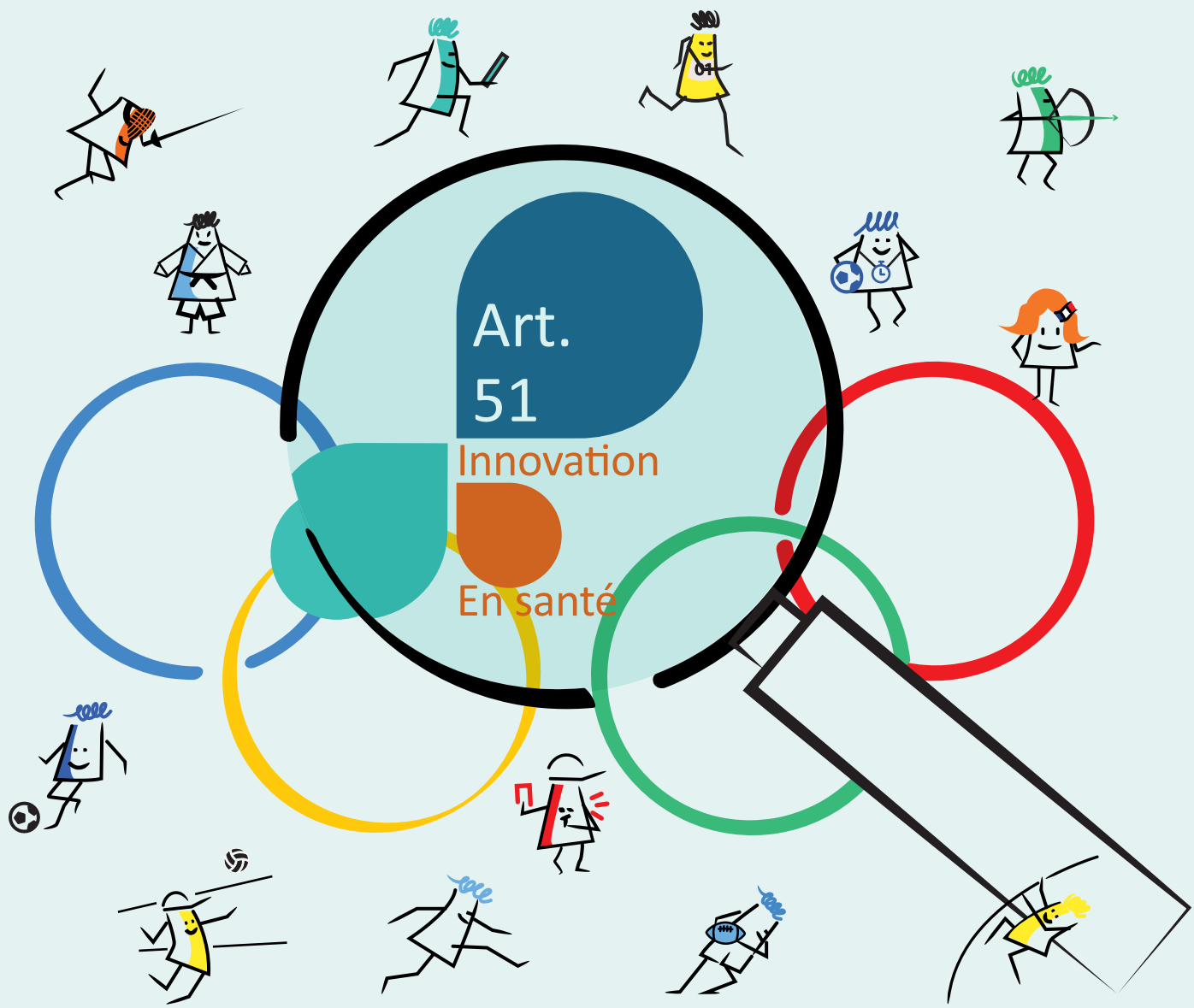
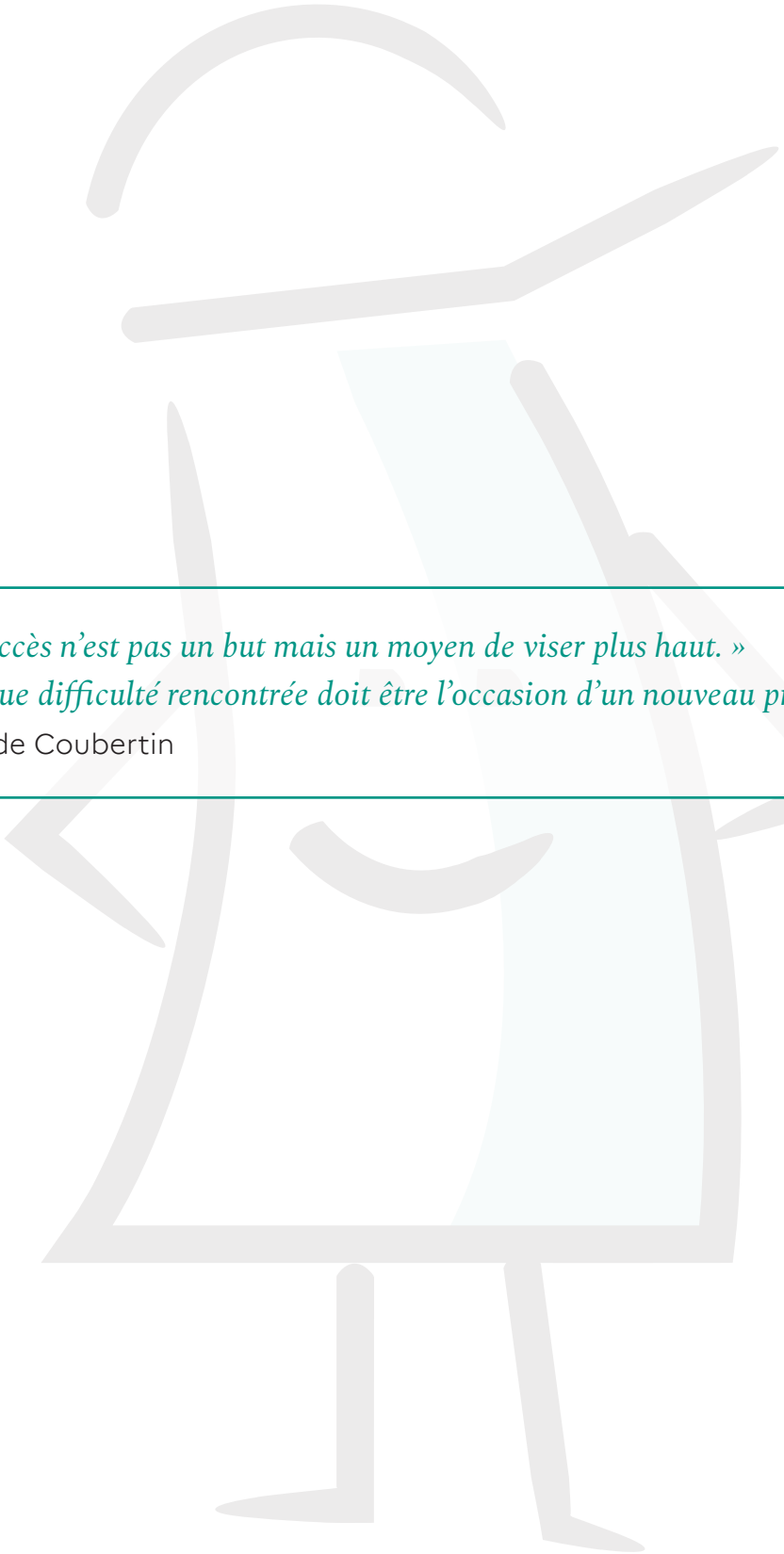
MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

Liberté
Égalité
Fraternité

RAPPORT AU PARLEMENT 2024
SUR LES EXPÉRIMENTATIONS INNOVANTES EN SANTÉ

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





« Le succès n'est pas un but mais un moyen de viser plus haut. »
« Chaque difficulté rencontrée doit être l'occasion d'un nouveau progrès. »
Pierre de Coubertin

ÉDITO

Geneviève DARRIEUSSECQ

Ministre de la Santé
et de l'Accès aux soins

En cette année 2024 et en clin d'œil aux Jeux olympiques et paralympiques à Paris qui nous ont tous inspirés cet été, le rapport file la métaphore sportive et nous invite, pour évoquer un sport qui m'est cher – le rugby, à **transformer l'essai** !

Initié il y a déjà six ans, l'**Article 51 a en effet atteint un tournant critique**. Au fil des années, nous avons fait face à de nombreux défis, mais notre engagement pour l'innovation n'a jamais faibli. En 2024, **nous assistons à l'aboutissement de 41 projets expérimentaux**, dont plus de la moitié se sont terminés au cours des huit premiers mois.

Cette année est donc décisive puisque nous passons d'une phase expérimentale à l'intégration des innovations les plus prometteuses dans le droit commun. Concrètement, et j'y suis particulièrement sensible en tant que ministre de la Santé et de l'Accès aux soins, ce processus d'évaluation rigoureux garantit que seuls les projets les plus bénéfiques pour les patients et les professionnels de la santé, et ceux qui sont financièrement viables pour le système, seront mis en œuvre à grande échelle.

Je vous souhaite une bonne lecture de ce rapport, qui retrace notre parcours et esquisse un aperçu de l'empreinte durable du dispositif Article 51 sur notre système de santé.

Sommaire

ÉDITO 3

LE 51 EN UN COUP D'ŒIL 8

RÉPARTITION DES 155 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES PAR SITUATION ET PATHOLOGIE EN UN COUP D'ŒIL 9

UN ENGAGEMENT FINANCIER ADAPTÉ AU FIL DES ANNÉES 10

RÉPARTITION DES 94 EXPÉRIMENTATIONS EN COURS DE DÉPLOIEMENT PAR RÉGION 11

LA DERNIÈRE ANNÉE EN IMAGES 12

1 **LA PRÉPARATION DES ATHLÈTES 18**

PRÉSENTATION DES ATHLÈTES 19

PRÉPARER NOS ATHLÈTES, C'EST LES STAFFER AU PLUS PRÈS DU TERRAIN 27

ZOOM SUR L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP) ET LES ACTIVITÉS ÉDUCATIVES : L'ÉNERGIE DES ATHLÈTES. 34

2 **ON FRANCHIT LES ÉPREUVES 39**

LA DERNIÈRE LIGNE DROITE AVANT L'ÉPREUVE FINALE 40

RÉUSSIR, CE N'EST PAS FRANCHIR LA LIGNE D'ARRIVÉE, C'EST AUSSI AVOIR LE COURAGE D'ARRÊTER 43

LE PODIUM, LA TRANSPOSITION DANS LE DROIT COMMUN ! 43

L'ÉVOLUTION CONCOMITANTE DU DROIT COMMUN : UN DÉFI POUR LE DISPOSITIF 51 44

LE TOUR DE REPÊCHAGE 45

ZOOM SUR L'ÉVALUATION 46

3 **ON PASSE LE RELAIS** 49

LE PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ (PCR) SE PRÉCISE 50

LES AUTRES VECTEURS SONT ÉGALEMENT MOBILISÉS 52

SANS OUBLIER L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA TRANSFORMATION 53

ZOOM SUR UNE ATHLÈTE DE HAUT NIVEAU AVEC UN STAFFING EXCEPTIONNEL : LA BPCO 53

ZOOM SUR L'ACCOMPAGNEMENT DES DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX DRAD POUR LE PASSAGE VERS DES CENTRES DE RESSOURCES TERRITORIAUX (CRT) 55

CONCLUSION 59

4 **LES ANNEXES** 60

ANNEXE 1 **LES ÉQUIPES AU 1er SEPTEMBRE 2024** 61

ANNEXE 2 **LES EXPÉRIMENTATIONS ET INNOVATIONS ET LES PRIORITÉS MINISTÉRIELLES** 62

ANNEXE 3 **LES DONNÉES D'ACTIVITÉS** 70

3.1 LE DEVENIR DES PROJETS 70

3.2 LA PRÉVENTION 71

3.3 OUTILS NUMÉRIQUES, PRODUITS DE SANTÉ ET TÉLÉSANTÉ – POUR LES 155 EXPÉRIMENTATIONS AYANT FAIT L'OBJET D'UNE AUTORISATION 72

ANNEXE 4 **LISTE DES ABRÉVIATIONS** 73

NOTE À L'ATTENTION DU LECTEUR

Les données de ce rapport sont au 31 juillet 2024, sauf mention particulière.

Les populations cibles du 51

Chaque expérimentation s'adresse à **une ou plusieurs catégories de population différente(s)** : les nouveaux nés, les enfants, les femmes et/ou les couples en âge de procréer, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, la population générale, les personnes en situation de précarité.

Les populations cibles des expérimentations sont identifiées selon la liste ci-dessous :

- la population générale,
- les enfants et/ou les jeunes,
- les femmes et/ou les couples en âge de procréer et/ou nouveaux nés,
- les personnes âgées,
- les personnes en situation de handicap,
- les personnes âgées et/ou les personnes en situation de handicap (PA&PH) quand les effectifs, ne sont pas différenciés dans les cahiers des charges,
- les populations précaires (dont les migrants).

Les situations et les pathologies du 51

Les parcours et les prises en charge développés dans le dispositif 51 concernent majoritairement des prises en charge de pathologies (aigues ou chroniques), des situations particulières mais également des approches territoriales pour répondre à tout type de situation.

Les pathologies

- les addictions
- les affections cutanées
- les allergies
- les cancers
- la dénutrition
- le diabète
- l'insuffisance rénale
- les maladies cardiovasculaires
- les maladies chroniques et les polypathologies
- les maladies du sang
- les maladies infectieuses
- les maladies neurologiques et neurodégénératives
- les maladies ostéoarticulaires et les traumatismes
- les maladies respiratoires
- la santé buccodentaire
- la santé mentale
- la santé sexuelle
- le surpoids et l'obésité
- la filière visuelle
- la transplantation

Les situations

- la reproduction et la périnatalité
- les situations cliniques liées au vieillissement
- le soutien à l'autonomie
- les situations de vulnérabilité

L'approche territoriale

- une réponse organisée aux besoins de santé d'une population sur un territoire donné

Différence entre expérimentation et innovation

L'expérimentation devient, à l'issue de la phase expérimentale, une innovation dès lors qu'après une évaluation positive, elle entre en phase transitoire aussi dénommée sas de transition (sas). Cette entrée en période transitoire se fait après l'avis favorable sur l'opportunité de généraliser rendu par le comité technique (CTIS) et le conseil stratégique (CSIS) de l'innovation en santé. Elle est alors en attente de la transposition en droit commun et n'est plus en phase expérimentale.

LE 51 EN UN COUP D'ŒIL

1 258 projets déposés

155 projets autorisés
dont **61** expérimentions terminées
dont **25** innovations en période transitoire

1,5 M futurs bénéficiaires du dispositif

641,2 M€ engagés

111 protocoles d'évaluation validés

D'après les chiffres clés CTIS de juillet

LE MANIFESTE DU 51

1. Un dispositif ouvert à tout acteur du système de santé souhaitant porter un projet innovant pour contribuer à la transformation du système de santé.

2. Un objectif de test d'organisation et/ou de financements, sur un périmètre réduit, susceptible d'être étendu au système de santé si le test est concluant.

3. Un large champ de dérogations qui invite à penser hors cadre et s'extraire des règles établies.

4. Une démarche partenariale qui associe toutes les parties prenantes pour améliorer la robustesse des projets grâce aux regards croisés.

5. Une approche collaborative où les projets sont coconstruits : faire avec les porteurs de projets et non à leur place !

