés à l'acte ou à l'activité.
- Le calcul des résultats financiers prenant en compte la qualité des soins se fait a posteriori et permet d'obtenir au niveau de l'établissement un résultat positif, si les dépenses observées sont inférieures aux dépenses attendues, ou un résultat négatif, si les dépenses observées sont supérieures aux dépenses attendues. Dans les conditions précisées dans les cahiers des charges, ce résultat donne lieu à la redistribution d'un bonus ou à la récupération d'un malus.

COMMENT SONT CALCULÉS LES FORAITS ?

→ **Des forfaits ajustés pour chaque patient** prenant en compte leurs facteurs de risques et certaines caractéristiques du séjour initial



→ **Des forfaits nationaux, par secteur,** calculés sur une base historique à partir des dépenses encadrées par l'Assurance Maladie, et correspondants aux dépenses moyennes observées



- Une phase de financement prospectif : l'expérimentation a également pour objectif de tester la faisabilité d'un mode de financement prospectif, sous réserve des premiers résultats qui pourront être observés. Durant cette phase, le forfait EDS sera versé pour l'ensemble de la prise en charge au moment de l'entrée du patient dans l'épisode de soins. Il s'agit d'un forfait « pour solde de tout compte », versé à un destinataire unique en charge de répartir ensuite le montant entre les différents acteurs mobilisés dans la prise en charge.

L'évaluation du paiement à l'épisode de soins sera réalisée durant toute la durée de l'expérimentation par un évaluateur indépendant, sélectionné à l'issue d'un appel d'offres actuellement en cours. Une évaluation intermédiaire du modèle, du schéma de financement et des premiers résultats (médicaux, opérationnels et retours d'expérience), sera réalisée à l'issue des 3 premières années d'expérimentation.

Les cahiers des charges, la liste des expérimentateurs et les appels à projets (orthopédie et colectomie pour cancer) ont été publiés le 23 juillet 2019.

L'expérimentation débute dès 2019 avec 27 sites géographiques volontaires ayant participé aux travaux de co-construction dont 7 pour l'ensemble des prises en charge. Une seconde vague d'expérimentateurs sera lancée le 1^{er} janvier 2020 avec les acteurs sélectionnés dans le cadre de l'appel à candidatures ouvert jusqu'au 30 octobre 2019.



Art.
51

Innovation

En santé