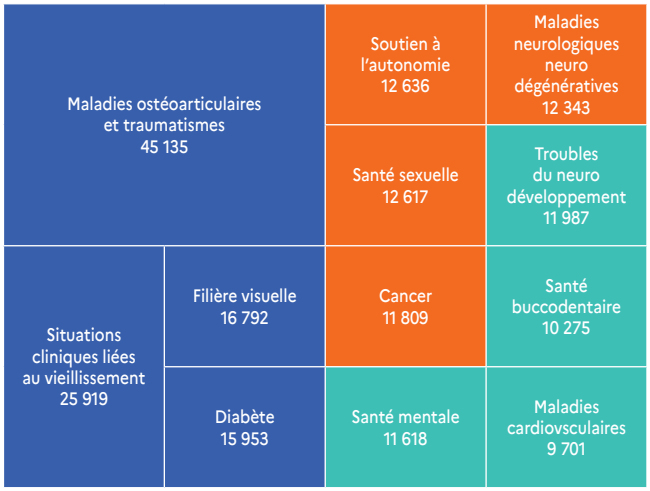
6. Un cadre expérimental qui autorise le droit à l'erreur, dans une logique incrémentale et apprenante car on ne peut pas tout prévoir à l'avance !

LES ÉTAPES CLÉS DU 51

- **2018** — Création du dispositif
- **2019** — Premières autorisations
- **2020** — Test de l'accélérateur 51 ; Première année de mise en œuvre des XP
- **2021** — Fin des premières expérimentations
- **2022** — Premiers rapports d'évaluation ; Première généralisation (MRTC)
- **2023** — Première mobilisation de la période transitoire ; 1er SAS
- **2024** — Généralisation DRAD ; Création PCR

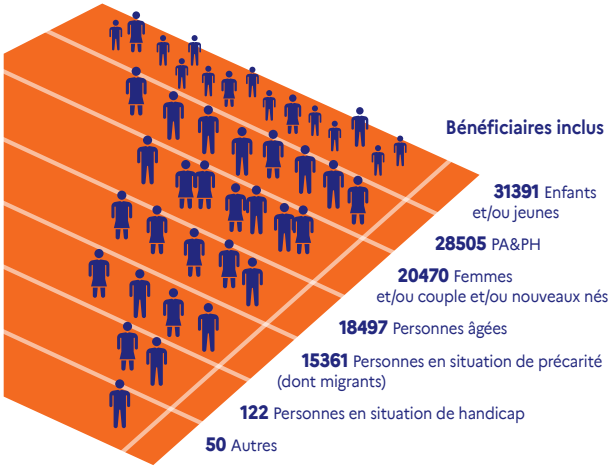
LES PRINCIPALES PRISES EN CHARGE

12 principaux types de prise en charge ciblée pour l'ensemble des XP autorisées et terminées **en nombre de bénéficiaires inclus**.



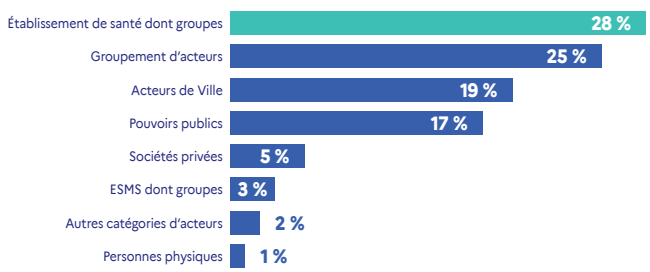
LA POPULATION CIBLÉE

Part de chaque type de population ciblée pour l'ensemble des XP autorisées et terminées, **en nombre de bénéficiaires inclus**.

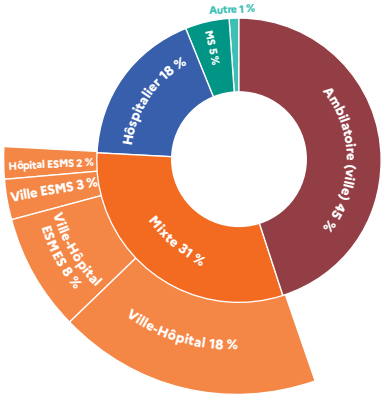


LES CATÉGORIES DE PORTEURS RESTENT STABLES

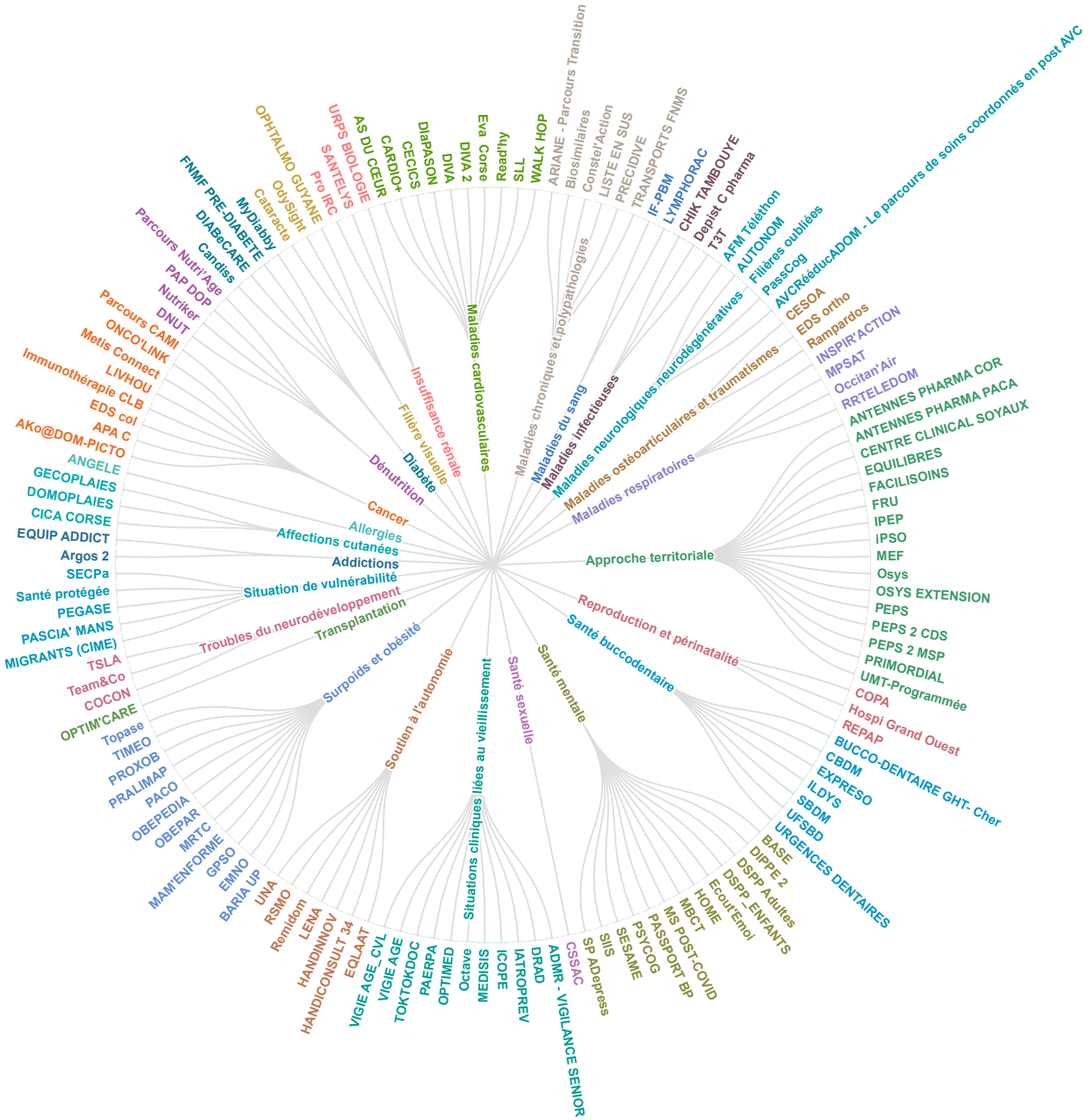
Un peu plus de 50 % des expérimentations portées par des groupes d'acteurs ou des établissements de santé.



UN FINANCEMENT MAJORITAIRE DU SECTEUR AMBULATOIRE

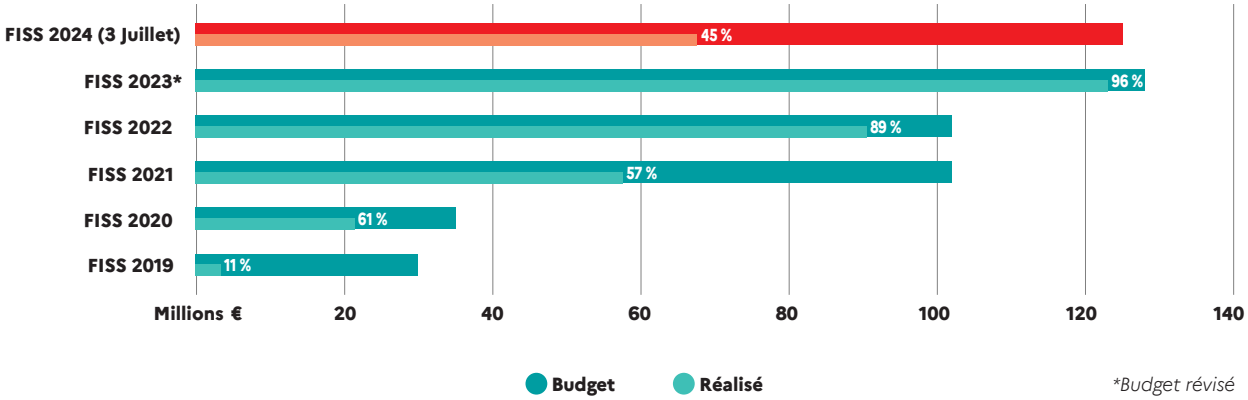


RÉPARTITION DES 155 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES PAR SITUATION ET PATHOLOGIE EN UN COUP D'ŒIL



UN ENGAGEMENT FINANCIER ADAPTÉ AU FIL DES ANNÉES

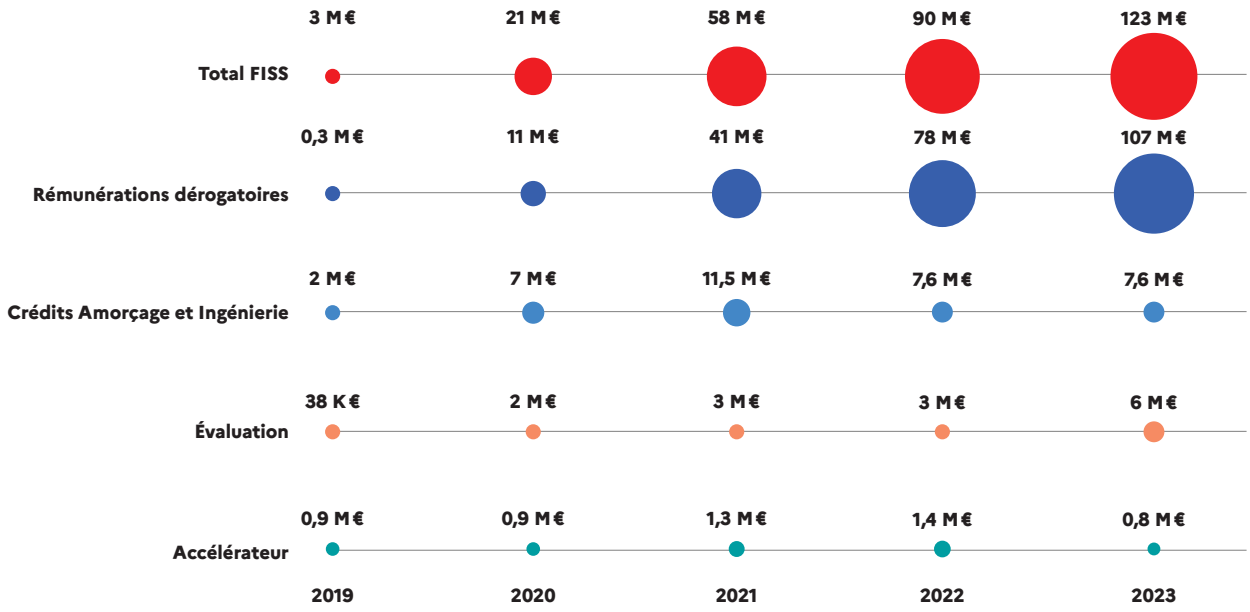
La baisse du nombre d'expérimentations en cours de déploiement en 2023 et 2024 est compensée par les mobilisations de période transitoire qui restent financées par le FISS, celles-ci intervenant sur des expérimentations souvent conséquentes. Pour la première fois en 2023, le budget FISS a été saturé et un nouvel arrêté a dû être pris en fin d'année pour relever le budget initial qui s'élevait à 102 M€. En 2024, l'autorisation budgétaire initiale a été portée à 125 M€. Le suivi rapproché permettra, le cas échéant, de réajuster le montant autorisé fin 2024.



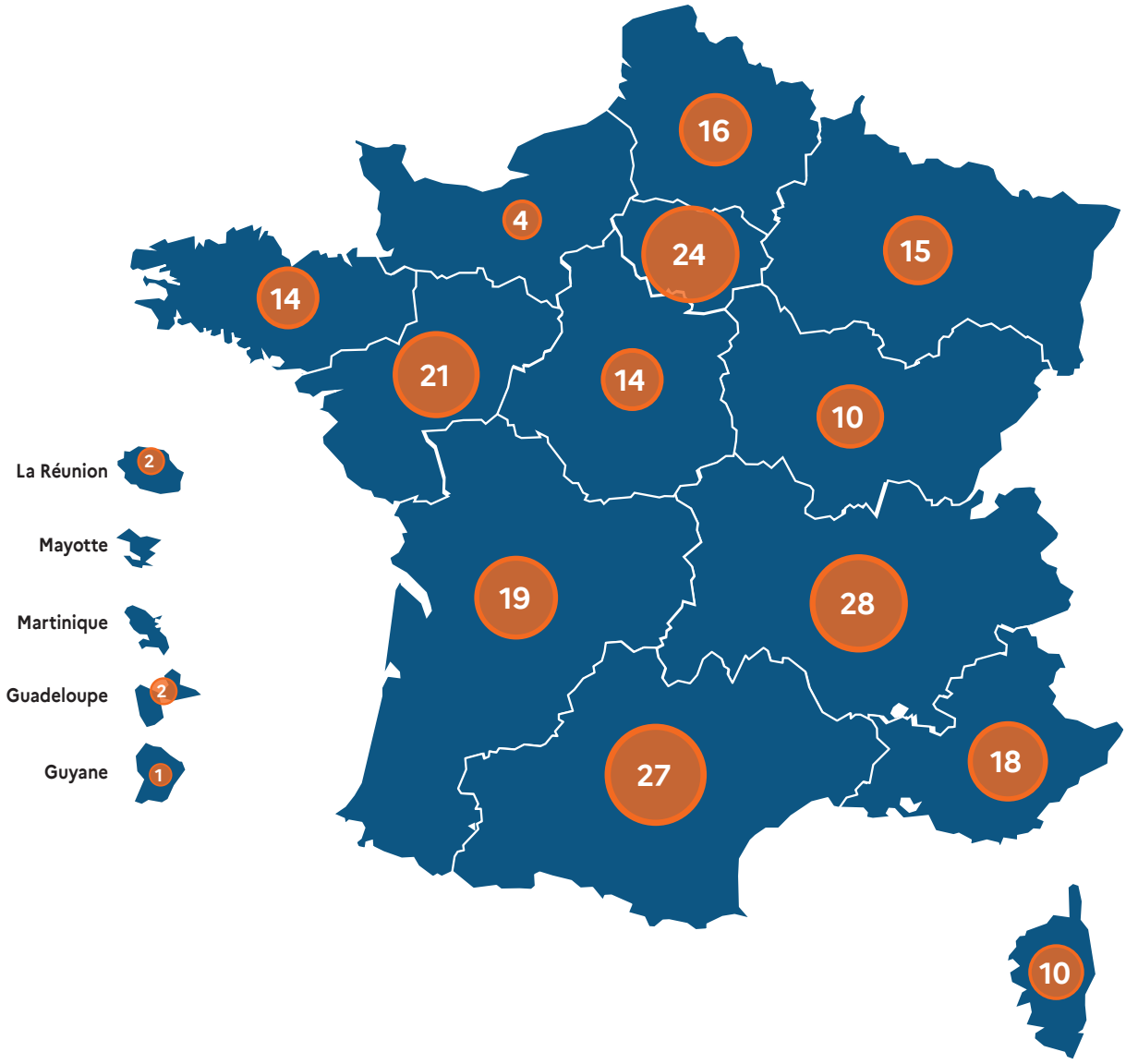
*Budget révisé

Les rémunérations dérogatoires constituent la quasi-totalité du financement (87 % en 2023 et 2024) et bénéficient directement à la prise en charge des bénéficiaires des expérimentations.

ÉVOLUTION DES POSTES DE FINANCEMENT FISS (DÉPENSES EXÉCUTÉES)



RÉPARTITION DES 94 EXPÉRIMENTATIONS EN COURS DE DÉPLOIEMENT PAR RÉGION



LA DERNIÈRE ANNÉE EN IMAGES

Novembre 2023

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51

5e édition de la Journée nationale des porteurs de projet

Plus de 450 participants : porteurs de projets, référents 51 des ARS, de l'Assurance maladie et du ministère de la Santé et de la Prévention, ont participé à cette journée riche en rencontres et partages d'expériences.
Cette année, en plus des ateliers thématiques, un nouveau format a été proposé en adaptant la méthode « World Café ». Ces ateliers itinérants ont été l'occasion de réfléchir à la capitalisation sur les fins d'expérimentations et la réussite du parcours patient coordonné.

Décembre 2023

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51

Séminaire « Réseaux » avec l'ensemble des référents 51

Ce séminaire en distanciel a porté sur la phase transitoire de l'expérimentation, la construction du droit commun et le rôle des référents régionaux dans les différentes voies de sortie d'une expérimentation.

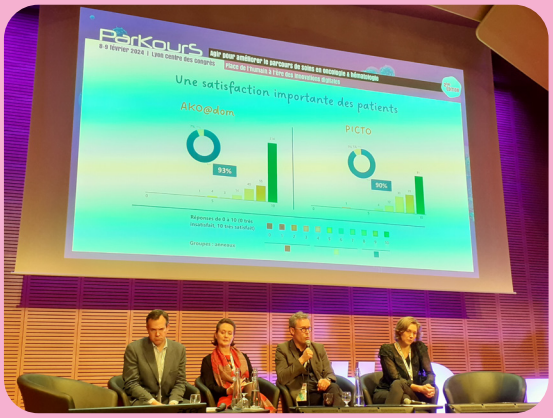
Janvier 2024

S'inspirer et inspirer

Conférence Grandes tendances de la e-santé

Février 2024

S'inspirer et inspirer



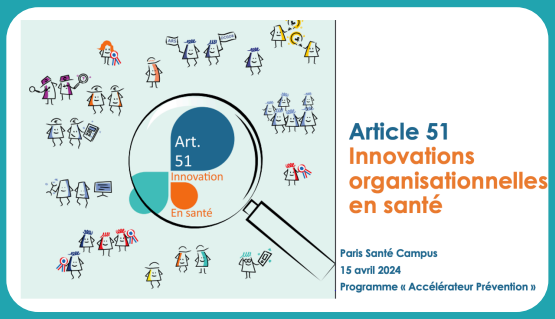
Congrès PARKOURS, Agir pour améliorer le parcours de soins en oncohématologie (Lyon) : « Place de l'humain à l'ère des innovations digitales »

Avril 2024

Orienter et transformer

Réunion du conseil stratégique de l'innovation en santé

S'inspirer et inspirer



Accélérateur de prévention numérique PariSanté Campus – Bpifrance : « De l'expérimentation au droit commun, quelle place pour les innovations ? »

Avril 2024
S'inspirer et inspirer

12e édition du Programme Roche en Économie de la Santé (PRES) : « Expérimentation Article 51 & transformation des parcours de soins et/ou de vie »

Mai 2024
S'inspirer et inspirer

27e colloque national de la Fédération Santé Habitat : « Quelles innovations au parcours dans le domaine de la grande précarité ? »

Mai 2024
S'inspirer et inspirer

Le 51 à l'international : European Digital HealthTech Conference 2024

Mai 2024
S'inspirer et inspirer

6es Journées des consultations dédiées au Handicap - SOFCODH

Mai 2024
S'inspirer et inspirer

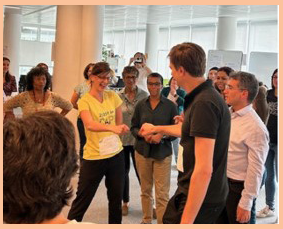
15 ans de Pharma Système Qualité : « Des solutions innovantes pour les pharmacies »

Mai 2024
S'inspirer et inspirer

SantExpo : Agora organisée par Unicancer : « Et si on travaillait tous ensemble ? Innovation organisationnelle en cancérologie

Juin 2024

Se rencontrer, échanger et partager autour du 51



Bouger, créer, partager ! Une journée olympique pour le collectif 51 !
Un séminaire sportif, collectif et transformant avec l'ensemble des référents 51 des ARS, de l'Assurance maladie à l' échelon régional et national et du ministère de la Santé et de la Prévention, en baskets !

Et près de 100* ateliers de mise en œuvre des XP, accélérateurs Cahier des charges, accompagnement renforcé, fin d'expérimentation et capitalisation.

*Nombre d'ateliers entre oct. 2023 et sept. 2024

Interview de Natacha Lemaire
par Cécile Lambert

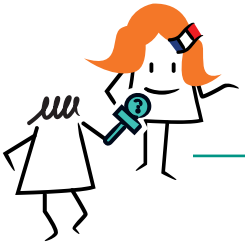
Dans quelles circonstances as-tu pris les rênes du 51 ? Qui te l'a proposé ? Quel bagage avais-tu pour qu'on considère que tu étais LA personne pour le poste ?

Mon retour des États-Unis en septembre 2017, où j'ai étudié pendant l'année universitaire précédente une innovation de la loi dite Obamacare (les Accountable Care organisations), a coïncidé avec la préparation du PLFSS dans lequel la mesure de création du dispositif figurait (en son Article 51). Les ACOs étaient portés par le centre d'innovation de Medicare et Medicaid, qui a été une source d'inspiration importante pour les concepteurs de l'Article 51. Cette expérience a été déterminante dans la proposition qui m'a été faite, d'abord par les directeurs sponsors du dispositif puis par la ministre de la Santé de l'époque, Agnès Buzyn d'être la première Rapporteure générale du dispositif, d'autant que j'avais déjà à la CNAM assuré le lancement et le déploiement d'un nouveau programme d'accompagnement des patients à large échelle.

Quelles transformations marquantes retiendras-tu du 51 ?

Le dispositif tel qu'il est, résulte du collectif et des personnes qui l'ont fait vivre et animé depuis sa création il y a 6 ans. Il est original – unique - dans la posture de chacun et les méthodes de travail mobilisées. Avec un portefeuille de plus de 150 expérimentations et près de 700 M € de budget engagés sur 10 ans, l'innovation organisationnelle est maintenant reconnue et identifiée. Elle fait l'objet d'un investissement non négligeable de la part de l'État et l'Assurance maladie et la tendance devrait se poursuivre ces prochaines années.

Un fort acquis du dispositif réside dans le collectif créé entre l'État et l'Assurance maladie, et les échelons national et régionaux. Cette proximité et confiance constitue un atout considérable pour mener à bien les projets, même si l'alignement de nombreux acteurs peut se révéler chronophage et source de délai. Il en résulte une grande force une fois les obstacles surmontés. La communauté des parties prenantes du dispositif est également puissante et constitue une ressource enrichissante et quasi inépuisable.



Tes meilleurs souvenirs ?

Les premiers séminaires avec les référents ARS/AM et la première Journée nationale des porteurs pour l'énergie dégagée et la joie communicative des participants de partager leur expérience et leurs attentes.

L'animation du collectif est essentielle dans ce que nous avons créé. Ces temps forts ont eu pour points communs de ne pas être dans les locaux du ministère ou de l'Assurance maladie pour aider à nous décentrer et d'occuper des sites parfois assez éloignés du monde administratif. La première journée en 2019 s'est ainsi déroulée dans une salle de concert à Montreuil, et je me souviens encore de mon vertige la veille de l'événement après la préparation du site, celui-ci étant particulièrement décalé pour un rassemblement professionnel. Cette première manifestation fut un immense succès et a inscrit cette journée dans la durée, celle-ci restant encore aujourd'hui un moment à ne pas manquer chaque année depuis lors.

Le collectif, né de ce dispositif, est sans doute une de mes plus grandes fiertés.

Et maintenant, quels sont les défis à venir ?

Continuer à penser hors cadre et réussir le passage dans le droit commun des premières expérimentations actuellement en phase transitoire.

L'ambition du dispositif est de transformer le droit commun à partir des expérimentations qui ont montré leur intérêt après évaluation de celles-ci. Elle est particulièrement exigeante pour les services de l'État ou de l'Assurance maladie qui doivent construire un futur droit commun à partir d'un projet qui ne rentrait pas dans les cases et dont ils ne sont pas à l'origine. Cela parait simple à énoncer mais la réalisation peut se révéler particulièrement complexe et délicate. Réussir ce défi suppose de se réapproprier les expérimentations et les intégrer à ses propres priorités et feuille de route. Ce passage ne va pas de soi et nécessite souvent beaucoup de discussions et de persévérance, car l'innovation peut déranger et perturber le quotidien des équipes.

Une partie du chemin a été faite mais il reste à conclure et ce sera à Cécile de le faire avec la dream team et l'ensemble des référents. Le 51 est une aventure humaine passionnante et exigeante. Je lui souhaite ainsi qu'au collectif, tous mes vœux de réussite pour tenir la promesse de transformation du droit commun à partir d'initiatives de terrain.

1

LA PRÉPARATION DES ATHLÈTES

L'Article 51 donne aux acteurs l'opportunité de tester de nouvelles approches (organisationnelles et/ou financières) pour répondre à leurs besoins de terrain. Il s'agit pour eux de trouver des réponses à des problématiques insolubles dans le droit commun. Trois thématiques de prise en charge pour lesquelles des expérimentations se terminent en 2024 sont illustrées dans ce chapitre pour montrer leur impact sur les parcours des patients. Il met également en lumière le rôle essentiel des réseaux des ARS et de l'Assurance maladie dans l'orchestration de prises en charge territorialisées avec ou sans l'appui de nos dispositifs d'accompagnement (accélérateur et communautés de pratique). La place des activités d'éducation thérapeutique dans les expérimentations 51 fait l'objet d'un « zoom ».
À noter que les cartographies ne tiennent pas compte des expérimentations terminées sauf si elles ont abouti à une période transitoire en cours.

PRÉSENTATION DES ATHLÈTES

La course de fond : 10 000 m pour combattre l'obésité

9 expérimentations et 1 innovation[1] en période transitoire pour prévenir et prendre en charge l'obésité

Selon l'OMS, en 2022, une personne sur huit dans le monde vivait en situation d'obésité[2]. Une incidence en constante augmentation que l'OMS estime en voie de concerner plus d'un milliard d'adultes dans le monde d'ici 2030[3]. L'obésité présente des formes cliniques hétérogènes, allant de l'obésité simple aux obésités massives et complexes, dites morbides. Elle s'accompagne d'une altération de la qualité de vie, de troubles psychiques, de complications mécaniques (arthrose, insuffisance respiratoire, apnée du sommeil) et métaboliques (troubles de la régulation glycémique, lipidique, inflammation chronique, infiltration adipeuse), de maladies cardiovasculaires, de cancers. Elle est associée à un poids socio-économique important aussi bien en termes de coûts directs[4] pour le système de santé que de coûts indirects[5] pour la société. Le sujet a fait l'objet de nombreux rapports parmi lesquels celui de la Cour des Comptes « La prévention et la prise en charge de l'obésité » en 2019, du Sénat « *Surpoids et obésité, l'autre pandémie* » en 2022, du professeur LAVILLE en 2023 « *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France* ».

Une nouvelle édition de la série d'enquêtes Obépi-Roche, coordonnée par l'Inserm, a été lancée par la Ligue contre l'obésité en 2020 et révèle l'étendue du problème en France, soulignant que 47,3% des adultes seraient obèses ou en surpoids. Si la prévalence du surpoids reste stable à hauteur de 30%, celle de l'obésité a en revanche connu une forte progression, passant de 8,5% en 1997 à 17% en 2020.

La prise en charge de l'obésité est pluridisciplinaire. Elle nécessite une évaluation complète des déterminants de l'obésité, des complications éventuelles et doit intégrer le dépistage et le traitement des comorbidités, l'amélioration de la qualité de vie et de la mobilité. Cette prise en charge se heurte principalement à la difficulté d'accès aux soins pour tous par l'insuffisance de professionnels formés, à l'absence ou l'insuffisance de remboursement de certains actes ou produits de santé (paramédicaux, psychologues, biologie, activité physique adaptée (APA), compléments vitaminiques, nouveaux médicaments...) et au cloisonnement qui persiste entre les différents intervenants et ce malgré l'implantation des centres spécialisés d'obésité (37) pour les adultes

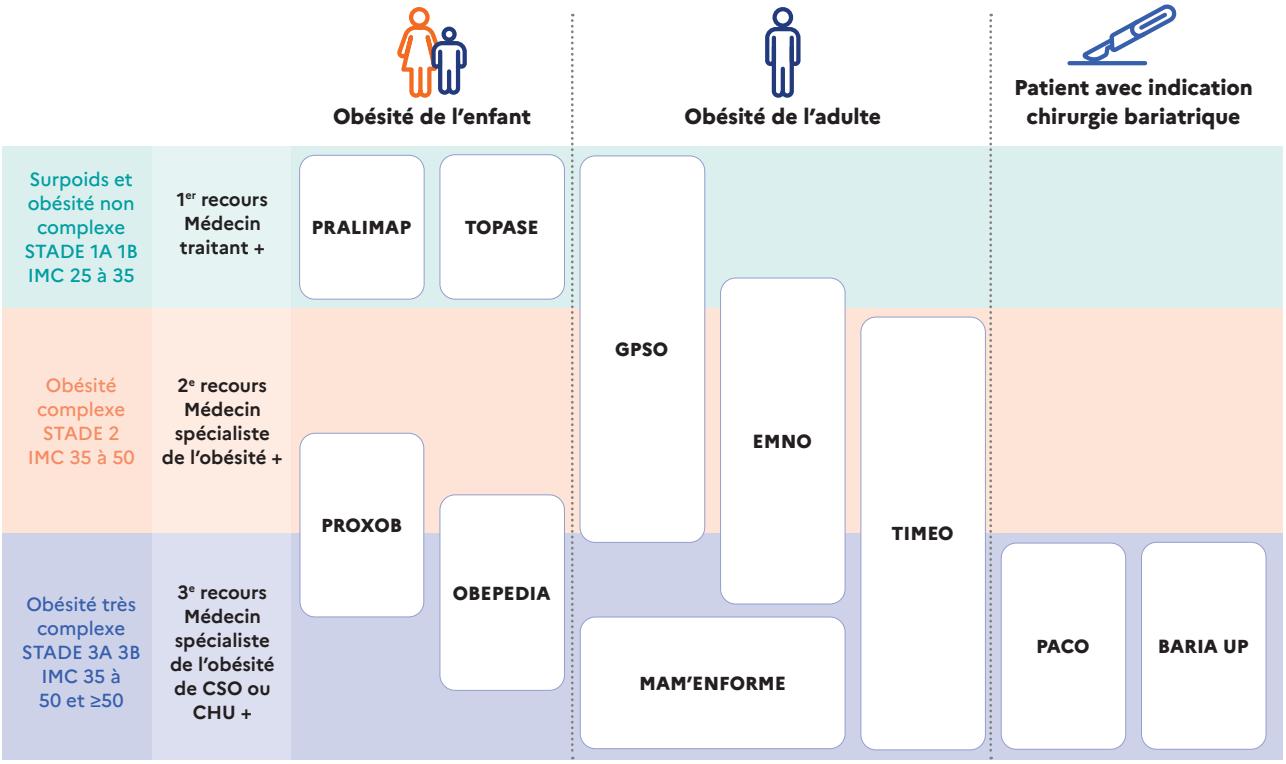
1. Une innovation en période transitoire est une expérimentation dont l'évaluation positive a permis la validation de son passage dans le droit commun par le conseil stratégique de l'innovation en santé.
2. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
3. 75th World Health Assembly in 2022, Acceleration Plan to Stop Obesity
4. Trésor-éco– n° 179 – Septembre 2016, Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ?
5. OECD (2019), The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/67450d67-en.

et les réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique.

Les acteurs se sont ainsi emparés du dispositif de l'Article 51 pour proposer des organisations innovantes en intégrant les différentes dimensions du dépistage, de la prévention, des soins et la nécessaire transversalité avec des acteurs tels que l'Éducation nationale et les collectivités territoriales.

Ces expérimentations et innovations s'adressent tant aux acteurs de la médecine de ville qu'aux acteurs hospitaliers.

Ces organisations innovantes ont en commun de consolider la prise en charge des personnes en situation d'obésité en misant sur l'accès à une offre de soins lisible et graduée en fonction de la complexité de la situation du patient, allant du dépistage au troisième recours, favorisant la prise en charge de proximité et familiale pour les enfants et le développement d'outils pédagogiques en ligne.



Pralimap : Dépistage chez tous les enfants scolarisés en classe de quatrième sur le territoire de Guadeloupe, et prise en charge précoce des situations.

Topase : Parcours médico-éducatif de prise en charge personnalisée de l'enfant par des professionnels de premiers recours. Repose sur un maillage territorial de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et de médecins libéraux.

Proxob : Interventions pluridisciplinaires au domicile de l'enfant, incluant toute la cellule familiale, pour engager des modifications thérapeutiques du mode de vie.

Obepedia : Prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant, incluant bilans, coaching téléphonique, visites à domicile puis une intervention intensive multimodale.

GPSO : Parcours médico-éducatif personnalisé avec des professionnels de premiers recours incluant enseignants en activité physique adaptée (EAPA), psychologues et diététiciens.

EMNO (en période transitoire) : Parcours médico-éducatif de second recours renforcé par une plateforme pédagogique.

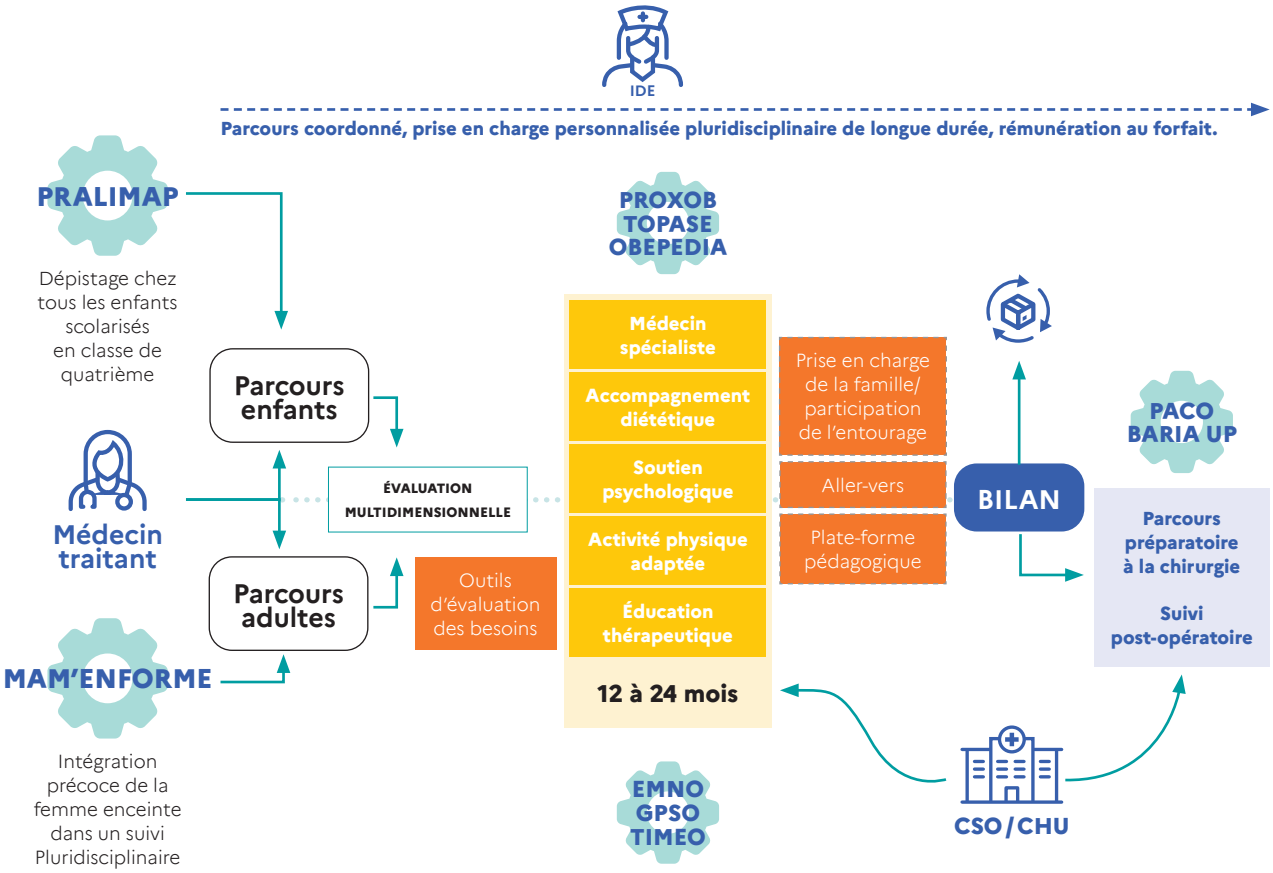
TIMEO : Prise en charge multidisciplinaire dans un hôpital privé reposant sur un algorithme de personnalisation des soins.

Mam'enforme : Prise en charge des femmes enceintes vulnérables en situation d'obésité auxquelles on propose un accompagnement renforcé avec médiateur en santé, incluant de l'APA, un soutien psychologique et une prise en charge de l'obésité à l'occasion du séjour à l'hôpital pour la grossesse.

PACO : Parcours médico-éducatif pré et post-chirurgie bariatrique, avec ateliers multidisciplinaires individuels ou collectifs.

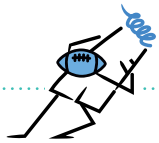
Baria up : Partenariat entre centres spécialisés obésité (CSO) et soins médicaux et de réadaptation (SMR) pour la préparation à la chirurgie bariatrique puis le suivi post-opératoire, renforcé pendant les deux premières années car pas de durée pour les autres.

LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES COMMUNES DES EXPÉRIMENTATIONS OBÉSITÉ.



Caractéristiques communes des expérimentations obésité

Au vu des résultats positifs de l'évaluation de l'expérimentation « EMNO » et des recommandations de la Haute autorité de santé issues des deux guides « *Parcours de soins : surpoids et obésité de l'adulte* » de février 2024 et « *Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent(e)* » d'avril 2023, un premier modèle de parcours pour la prise en charge de l'obésité de l'adulte de second recours est en cours d'élaboration et pourrait être publié début 2025, sous la forme d'un Parcours Coordonné Renforcé (PCR). S'agissant de la prise en charge des enfants, un premier parcours a déjà été transposé en droit commun à l'issue de l'expérimentation Mission Retrouve Ton Cap (MRTC). Ils s'inscrivent tous deux dans le cadre plus large de la « grappe obésité » dont les différents modèles organisationnels issus des expérimentations 51 pourront s'inscrire dans le droit commun sous réserve de leurs résultats d'évaluation respectifs.



Transformer l'essai !

7 expérimentations et 1 innovation en période transitoire au service de la cardiologie

Les maladies cardiovasculaires[6] sont la 1re cause de mortalité chez la femme et la 2nd chez l'homme. Elles représentent 23% des décès en France. Elles sont associées à un poids socio-économique important aussi bien en termes de coûts directs[7] pour le système de santé que de coûts indirects pour la société.

La prévalence des pathologies cardiovasculaires[8] est en constante augmentation avec une croissance annuelle moyenne de 3% alors que la démographie des cardiologues est défavorable avec 180 nouveaux arrivants pour 240 départs en retraites par an[9].

La densité des cardiologues est très variable d'un territoire à un autre avec une densité moyenne de cardiologues de 10,7 pour 100 000 habitants[10], densité assez proche de celle des ophtalmologistes (8,7 pour 100 000 habitants) et les modes d'exercice se répartissent entre le secteur hospitalier et la médecine de ville avec 26% des cardiologues exerçant en secteur hospitalier, 45% en secteur libéral et 29% ayant un exercice mixte. Ces deux éléments rendent l'offre de soins en cardiologie peu lisible et difficile d'accès avec des délais moyens d'accès à un cardiologue de 10 semaines[11].

L'évolution des pathologies cardiovasculaires telles que l'insuffisance cardiaque ou le syndrome coronarien est marquée par des épisodes aigus de décompensation ou d'ischémie cardiaque qui nécessitent des hospitalisations pour 83% des patients et pour lesquels l'enjeu est de contrôler l'évolution de la maladie et d'éviter de nouvelles aggravations invalidantes.

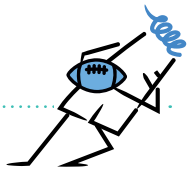
Malgré les recommandations des sociétés savantes et de la HAS, les constats sont :

- l'absence de coordination des parcours de soins entre la ville et l'hôpital ;
- 50% des patients ayant une insuffisance cardiaque ne bénéficient pas d'une optimisation thérapeutique[12] ;
- 70% des patients n'ont pas accès à une réadaptation cardiaque après une décompensation cardiaque ou un accident ischémique[13].

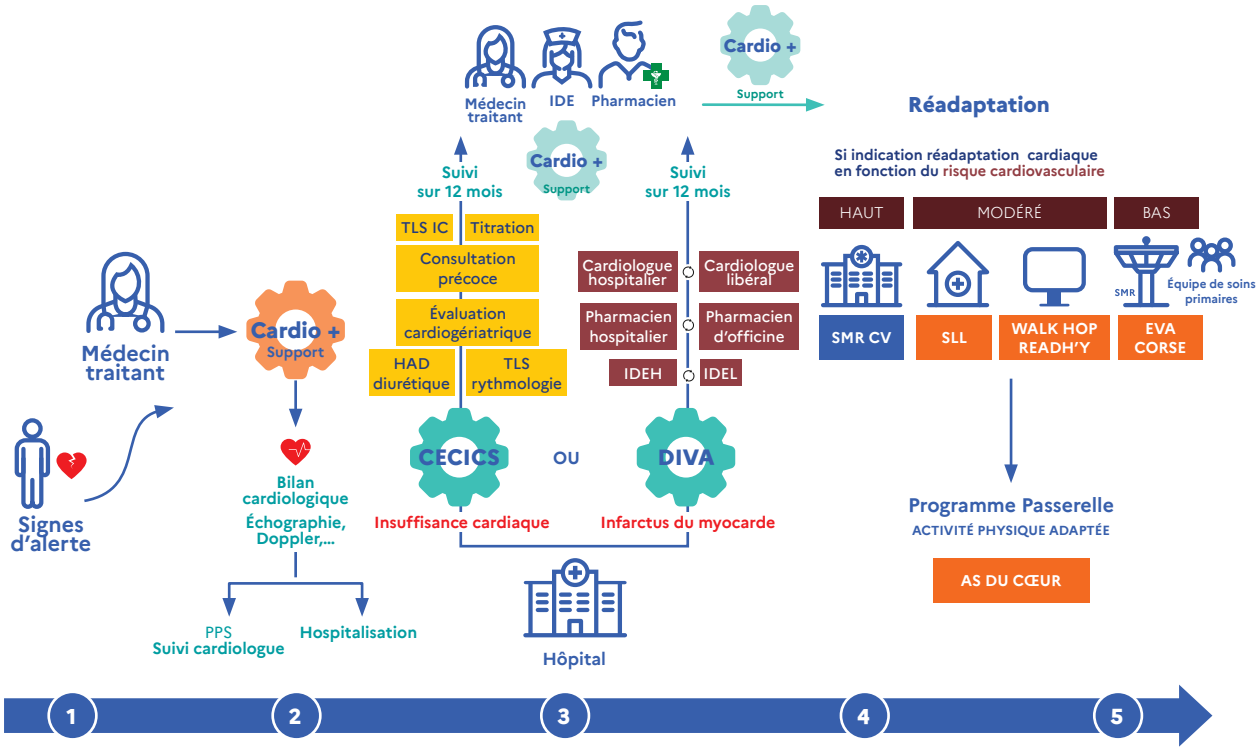
La communauté de cardiologie[14] s'est emparée du dispositif Article 51 pour en faire le terrain de 8 expérimentations d'organisations innovantes. Ces expérimentations s'adressent tant aux acteurs de la médecine de ville qu'aux acteurs hospitaliers.

Ces organisations innovantes cherchent à apporter une expertise en cardiologie de haut niveau à des moments critiques des parcours des patients atteints de maladies cardiovasculaires, en développant des structures multidisciplinaires pour coordonner, optimiser les parcours de soins. Une approche collaborative y est développée pour assurer un suivi optimisé des patients en médecine de ville en amont et en aval de l'hôpital. Des outils collaboratifs de bonnes pratiques sont élaborés et mis à disposition des professionnels de santé impliqués dans les prises en charge des patients. Différentes modalités de télémédecine sont mises en œuvre pour faciliter l'accès, soit à une expertise cardiologique, soit à un programme de réadaptation cardiaque, soit à un suivi longitudinal. La prévention secondaire a également une place toute particulière dans ces expérimentations.

6. 5,3 millions de patients – Rapport Charges et produits 2024
7. 19,4 Mds€ soit 10,5% des dépenses AM – Rapport Charges et produits 2024
8. Rapport charges et produits 2024
9. Atlas démographie médicale 2022 – Cnom,
10. http://www.data.drees.sante.gouv.fr
11. Baromètre FHF France Info Mars 2024
12. Mebazaa A et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02076-1
13. Grave C et al.Evolutions nationale et régionales de l'admission en réadaptation cardiaque après un syndrome coronarien entre 2009 et 2021 : des disparités persistantes. Bull Epidemiol Hebd.2024 ;(8) :164-74 Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire (santepubliquefrance.fr)
14. Syndicat national des cardiologues libéraux, CNPCV, GERS



FILIÈRE CARDIOLOGIE A 51



La complémentarité de ces expérimentations permet de dessiner et structurer des articulations entre les différents modes d'organisation à l'échelle de chaque bassin de santé et d'orienter les patients vers le niveau de recours le plus adapté tout en assurant la soutenabilité de la prise en charge dans un contexte démographique tendu.

Cardio+ : une équipe de soins spécialisés (ESS) en cardiologie permet d'apporter une expertise cardiologique à des populations isolées et non mobilisables à l'aide d'équipes mobiles et différentes modalités de la télémédecine.

CECICS (en période transitoire) : une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère composée d'une équipe hospitalière de cardiologues et d'infirmiers formés à l'insuffisance cardiaque. Cette cellule d'expertise assure le suivi des patients en insuffisance cardiaque sévère et très sévère. Elle facilite la prise en charge ambulatoire en permettant une surveillance à distance et en simplifiant le parcours de soins avec un contact direct auprès des professionnels dédiés.

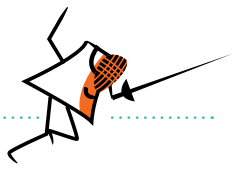
DIVA : Dijon Vascular Project vise à assurer le suivi des patients ayant eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral en confiant en alternance les consultations qui jalonnent le parcours des patients à des infirmiers hospitaliers et libéraux et à des pharmaciens hospitaliers et d'officine tout en conservant un lien direct avec les médecins généralistes, les neurologues et les cardiologues.

SLL : Structure libérale légère est une organisation souple en médecine de ville. Elle vise à proposer aux patients nécessitant une réadaptation cardiaque un programme de réadaptation personnalisée et délivré par une équipe pluriprofessionnelle composée de cardiologues, d'infirmiers et d'enseignants en activité physique adaptée.

EVA Corse : propose la prise en charge selon un chemin clinique établi par le centre de réadaptation cardiovasculaire, des patients en prévention primaire et secondaire de pathologies cardiovasculaires et à bas risque cardiovasculaires, ayant un lieu de vie distant de plus d'une heure d'un SMR cardiovasculaire par des équipes de soins primaires sous la supervision d'un SMR cardiovasculaire.

Walk Hop et Read'hy : proposent de la réadaptation cardiaque adaptée à l'évolution des capacités du patient avec un suivi à distance grâce à une plateforme de télémédecine. Une évaluation régulière est réalisée en présentiel.

As du cœur : a pour ambition de compléter le parcours de soin du malade cardiovasculaire à la suite de la phase de réadaptation en lui proposant un programme passerelle d'activité physique adaptée à proximité de son domicile. Ce projet vise à favoriser la pérennisation d'une pratique d'AP régulière et autonome à l'issue du programme passerelle et à diminuer les risques de rechute et d'aggravation par une amélioration des capacités physiques et de la qualité de vie.



Le fleuret à l'honneur

8 expérimentations au service de la cancérologie

En 2023, l'Institut national du cancer estime à 433 136 le nombre de nouveaux cancers diagnostiqués en France[15]. L'activité de cancérologie représente plus du quart de l'activité hospitalière avec 7,76 millions d'hospitalisations enregistrées en 2021 pour un budget de dépenses qui s'élève à 6,3 milliards d'euros en 2021 (soit une augmentation de 6,6 % par rapport à 2020).

Dans le cadre du dispositif de l'Article 51, 12 expérimentations concernent la prise en charge des patients atteints de cancer, dont 8 sont en cours de déploiement. Certaines expérimentations visent l'amélioration des prises en charge pendant différentes phases de traitements (chirurgie, chimiothérapie intraveineuse, thérapie orale, immunothérapie). D'autres visent à réduire la survenue de complications et/ou de récidives.

Actuellement, une population cible de 22 843 personnes (pour 8 expérimentations ciblant strictement les patients atteints de cancer) bénéficie des expérimentations en cancérologie pour un budget pluriannuel total de 32,5 millions d'euros.

La prévention, axe majeur de la stratégie décennale

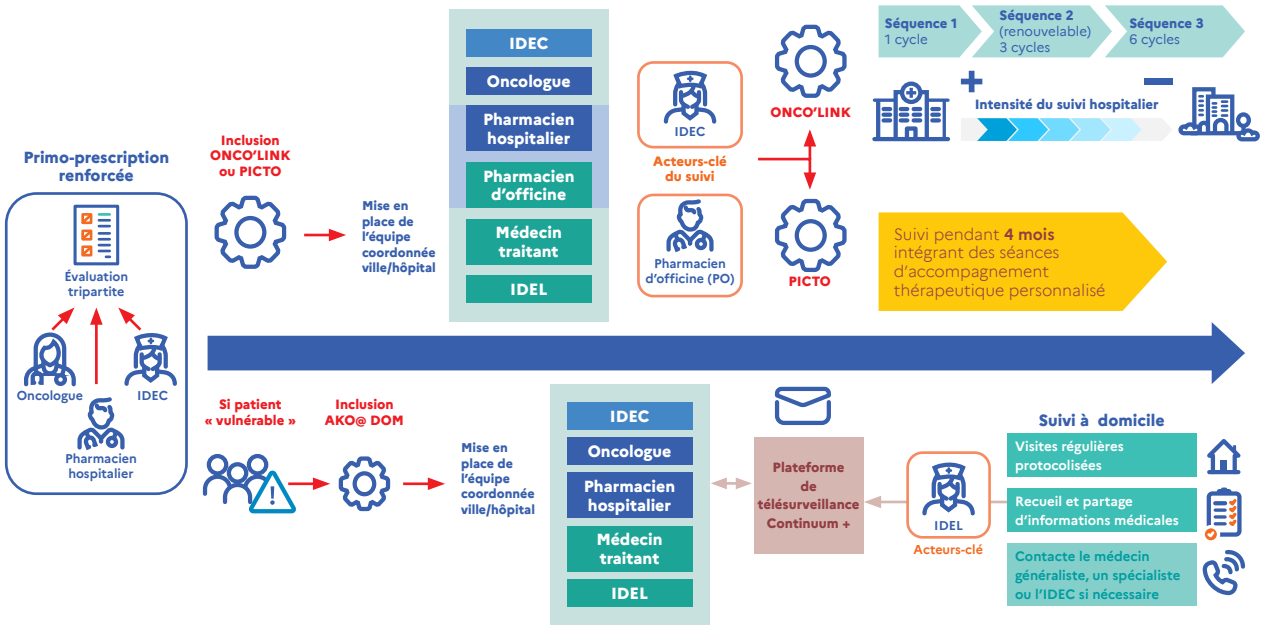
Avec l'objectif de faire diminuer de 60 000 cas par an le nombre de cancers évitables, la stratégie décennale de lutte contre les cancers met l'accent sur la prévention. Les expérimentations « Article 51 », dans ce domaine, se focalisent sur la prévention tertiaire, c'est-à-dire la prévention des complications et d'événements cancéreux ultérieurs (récidive et second cancer) liés à la maladie. Elles utilisent comme leviers d'actions des domaines aussi divers que l'accroissement des niveaux d'activité physique, le repérage et la prise en charge du lymphœdème, l'accompagnement diététique, au sevrage tabagique et psychologique. Les évaluations de ces différents cadres expérimentaux seront disponibles en 2025-2026.

Décloisonner les modes de prise en charge : mobiliser la ville.

Pour accroître à la fois l'efficacité des traitements grâce à un suivi des effets indésirables (et de l'observance pour les thérapies orales) et améliorer la qualité de vie des patients, le décloisonnement de la prise en charge entre la ville et l'hôpital est un enjeu de la quasi-totalité des expérimentations en cancérologie. Il s'agit également de réduire les hospitalisations inutiles et de transférer une expertise hospitalière en cancérologie aux acteurs de ville. En facilitant la communication entre les professionnels et en précisant des modalités d'organisation innovantes des parcours, les professionnels peuvent réagir au bon moment et la pertinence du rôle de chacun s'en trouve renforcée. À titre d'exemple, la plus récente des expérimentations autorisées en cancérologie, Livhou (autorisée en juin 2024), propose un suivi partagé et coordonné entre les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et les médecins traitants pour les patients en rémission de cancers urologiques localisés (après une prostatectomie radicale, une néphrectomie totale ou partielle, ou une cryothérapie rénale). Elle repose ainsi sur le positionnement, au sein de l'hôpital, d'un médecin coordinateur du dispositif et d'un temps d'infirmier de coordination pour assurer l'interface avec le médecin traitant, l'urologue hospitalier et le patient. Par ailleurs, pour illustrer ce décloisonnement, le schéma ci-dessous présente les spécificités communes du suivi des patients sous thérapies orales dans les expérimentations Onco'Link et AKO@dom-PICTO avec la mobilisation des pharmaciens d'officine, des infirmiers libéraux et des médecins traitants en appui de la prise en charge experte hospitalière.

15. Panorama des cancers en France – Édition 2023 éditée par l'Institut national du cancer (INCa)

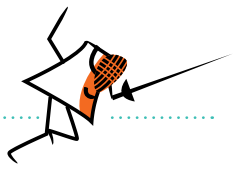
SUIVI PARTAGÉ VILLE HÔPITAL DES PARCOURS ONCO'LINK ET AKO@DOMPICTO PATIENTS SOUS THÉRAPIES ORALES ANTICANCÉREUSES



« L'analyse transversale des parcours de ces deux expérimentations permet d'identifier les étapes « socle » communes et d'appréhender une approche graduée selon le niveau de vulnérabilité du patient. »

Certains parcours expérimentaux s'étendent à d'autres pathologies

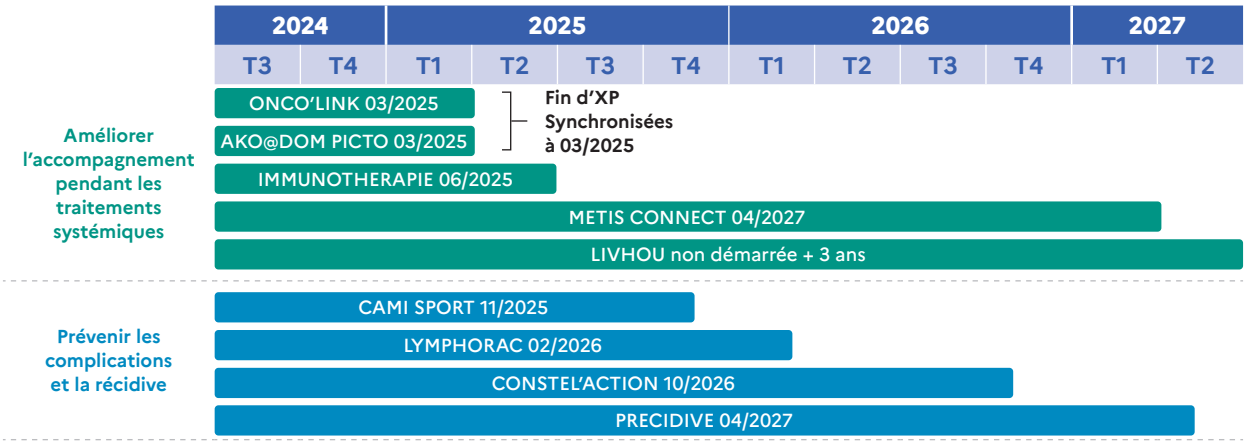
Sur les 8 expérimentations visant l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cancer, 3 ne sont pas restreintes à la population atteinte de cancer et proposent des parcours à d'autres patients. Ainsi, l'expérimentation PRECIDIVE vise la mise en place d'un parcours personnalisé de prévention de récidive pour toute personne en situation d'obésité et porteuse d'une des trois maladies chroniques suivantes : le cancer du sein, l'émergence d'un diabète permanent après un diabète gestationnel ou la récidive d'exacerbation d'une BPCO. La co-construction avec le patient des objectifs de changement des habitudes de vie au cours d'une séance collective permettrait tout au long de l'accompagnement de personnaliser le projet en fonction des résultats obtenus. De même, l'expérimentation Constel'Action vise à mettre en place, en appui de la médecine de ville, un parcours pour les patients porteurs d'une ou plusieurs maladies chroniques, s'appuyant sur un modèle d'organisation de soins et de coordination entre les médecins spécialistes, les médecins traitants, les professionnels du champ paramédical, permettant de construire et de s'assurer du bon suivi d'un plan personnalisé de soins. L'expérimentation LYMPHORAC 51 propose un parcours de soins coordonné pour les patients souffrant d'un lymphœdème quelle que soit l'étiologie : primaire (maladie rare) ou secondaire (cancer du sein, cancer pelvien, cancer de la peau, cancer ORL et lymphomes irradiés).



Synchroniser certaines fins d'expérimentation (cf. schéma ci-dessous)

Afin de permettre une meilleure capitalisation à partir des enseignements de cadres expérimentaux proches, les calendriers d'AKO@dom-PICTO et Onco'Link ont été alignés courant 2024 pour une fin décalée à mars 2025. Cette approche vise à travailler de façon transversale les perspectives de transformation des parcours d'accompagnement des patients sous thérapie orale anticancéreuses. La prolongation est également en lien avec les calendriers d'évaluation. Il est à noter que la démarche évaluative repose en partie sur la constitution d'un seul et même groupe témoin pour l'analyse quantitative des parcours Onco'Link et AKO@dom-PICTO.

CALENDRIER DES 9 EXPÉRIMENTATIONS EN CANCÉROLOGIE



Immunothérapie
Prise en charge à domicile des patients traités par immunothérapie

Metis Connect
Suivi digitalisé des patients traités par chimiothérapie intraveineuse

Livhou
Suivi coordonné entre ville et hôpital pour certains cancers urologiques

CAMI sport cancer
Programme d'APA pendant et après le traitement, en présentiel et distanciel

Constel'Action
Parcours de coordination pour les maladies chroniques

Précidive
Prévention de la récidive pour personnes en situation d'obésité

Lymphorac
Parcours coordonné pour les patients souffrant d'un lymphœdème

UN SOUTIEN AU PLUS PRÈS DU TERRAIN POUR PRÉPARER NOS ATHLÈTES

Le pôle d'entraîneurs

LA TERRITORIALISATION, RÔLE DES RÉSEAUX DES ARS ET DE L'ASSURANCE MALADIE

Les deux réseaux jouent un rôle majeur dans l'appropriation par les acteurs de terrain des expérimentations mises en place, dans leur intégration dans les dispositifs existants et dans leur bonne articulation. Ils apportent également un accompagnement et un soutien aux porteurs.

L'exemple de la Corse

Les expérimentations Eva Corse et Read'hy en lien avec les SMR du territoire

Le médecin référent du SMR cardiovasculaire du centre hospitalier (CH) de Bastia offre aux patients de son territoire la possibilité de bénéficier d'une réadaptation cardiovasculaire.

Avec l'accompagnement de l'ARS Corse, le CH de Bastia a ainsi déployé deux expérimentations Article 51 EVA CORSE et READ'HY permettant de proposer à tout patient un programme de réadaptation cardiovasculaire adapté à son profil en lien avec les équipes de soins primaires (ESP) et la médecine de ville. Cette collaboration inédite entre un SMR et la médecine de ville favorise la détection des patients à haut risque cardiovasculaire et améliore la prévention et la prise en charge des patients avec une offre de soins de proximité. Ainsi, l'ARS a été facilitatrice dans le rapprochement entre le CH Bastia et la FCCIS[16].

Evacorse

Parcours multidisciplinaire coordonné avec une prise en charge partagée : les 6 premières séances du programme de réadaptation cardiaque sont réalisées dans un SMR cardiovasculaire (CV) puis les 14 séances suivantes à proximité du lieu de vie du patient mises en œuvre par une équipe de soins primaires (ESP) en lien avec le SMR CV.

Read'hy

Programme de télé réadaptation cardiaque associant des séances d'activité physique en autonomie à domicile et des séances avec consultation médicale et éducation thérapeutique en centre spécialisé.

Ce travail transversal entre équipes de soins et équipes de SMR permet une plus grande synergie dans le partage de compétences et d'évolution des pratiques au service des patients.

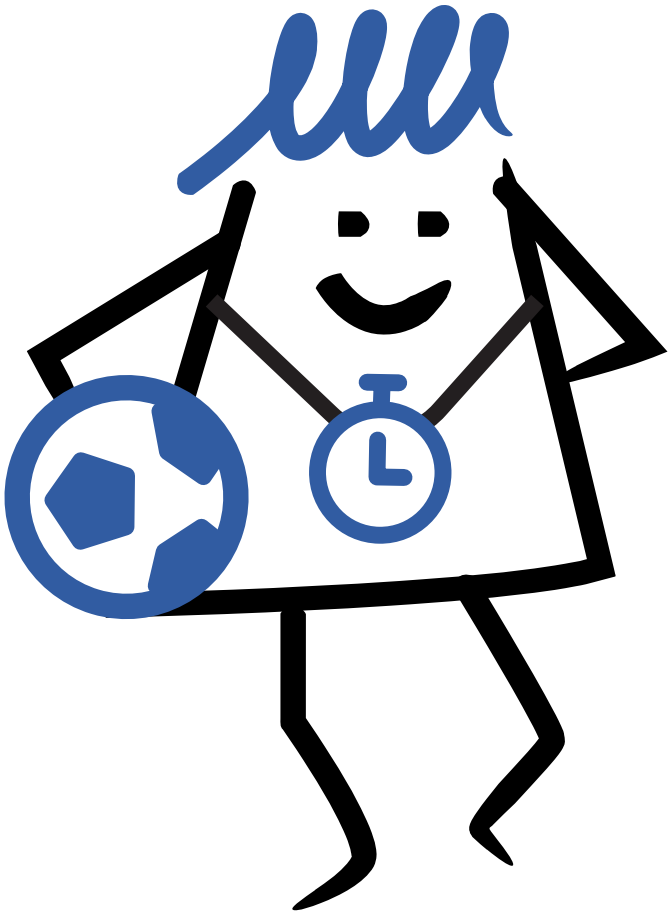
16. Fédération Corse pour la Coordination et l'Innovation en Santé

L'expérimentation antenne de pharmacie de Cozzano

Lors du test de l'organisation matérielle et technique de l'antenne de Pharmacie de Cozzano, l'ARS et la DCGDR corse ont assuré de manière quasi-quotidienne l'interface entre le porteur de l'antenne et le niveau national orchestré par l'équipe nationale 51 et la DGOS.

Dans le cadre de ce reporting en continu, grâce à l'investissement majeur du porteur, et à la vigilance de l'ARS/DCGDR, chaque étape a donné lieu à des échanges entre ces trois niveaux pour tester, évaluer et réviser les processus initialement prévus.

Le rôle de facilitateur et d'animateur de l'ARS Corse a été majeur pour permettre le lancement et le suivi de ce dispositif innovant particulièrement complexe à mettre en œuvre.



Exemple en Occitanie et en PACA de l'articulation entre les expérimentations Pégase et Cocon

L'articulation de l'expérimentation Pégase avec d'autres dispositifs de droit commun ou expérimentaux sur le parcours en santé des enfants vulnérables s'est déroulée sur plusieurs territoires entre les pouponnières de Marseille, Nîmes et Perpignan avec l'expérimentation Article 51 Cocon du Réseau de Périnatalité Occitanie et PACA.

Sous l'impulsion des référents régionaux d'Occitanie et de PACA, les porteurs de Cocon et de Pégase ont eu un espace de réflexion sur l'articulation des critères d'inclusion des enfants dans les deux expérimentations permettant de définir ainsi le processus d'inclusion et de transition d'un dispositif à l'autre en évitant les examens redondants et en assurant la transmission des informations entre les équipes. Ils ont rappelé que le « signal d'appel » pour entrer dans l'expérimentation est d'une part, la vulnérabilité du nouveau né (à laquelle répond Cocon) et d'autre part la vulnérabilité familiale (à laquelle répond Pégase). À titre d'illustration, en juin 2023, à Marseille, 60 enfants ont été intégrés dans le dispositif Pégase, dont 5 bénéficient également du dispositif Cocon. En effet, les nouveaux-nés vulnérables sont inclus à la sortie du service de néonatalogie dans Cocon, donc généralement en amont d'une inclusion dans Pégase (mesure de placement), généralement entre le 4e et le 6e mois de l'enfant. Le rôle de la coordination assurée par les pouponnières dans Pégase dans la qualité du lien avec la famille sur la durée et comme point d'ancrage fort a été souligné, conduisant à inclure dans Pégase les enfants bénéficiant d'une mesure de placement en pouponnière de façon systématique puis à les orienter vers Cocon si nécessaire.

Pégase vise à structurer le suivi de santé des jeunes enfants bénéficiant d'une mesure de protection de l'enfance jusqu'à l'âge de 7 ans. L'expérimentation s'appuie sur des protocoles renforcés de suivi de la santé physique, psychologique et développementale de l'enfant, sur la création d'une mission de coordination du parcours au sein de la pouponnière et sur un forfait annuel permettant de rémunérer l'ensemble des acteurs (coordinateurs locaux, médecins, psychologues et psychomotriciens, coordination nationale du programme).

Cocon vise à repérer ultra précocement, prendre en charge et orienter le plus tôt possible, si besoin vers la plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour les troubles du neuro-développement (TND) ou la structure spécialisée, les nouveaux-nés vulnérables à haut risque de développer un handicap, tout en assurant un suivi médical spécifique.

L'articulation entre les deux suivis se fait au bénéfice des besoins de l'enfant qui doit pouvoir tirer profit des deux prises en charge sans redondance. Après plusieurs mois de fonctionnement, une procédure affinée d'inclusion dans les deux dispositifs sera précisée.
Ce travail avec des équipes de soins permet une plus grande cohérence des parcours au service des enfants et de la lisibilité pour les acteurs du territoire.

AU NATIONAL AUSSI ON ACCOMPAGNE !

Les expérimentations issues d'appel à manifestation d'intérêt (AMI) ministériel sont accompagnées par des équipes nationales projet constituées dès l'origine du projet. Elles assurent l'animation, l'accompagnement et le suivi pour permettre un bon déroulement de l'expérimentation.

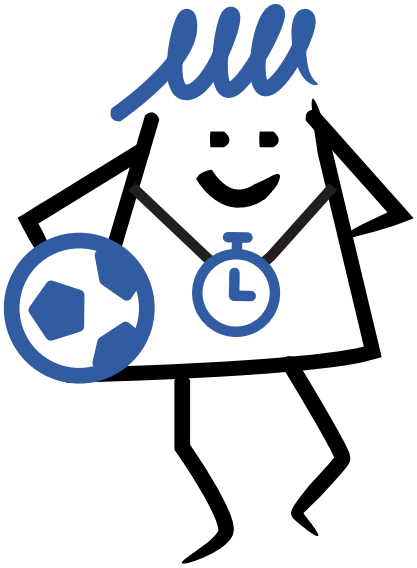
L'exemple d'IPEP (Incitation à une prise en charge partagée)

Tout au long de l'expérimentation IPEP, l'équipe nationale projet a mis en place diverses modalités d'accompagnement des professionnels des groupements expérimentateurs. Des séminaires et ateliers en présentiel ont été organisés chaque année, réunissant l'équipe projet, les expérimentateurs, les groupements et leurs référents de proximité. Ces événements ont permis de présenter des éléments et de travailler en groupe sur différentes thématiques liées à l'expérimentation, favorisant les échanges et le partage d'expérience. Des webinaires ont également été proposés pour aborder des sujets spécifiques.

Un suivi individualisé des groupements a été assuré par plusieurs moyens : une boîte mail générique permettant aux expérimentateurs de contacter l'équipe projet à tout moment, des points de suivi individuels pour suivre la mise en œuvre de l'expérimentation à l'échelle du groupement et recueillir des retours d'expérience, ainsi que des visites sur site pour mieux comprendre le fonctionnement de chaque groupement. Enfin, des newsletters et "flash infos" ont été diffusés régulièrement pour relayer des informations importantes par mail.

Des organisations en mouvement

Un département des innovations Article 51 a ainsi été créé à la CNAM au sein de la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES). À la Direction générale de la santé (DGS) au sein du ministère chargé de la Santé, la Mission Synthèse et Coordination (MSC) est dorénavant rattachée au directeur général et accueille le référent 51. La réorganisation de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), effective depuis le 1er avril 2024, a donné naissance à un bureau de la qualité, des parcours et des usagers au sein de la sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital qui coordonne les travaux liés aux expérimentations Article 51. L'équipe dédiée autour de la Rapporteure générale reste cependant à intégrer dans l'organisation du ministère pour assurer sa pérennité.



Le staff technique : la communauté de pratiques (CDP) et l'Accélérateur 51

Pas de préparation sans équipes autour des athlètes avec deux modalités d'accompagnement qui coexistent.

CDP

9

des porteurs ou sessions thématiques – environ 130 participants

2 sessions porteurs JN 2024 – 33 participants

2 sessions CDP ARS/DC GDR – 26 participants

La **communauté de pratiques (CDP)** est aussi un outil pour accompagner les porteurs ou les réseaux des ARS et des directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR).

Il consiste à créer et organiser l'espace d'échanges entre pairs pour encourager le partage d'expérience et de solutions. L'ANAP a passé le relai du pilotage à l'équipe « accélérateur » en février 2024. Les échanges de la CDP des porteurs ont porté en 2023-2024 sur le renforcement de l'évaluation et la préparation à la transposition en droit commun. Celle des référents 51 des ARS et DCGDR leur a permis d'échanger sur l'accompagnement de la fin d'expérimentation et la communication sur les expérimentations susceptibles d'être transposées dans le droit commun et sur le passage de relais aux directions internes au ministère et à la Cnam pour accompagner leur déploiement.

La CDP du 51 a inspiré des porteurs qui ont créé leur propre CDP pour accompagner le changement de pratiques sur leurs sites expérimentateurs (ex. : les caf'EQLAAT, la CDP de CECICS, d'Octave, de PEGASE).

Accélérateur

2 ateliers cahier des charges

4 ateliers de mise en œuvre

4 ateliers d'accompagnement renforcé

2 ateliers de capitalisation

19 ateliers de fin d'expérimentation

5 séminaires /ateliers internes

Données du 01/01/2024 au 31/07/2024

Cette dernière année, l'accélérateur 51 a été principalement consacré à l'accompagnement des porteurs en fin d'expérimentation pour leur permettre de se projeter et anticiper l'après expérimentation quelle que soit l'issue mais aussi pour capitaliser sur les divers enseignements de l'expérimentation (cf. l'entretien pharmaceutique ci-dessous).

Deux séminaires internes et deux séminaires avec le réseau des ARS/DCGDR ont été organisés pour poursuivre l'alignement des équipes et faire évoluer le dispositif. Ces temps de rencontre sont essentiels pour souder le collectif et redonner de l'énergie à chacun.

Un exemple de capitalisation réalisée avec l'appui de l'accélérateur à partir de 3 expérimentations sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse du sujet âgé, Iatroprev, Parcours de soins Médisis et Octave, et 2 expérimentations sur l'accompagnement des patients sous thérapies orales anti-cancéreuses, Oncolink et AKO@dom-PICTO sur leur dénominateur commun : l'entretien pharmaceutique.

Les facteurs clés de succès du déploiement de l'entretien pharmaceutique de 3 expérimentations 51

1 **L'INTÉGRATION DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE DANS UN PARCOURS GLOBAL, PLURI PROFESSIONNEL ET COORDONNÉ**
qui permet de définir la place de chaque professionnel auprès du patient en donnant de la lisibilité sur son parcours global et de motiver le pharmacien d'officine en valorisant son travail et en lui donnant du sens. Cela implique de dédier du temps pour la mise en place et le suivi des parcours.

2 **LA CONNAISSANCE MUTUELLE ET LA BONNE COOPÉRATION ENTRE LES ACTEURS DE VILLE ET DE L'HÔPITAL**
(pharmaciens d'officine, pharmaciens hospitaliers, médecins traitants ...) qui permet la complémentarité des informations recueillies par les différents acteurs, une cohérence des éléments de langage auprès du patient. Elle apporte également une sécurité au patient et conduit à de bonnes conditions d'observance.

3 **LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME D'INFORMATION VILLE-HÔPITAL**
simple, intuitif, sécurisé et structuré facilitant le partage d'information et le suivi des patients.

4 **LA QUALITÉ DES INFORMATIONS TRANSMISES PAR LE PHARMACIEN HOSPITALIER**
qui permet de réassurer le pharmacien d'officine sur sa capacité à faire et de transférer progressivement et de manière sécurisée le parcours vers la ville.

5 **UNE COMMUNICATION GRADUÉE POUR EMBARQUER LE PLUS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES**
qui permet de définir la place de chaque professionnel auprès du patient en donnant de la lisibilité sur son parcours global et de motiver le pharmacien d'officine en valorisant son travail et en lui donnant du sens. Cela implique de dédier du temps pour la mise en place et le suivi des parcours.

6 **UN ACCOMPAGNEMENT DES PHARMACIENS D'OFFICINE**
(pharmaciens d'officine, pharmaciens hospitaliers, médecins traitants ...) qui permet la complémentarité des informations recueillies par les différents acteurs, une cohérence des éléments de langage auprès du patient. Elle apporte également une sécurité au patient et conduit à de bonnes conditions d'observance.

7 **UNE INFORMATION CLAIRE AUPRÈS DES PATIENTS**
pour présenter l'entretien pharmaceutique comme intégrée à son parcours de prise en charge de proximité. Le rôle de chaque acteur est défini et les attentes du patient sont précisées permettant de le rassurer.

8 **LA "PRESCRIPTION HOSPITALIÈRE" DE L'ENTRETIEN PHARMACEUTIQUE**
qui apporte une caution hospitalière et légitime les professionnels de santé de ville dans la mise en œuvre de l'entretien pharmaceutique, en particulier pour certains parcours.

Points de vigilance dans le déploiement de l'entretien pharmaceutique

1 Le **TEMPS IMPORTANT PASSÉ POUR LA COORDINATION VILLE-HÔPITAL** par les établissements de santé (pharmacie hospitalière) ou une autre structure notamment pour contacter le pharmacien d'officine de chaque patient, l'impliquer dans la démarche et, plus largement, créer le lien avec la ville.

2 La **CHARGE DE TRAVAIL POUR LES PHARMACIENS D'OFFICINE** pour la mise en place de l'entretien pharmaceutique en complément des missions classiques notamment pour la réalisation des premiers entretiens.

3 Le besoin de **FORMATION AUX NOUVELLES MISSIONS DU PHARMACIEN D'OFFICINE** des étudiants en pharmacie, dont la conciliation médicamenteuse et l'entretien pharmaceutique.

4 La **NÉCESSITÉ DE CONVAINCRE CERTAINS PATIENTS DE L'INTÉRÊT** de l'entretien pharmaceutique et de lever leur "peur de déranger".

5 La **DIFFICULTÉ D'IMPLIQUER LE MÉDECIN TRAITANT** notamment dans le cadre de modifications des prescriptions.

6 La **LISIBILITÉ ET L'ARTICULATION** entre ce qui existe dans les actes conventionnels (ex : BPM) et les entretiens pharmaceutiques sous forme de forfait parcours ville-hôpital.

Art. 51 Innovation En santé

Ça progresse aussi du côté des outils !

La HAS a engagé en juillet 2024 l'élaboration d'un référentiel pour un bilan de médication commun entre la ville et l'hôpital, qui sera ensuite numérisé pour faciliter le partage d'informations entre la ville et l'hôpital.

ZOOM sur l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) et les activités éducatives : l'énergie des athlètes.

Le contexte

20 millions
de personnes atteintes d'une maladie chronique

12 millions
de personnes en ALD

104 Mds €
consacrés aux pathologies et traitements chroniques

3,5 Mds €
coût estimé de l'incidence[17] attribuable aux facteurs de risque comportementaux

L'ETP promue par l'OMS pour accompagner la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques sous forme d'activités organisées et comme faisant partie de façon permanente de la prise en charge du patient.

Rapport OMS publié en 1996

Le constat*

82M €
consacrés à l'ETP *via* le FIR

Plus de 4 000
programmes déployés principalement dans les hôpitaux

Moins de 7%
des financements consacrés à la ville

300
professionnels formés à l'ETP tel que défini réglementairement (40h). (période 2020-2023)

*Source HCSP 2014

17. La prévention en France : vers des macro économies pour le système de santé - Guillaume Moukala Sam, Charles-Antoine Schwerer - ASTERES.

Les 7 définitions des différentes activités de l'éducation thérapeutique

1 **L'éducation pour la santé** est définie par l'OMS comme « *l'ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin* ». L'activité d'éducation pour la santé en tant que telle n'est pas réglementée par le Code de la santé publique.

2 **Les actions d'accompagnement** définies à l'article L.1161-3 du Code de la santé publique (CSP) ont pour objectif d'apporter assistance et soutien aux malades, à leur entourage dans la prise en charge de la maladie. Cependant, le cahier des charges précisant leur contenu n'a pas été publié.

3 **Les programmes d'apprentissage,** définis à l'article L. 1161-5 du CSP, ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

4 **L'accompagnement à l'autonomie en santé** est défini dans le rapport de fin d'expérimentation s'inscrivant dans « l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé » à l'issue d'un travail avec les porteurs de projets-pilotes : « *intervention complexe en santé, proposée dans la durée, à des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque pour leur santé, dans le but d'améliorer leurs capacités à décider pour leur santé, et de renforcer la motivation des personnes à agir et décider pour leur santé et à aspirer à une meilleure santé* ». Elle n'a pas donné lieu à une définition dans un article législatif ou règlementaire propre.

5 **L'accompagnement thérapeutique** été introduit dans l'article L. 162-48 du CSS (LFSS pour 2022), et s'appuie sur des référentiels de la HAS. Il est défini par le décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale.

6 **Les activités éducatives ciblées** sont définies par la HAS comme « *un apprentissage pratique ponctuel mis en œuvre par un professionnel de santé formé à l'ETP pour répondre à un besoin éducatif précis lié à la stratégie thérapeutique au sens large* ». Contrairement aux programmes, les actions éducatives ne sont pas encadrées par un cahier des charges et n'ont pas donné lieu à un article législatif ou règlementaire propre.

7 **Le programme d'éducation thérapeutique,** défini par l'article L.1161-2 du CSP, repose sur plusieurs séances en groupe ou individuelles. Il est mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle formée à l'ETP et peut s'étendre sur plusieurs mois. Le contenu du programme est défini par arrêté. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient doivent être déclarés à l'agence régionale de santé (ARS) par les porteurs. Ils doivent être conformes à un cahier des charges fixé par arrêté mais ne nécessitent plus d'autorisation de l'ARS. Sauf dans le cas de dérogations spécifiques, l'ensemble des intervenants doit avoir reçu une formation relative à l'ETP d'une durée minimale de 40 heures et respectant les référentiels fixés par arrêté. Seuls les programmes d'éducation thérapeutique réalisés en ambulatoire ou en ville sont susceptibles de bénéficier d'un financement par le Fonds d'intervention régional. À titre indicatif, le montant est de 250 euros par patient et par an pour les établissements et de 300 euros pour les structures de 1er recours.

70 % des expérimentations Article 51 intègrent des interventions éducatives dans les prises en charge en tant que partie intégrante du parcours proposé sans pour autant correspondre pleinement à l'une des définitions précitées.

Un impact favorable tant sur les résultats des patients que sur les soignants

Les activités éducatives, dans le cadre de l'Article 51, constituent une approche intégrée aux soins avec des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien motivationnel ou psychologique, un objectif d'acquisition et de maintien des compétences pour gérer sa ou ses pathologies, un appui au patient et son entourage pour comprendre la maladie, son traitement, coopérer avec les soignants et améliorer la qualité de vie.

Un enseignement issu des résultats intermédiaires d'évaluation : intérêt des activités éducatives

RR Teledom

Une amélioration significative entre le premier bilan éducatif et la fin du stage de la dyspnée en termes d'essoufflement sur le plan physique et une amélioration significative de la tolérance à l'effort sont mises en évidence. La qualité de vie des patients s'améliore (moins d'impact de la BPCO sur leur bien-être, moins anxieux et dépressifs, moins fatigués).

EMNO

En accord avec les recommandations HAS sur la prise en charge de l'obésité, l'expérimentation EMNO inclut dans son parcours une démarche continue d'éducation thérapeutique visant à promouvoir et maintenir dans la durée les modifications des habitudes de vie des patients. Cette démarche d'éducation thérapeutique principalement mise en œuvre sous le format de consultations individuelles, s'est également accompagnée d'un accès à un outil numérique dédié. L'application « EMNO_line/Nuvee », conçue comme un outil d'éducation thérapeutique pour le patient, a été développée pour renforcer la transmission des connaissances abordées lors des consultations, et accompagner la démarche d'autonomisation. Les patients sont ainsi renvoyés vers la plateforme en cas de questions ou si des points abordés en consultations restaient à approfondir. Au regard de l'utilisation de cette plate-forme, et même si l'évaluation finale de l'expérimentation relève certains freins à son utilisation (notamment le caractère contraignant et chronophage des modules ou les freins individuels à l'utilisation de l'outil numérique), 53% des patients interrogés estimaient que le temps passé avait été utile, 58% estimaient que la plateforme les avait aidés dans la compréhension de la maladie et 55% estimaient que la plateforme les avait aidés dans la compréhension de leur parcours de soins.

Équilibres

L'accompagnement thérapeutique réalisé par les infirmières libérales et également les actions de formation à des gestes /soins ponctuels (injection sous cutanée, pansement) ont permis d'autonomiser les patients et de diminuer la fréquence des passages.

AFM Téléthon

Pour les professionnels des Centres de référence et CH de proximité interrogés, l'accompagnement réalisé par l'équipe de l'antenne Corse (référent parcours de santé, RPS) présente également des effets positifs sur l'autonomie des patients. Elle se traduit notamment par une meilleure observance des traitements, avec des patients qui les prennent mieux seuls et en comprennent surtout l'intérêt. Cette autonomie est permise grâce aux reformulations effectuées par les RPS pour une simplification du vocabulaire médical et donc une meilleure compréhension de la part des patients concernant l'intérêt des traitements. Cette observance des traitements apparaît également à travers une meilleure mobilisation des patients dans le cadre d'une démarche de rééducation.

Le cadre de l'Article 51 a permis d'identifier le point perçu comme le plus contraignant pour répondre au cadre d'un programme d'éducation thérapeutique ou activités éducatives ciblées, à savoir l'obligation de formation de 40h de tous professionnels de santé intervenant auprès du patient. Les interventions dans les expérimentations s'appuient en effet sur un ou plusieurs référents formés à l'éducation thérapeutique qui permettent de diffuser l'éducation thérapeutique. La capacité de notre système à former un plus grand nombre de professionnels de santé à l'éducation thérapeutique (programme d'éducation thérapeutique et activité ciblée) dans un format tel que prévu dans les définitions citées ci-dessus est ainsi interrogée.

L'accompagnement thérapeutique tel qu'il est conçu et mis en œuvre par les soignants dans les expérimentations Article 51 s'inscrit dans un accompagnement au long cours du patient. Il comprend des activités d'éducation thérapeutique individuelle ou en groupe tout en intégrant la prise en charge continue et globale du patient. Il est constitué de modes d'approche différents et d'outils spécifiques à chaque soignant. Il peut s'agir d'un suivi individuel, voire en groupe, par un ou plusieurs soignants, d'un suivi par un référent (accompagnement régulier, liens, coordination avec le cercle de soins habituels du patient par des médecins généralistes, spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, enseignants en activité physique adaptée (EAPA), psychologues, assistantes sociales…). Couplé à l'autonomisation du patient, il vise à développer les compétences psychosociales du patient en vue de développer sa capacité à agir. Un travail de prévention est réalisé afin de répondre au mieux aux besoins du patient.
Ainsi, le concept d'accompagnement thérapeutique dans les expérimentations couvre un champ assez large d'activités reposant sur des référents formés diffusant par compagnonnage l'éducation thérapeutique et démontre l'impact favorable d'une diffusion à plus grande échelle de l'éducation thérapeutique, plus particulièrement en ville, parent pauvre de l'ETP. La pratique des activités éducatives dans le cadre de l'Article 51 et ses résultats invitent à réfléchir à une approche plus intégrée dans les parcours afin de les rendre accessibles aux 20 millions de personnes qui pourraient en bénéficier.

On adapte nos programmes !

LES REPUBLICATIONS DE 2019 AU 31 JUILLET 2024

Année	Nombre de republications	Republications avec prolongation
2019	6	0
2020	8	0
2021	27	15
2022	36	24
2023	38	23
2024 au 31 juillet	28	9
	143	**71**

L'ajustement des cahiers des charges et des calendriers reflètent la prise en compte du retour d'expérience du déploiement des phases expérimentales et de la difficulté de la séquence de fin d'expérimentation.

Les 143 republications concernent 81 expérimentations avec 2 republications en moyenne par expérimentation.

MOTIFS DES REPUBLICATIONS (143)

Ajustement Modèle économique	**32**	Modification organisationnelle	**22**
Appel à projet	**7**	Montée en charge (dont impact Covid)	**18**
Arrêt anticipé	**8**	Travaux droit commun (innovations)	**2**
Évaluation	**42**	Préparation fin expérimentation	**2**
Impact Droit Commun	**9**	Vice de forme arrêté	**1**

Ainsi, les motifs d'ajustements du modèle économique, des organisations ou de montée en charge représentent la moitié des republications et les travaux d'évaluation près d'un tiers depuis la création du dispositif. Mais l'évaluation représente 40 % des republications en 2023 et la moitié d'entre elles pour les 7 premiers mois de l'année 2024.

2

ON FRANCHIT LES ÉPREUVES

LA DERNIÈRE LIGNE DROITE AVANT L'ÉPREUVE FINALE

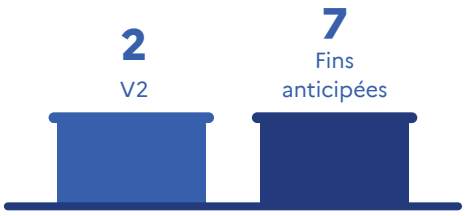
2024 est l'année olympique du dispositif Article 51 avec l'arrivée en fin de course **de 75 expérimentations sur les 155 autorisées** depuis 2018. Les perspectives de l'après expérimentation s'esquissent y compris celles qui n'étaient pas initialement envisagées mais dont le besoin s'est fait sentir au cours des expérimentations (fin d'expérimentation par anticipation, poursuite avec une version 2 de l'expérimentation initiale). Dès lors qu'un passage en droit commun est recommandé par le comité technique et le conseil stratégique d'innovation en santé pour une expérimentation, il ouvre la possibilité d'une période de transition (dite « sas ») qui permet de maintenir sa dynamique sous le même format et de laisser le temps nécessaire pour préparer le passage dans le droit commun.

Les expérimentations Article 51 touchent tout type de publics sur les territoires les plus divers et sur des sujets très variés (urgences dentaires, santé sexuelle, addictions, handicap, soins à domicile…).

Rien ne se perd, beaucoup se crée… et tout se transforme

Le 51 apparaît de plus en plus, non pas comme une ligne droite et continue, mais comme un dispositif en constante évolution qui forme un écosystème avec des chemins pour s'adapter et transformer les modèles en fonction des réalités de terrain, des différents rapports (d'étape ou d'évaluation) avec toujours l'objectif d'innover pour agir au service des populations. En effet, se contenter de la séquence de l'évaluation finale comme seul moment d'arbitrage ne permettrait pas cette agilité et cette malléabilité des dispositifs expérimentés. Cette continuité de la réflexion et de l'action, permettent de dépasser tout sentiment d'échec au profit d'une formation progressive des acteurs et des décideurs.

QUELLES FINS POUR LES EXPÉRIMENTATIONS ARTICLE 51 ?



XP à transposer en droit commun : L'XP a vocation à être intégrée dans un droit commun à construire.

Capitalisation : L'XP n'a pas produit tous les effets escomptés, mais des enseignements peuvent être tirés : travail en grappes, retex, feuilles de route intégrant enseignements XP.

*25 XP à transposer en droit commun correspondent à 14 innovations qui sont à transposer en droit commun car les 5 XP Equip'Addict régionales et 10 XP Urgences Dentaires régionales ont abouti à 2 innovations nationales.

Fin anticipée : L'XP n'a pas pu démarrer ou être menée à bien, en raison de facteurs contextuels (crise sanitaire) ou de faisabilité ou du faible intérêt des professionnels ou des patients.

V2 : Pour évaluer la pertinence de l'XP, une deuxième version de l'XP est nécessaire. Plus de temps, ou bien un test sur d'autres territoires, doivent permettre de déterminer si l'XP est concluante ou pas après sa première phase expérimentale.

2 Transposées dans le droit commun

MRTC
DRAD

25 XP à transposer en droit commun

- ADMR - VIGILANCE SENIOR
- Candiss
- CECICS
- CSSAC
- EMNO
- EQLAAT
- EQUILIBRES
- BFC
- EQUIP ADDICT GE
- EQUIP ADDICT HDF
- EQUIP'ADDICT IDF
- EQUIP ADDICT OCC
- HANDICONSULT 34
- IPEP
- MyDiabby
- Occitan'Air
- Santé protégée
- TSLA
- URGENCES DENTAIRES ARA
- URGENCES DENTAIRES BFC
- URGENCES DENTAIRES BRE
- URGENCES DENTAIRES GE
- URGENCES DENTAIRES IDF
- URGENCES DENTAIRES NA
- URGENCES DENTAIRES PDL

23 Fins avec capitalisation

- Biosimilaires
- BUCCO-DENTAIRE
- CESOA
- Depist C pharma
- DIaPASON
- DNUT
- EDS col
- EDS ortho
- Ecout'Emoi
- FACILISOINS
- FRU
- GHT- Cher
- IATROPREV
- LISTE EN SUS
- MEDISIS
- MIGRANTS (CIME)
- MS POST-COVID
- Octave
- OPTIMED
- PAERPA
- PAP DOP
- REPAP
- T3T
- TOKTOKDOC

7 Fins anticipées

- APA connectée cancer
- FNMF PRE-DIABETE
- GECOPLAIES
- Hospi Grand Ouest
- OBEPAR
- PSYCOG
- URPS BIOLOGIE

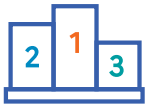
2 V2

- DIVA
- PEPS

2023-2024 une activité soutenue qui laisse peu de marges de manœuvre aux équipes

Au-delà de l'instruction de nouveaux projets et du suivi des expérimentations en cours, en 2023, l'activité nouvelle de l'équipe a été alimentée par 7 périodes transitoires mobilisées à l'issue de leurs phases expérimentales et 9 nouvelles expérimentations autorisées qui viennent s'ajouter à l'accompagnement des 27 sorties d'expérimentations. Au 31 août 2024, elle l'est par 9 nouvelles expérimentations, 15 périodes transitoires et 30 sorties d'expérimentations. En l'état actuel des prévisions, de nouvelles marges de manœuvre (capacité à faire) devraient ainsi réapparaître progressivement à partir du dernier quadrimestre 2025.

CALENDRIER DES SORTIES DES PHASES EXPÉRIMENTALES ET PROJECTION



Tout le monde ne peut accéder au podium, mais même pour les non lauréats, la fin du parcours fait partie du dispositif apprenant

Toutes les expérimentations ne reçoivent pas finalement les lauriers de la généralisation ou de la transformation dans un cadre de droit commun. Les raisons qui justifient le choix de ne pas valider le passage en droit commun de la part des membres des instances 51 sont diverses : la difficulté à atteindre le public, une cible mésestimée, un projet n'apportant pas suffisamment de valeur ajoutée par rapport au droit existant, un manque de données pour objectiver l'impact, un modèle économique non viable, une implication insuffisante des acteurs…

La fin d'une expérimentation sans perspective de transposition dans le droit commun est une déception difficile à vivre pour les porteurs et expérimentateurs. Si la frustration est compréhensible, l'échec est consubstantiel au processus d'innovation, chaque modèle testé apportant des enseignements importants. Une expérimentation n'ayant pas été proposée à la transposition dans le droit commun peut et doit faire l'objet d'une réflexion sur les acquis de l'expérience. Elle constitue une source d'informations précieuses venant du terrain et des acteurs au plus près des besoins du patient dont il convient de garder une trace.

À titre d'exemple, la participation à l'expérimentation EDS (paiement à l'épisode de soins) a permis aux établissements d'accélérer l'optimisation des parcours intra hospitaliers et de mettre en place des bonnes pratiques.

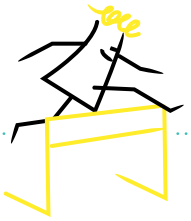
Ces bonnes pratiques observées dans le cadre de l'expérimentation EDS font l'objet de travaux par la DGOS à des fins de valorisation et de diffusion.

À la suite de l'avis défavorable de transposition dans le droit commun en l'état de l'expérimentation Toktokdoc, un groupe de réflexion a été initié au sein du ministère chargé de la Santé et de l'Assurance maladie visant à identifier les conditions d'amélioration de l'implantation de la télémédecine dans les EHPAD. L'ARS Grand Est a, par ailleurs, fait du développement de la télémédecine et son intégration aux pratiques médicales un des leviers de la transformation du système de santé, poursuit sa démarche exploratoire au soutien de nouvelles solutions. Elle a récemment publié un *appel à projet relatif au développement d'organisations de proximité visant à renforcer l'accès aux soins par la téléconsultation*. Parmi les publics visés par cet AAP figurent notamment les résidents en EHPAD.

« Je ne perds jamais, soit je gagne, soit j'apprends. »

Nelson Mandela

La boîte à outils de la capitalisation peut fonctionner par grappe d'analyse comparée (nutrition, iatrogénie) ou par feuille de route stratégique dans lesquelles l'adjonction du droit commun et des expérimentations Article 51 dessinent les nouveaux besoins restant à couvrir et clarifient les priorisations des futurs projets d'expérimentation. Le 51 est, à la fois, une piste de course sur un temps limité et une base d'informations extraordinaire sur un temps plus long.
Le bénéfice de l'expérimentation dépasse en réalité sa durée si elle enrichit la connaissance.



RÉUSSIR, CE N'EST PAS FRANCHIR LA LIGNE D'ARRIVÉE, C'EST AUSSI AVOIR LE COURAGE D'ARRÊTER

L'évaluation continue et l'adaptation possible tout au long de la vie de l'expérimentation facilitent le repérage rapide des freins et blocages. Bien en amont de la fin d'expérimentation, il est ainsi possible de constater que le dispositif n'a pas pu démarrer ou que sa montée en charge s'avère insuffisante. En accord avec le porteur, il apparait parfois légitime de ne pas persister et donc il convient de procéder à une fin d'expérimentation par anticipation, ce qui se traduit par une abrogation de l'arrêté d'autorisation.

Par exemple, le projet Coopérinat (Hospi Grand Ouest) n'a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes que tardivement et après autorisation de l'expérimentation. Cet embarquement tardif a suscité des blocages de principe, impossibles à lever a posteriori, qui ont abouti à l'abandon du projet (voir rapport d'évaluation).

Cependant, brièveté n'est pas synonyme d'improductivité et des expérimentations arrêtées avant terme sont également riches en enseignements.

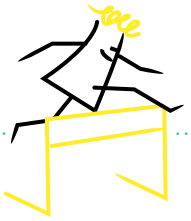
L'équilibre effort/bénéfice est une condition majeure pour la pérennité d'une expérimentation.

> *« Les médecins voient peu de bénéfices émanant du projet prédiabète mais beaucoup de contraintes »...*
>
> *« Les patients ne voient pas les bénéfices que le programme prédiabète peut apporter et donc n'y adhèrent pas car ils ne sont pas malades. »*
>
> Entretien Médecin

LE PODIUM, LA TRANSPOSITION DANS LE DROIT COMMUN !

La transposition dans le droit commun à la suite d'une expérimentation dont les résultats sont positifs constitue la plus haute marche du podium. Pour cela, l'évaluation doit avoir montré un bénéfice pour le patient et les professionnels dans un cadre d'efficience compatible avec une évolution du droit commun et les finances sociales.

Une fois cette voie de sortie validée par les instances du 51 (comité technique puis conseil stratégique), il n'est cependant pas garanti au porteur que l'intégralité de son dispositif sera retranscrite en l'état dans les textes. La période transitoire est comme son nom l'indique une période transitionnelle entre une phase expérimentale au format relativement libre et un modèle de droit commun qui doit s'insérer harmonieusement dans un écosystème juridique, organisationnel et financier plus vaste.



Les 18 mois (au maximum) de période transitoire sont déterminants. Ils permettent, par un transfert de témoin aux directions du ministère de la Santé, de la CNAM et de la CNSA de retravailler les prises en charges ou les parcours expérimentés en tenant compte des recommandations des instances et du rapport final d'évaluation, sous la supervision du comité technique. Parmi les premières expérimentations qui seront généralisées en 2024 grâce aux « parcours coordonnés renforcés » pilotés par la DSS dans le cadre de la LFSS 2024, et sous réserve des conclusions finales des rapports d'évaluation, on peut citer notamment la réhabilitation respiratoire s'inspirant d'Occitan'Air et la prise en charge de l'obésité, suite notamment à l'expérimentation EMNO.

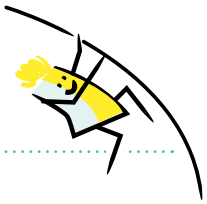
L'ÉVOLUTION CONCOMITANTE DU DROIT COMMUN : UN DÉFI POUR LE DISPOSITIF 51

Le 51 évolue dans un monde qui change et le droit commun se transforme en permanence inspiré ou non par les innovations du 51. À titre d'exemple, l'expérimentation Psycog a été rattrapée par la prise en charge de l'accompagnement psychologique permis par le nouveau dispositif Mon soutien psy.

Dans ce cas précis, c'est à l'expérimentation de se transformer et aux expérimentateurs de se rapprocher du nouveau dispositif de droit commun. Parfois, ce dernier ne permet parfois la mise en œuvre que d'une partie du modèle expérimenté. Par exemple s'agissant de la télésurveillance, la quasi-totalité de la quinzaine d'expérimentations incluant de la télésurveillance ne concerne pas uniquement son financement permis par l'évolution des textes (la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 et les deux décrets de décembre 2022) qui ont créé le cadre de généralisation de la télésurveillance. La sortie des expérimentations sur les thérapies orales du cancer, si elles sont évaluées positivement, nécessitera une réflexion d'articulation avec les usages de la télésurveillance en oncologie qui se développent au sein des établissements autorisés à traiter les patients de cancer.

Les expérimentations 51 et les réformes s'enrichissent mutuellement. Une expérimentation peut inspirer l'évolution du droit commun. Une expérimentation est une « maison témoin » organisationnelle dont certaines « briques » peuvent être reprises par le législateur et donner lieu à des réformes partielles.

OSYS, expérimentation toujours en cours, a ainsi inspiré l'évolution du droit commun consacrée par la LFSS 2024 et la publication des textes de juin 2024 fixant les conditions de délivrance par le pharmacien d'officine de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique pour le traitement des angines et des cystites. La transposition de l'expérimentation OSYS est ainsi assurée pour deux situations sur six situations expérimentées.



LE TOUR DE REPÊCHAGE

Certaines expérimentations arrivant à échéance présentent des résultats prometteurs mais insuffisants pour justifier leur transposition dans le droit commun. Dans ce cas, il peut être décidé le lancement d'une nouvelle phase expérimentale. Il s'agit d'expérimentations proches du modèle initial, qui sont ajustées pour disposer de résultats permettant aux instances de se positionner sur la suite à donner.

LES OBJECTIFS D'UNE NOUVELLE PHASE EXPÉRIMENTALE

Tester la transférabilité du modèle, sur des territoires nouveaux par exemple :

- **CoPa - Coaching Parental** a été déployée au sein du GHT Cœur Grand Est. Une nouvelle expérimentation CoPa v2 sera étendue à de nouveaux territoires afin d'assurer une exhaustivité dans les représentations (milieux ruraux / urbains, densité en professionnels).
- **PEPS 2** en maisons de santé pluriprofessionnelles (PEPS 2 MSP), vise à tester la réplicabilité d'une rémunération à la capitation au sein d'équipes pluriprofessionnelles libérales auprès d'un nombre plus important d'équipes libérales dans l'expérimentation

Renforcer l'évaluation, en augmentant sa puissance statistique (nombre d'inclusions), affiner/ajouter des indicateurs pour mesurer l'atteinte d'un objectif précisé (ex. : **Iatroprev**, pour laquelle l'évaluation donne des tendances mais peu de résultats significatifs)

Optimiser le modèle au vu des résultats d'évaluation (**DIVA 2** teste un modèle qui s'appuie davantage sur les professionnels de ville) ou de l'articulation avec de nouveaux dispositifs entrés dans le droit commun ou à venir

LES PRÉREQUIS

L'expérimentation d'origine a souvent été testée à une échelle locale. L'extension à d'autres régions passe alors par un appel à projet. À ce titre, il arrive que le ministère ou la CNAM prenne le pilotage dans cette seconde phase

Elles sont déployées sur une courte durée, pour répondre à un objectif ciblé. Elles suivent les mêmes étapes que les autres expérimentations (cahier des charges, évaluation…)

Zoom sur l'évaluation

Une structure de pilotage légère pour un chantier d'une ampleur inédite

En rendant systématique l'évaluation des expérimentations, l'Article 51 de la LFSS 2018 a été à l'origine de la mise en place d'un des plus importants chantiers d'évaluation des politiques publiques en France. Sous la supervision conjointe de la DSES de la CNAM et de la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère en charge de la Santé, le dispositif repose sur trois piliers :

- La cellule d'évaluation (CELEVAL) composée d'une petite équipe d'agents (une dizaine de personnes) de la DSES, de la DREES et de personnes issues du réseau de l'Assurance maladie et des ARS. La CELEVAL pilote l'ensemble du chantier et s'assure de la réalisation des travaux et de leur qualité.
- Huit consortiums d'évaluateurs sélectionnés dans le cadre d'une procédure de marché public. Ces consortiums réalisent les travaux d'évaluation sous la supervision de la CELEVAL. Ils ont différents profils : sociétés généralistes de consultants, sociétés spécialisées dans le secteur de la santé, chercheurs, sociétés spécialisées dans le traitement des données issues du Système national des données de santé (SNDS).
- Un dispositif de mise à disposition aux évaluateurs des données personnelles des patients inclus dans les expérimentations, autorisé par la Cnil. Ce **dispositif**, complexe et exigeant, permet de garantir les conditions de confidentialité et de sécurité requises pour le traitement de ce type de données. Dans ce dispositif, la CELEVAL peut mobiliser les données du SNDS pour compléter les données recueillies dans le cadre de l'expérimentation permettant ainsi d'augmenter la profondeur d'analyse et sa complétude.

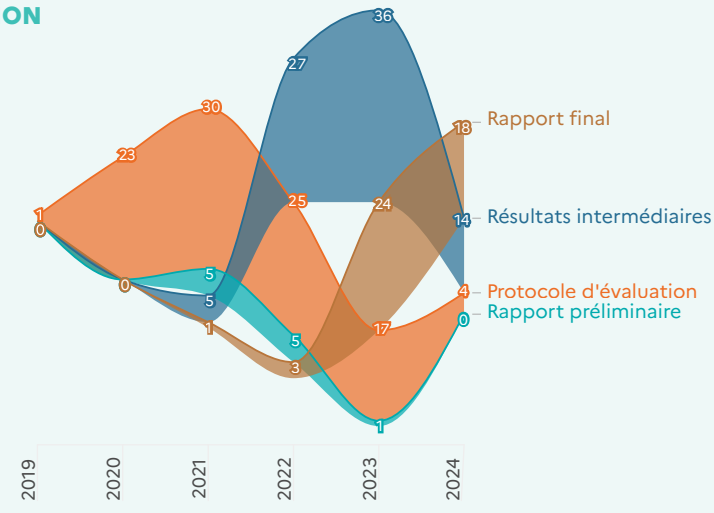
Au regard de l'ampleur du chantier - plus de 130 évaluations suivies depuis le début de l'Article 51 -, l'administration a su mettre en place une structure légère et agile qui permet un fonctionnement opérationnel du dispositif d'évaluation.

Ces résultats ne doivent cependant pas masquer certaines difficultés et notamment une charge de travail difficilement absorbable en 2024 et 2025, liée au nombre croissant de rapports finaux qui requièrent un investissement plus important des membres de la Cellule évaluation que pour les précédentes étapes de l'évaluation.

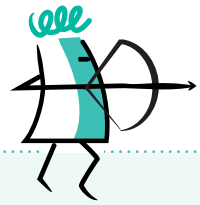
SIX ANS D'ÉVALUATION

Source : Article 51

En six ans
67 rapports finaux
92 résultats intermédiaires
12 rapports préliminaires
111 protocoles d'évaluation



Au 31 juillet 2024
18 rapports finaux
14 résultats intermédiaires
4 protocoles d'évaluation



Une standardisation difficile des approches évaluatives mais des enseignements communs qui émergent

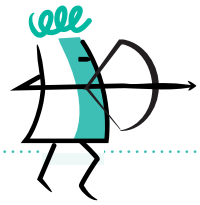
Les travaux méthodologiques lors de la préfiguration de l'Article 51 ont montré qu'il n'existe pas « de méthode sur étagère » pour évaluer les expérimentations A51. Les travaux d'harmonisation des livrables et les ajustements itératifs se poursuivent mais une standardisation complète des protocoles n'est pas possible en raison de la diversité des innovations expérimentées et de leur niveau de maturité. Des enseignements communs commencent cependant à émerger et il serait utile de les approfondir en investissant dans des travaux de capitalisation. Par exemple, point central de nombreuses expérimentations, l'évaluation de la prise en charge pluriprofessionnelle ne se construit pas de manière spontanée, elle requiert des temps d'information, de formation ainsi que des temps moins visibles visant à fédérer les acteurs sur l'intérêt du projet, également des temps de construction de la légitimité des acteurs en charge de la coordination et de ceux auxquels certaines prises en charge sont déléguées. De même, la charge de travail liée à la coordination est parfois initialement sous-estimée. Dans la construction des collaborations entre la ville et l'hôpital, il apparaît souvent que l'hôpital cherche à organiser le suivi des patients après la phase aigüe. La collaboration s'appuie principalement sur les IDEL et les pharmaciens d'officine, mais il apparaît plus difficile d'embarquer les médecins traitants. Il est important de repenser, de manière réaliste, le rôle que ces derniers doivent / peuvent jouer dans le cadre de ces prises en charge. Le mode de rémunération forfaitaire est le plus souvent plébiscité par les expérimentateurs malgré des difficultés initiales de facturation qui s'atténuent au cours du temps. Entre autres, ils soulignent la possibilité d'adapter les prises en charge aux besoins spécifiques de chaque patient mais avec une complexité de facturation et de partage du risque.

Évaluation et transposition dans le droit commun : un double malentendu

Trop souvent, dans l'esprit de nombreux acteurs, les résultats de l'évaluation peuvent être confondus avec la décision de transposition dans le droit commun. Or, celle-ci reste éminemment politique au sens de l'inscription de l'expérimentation dans une politique de santé cohérente. Des prises en charge innovantes proposées par certains projets ont pu se révéler caduques du fait d'arbitrages politiques qui ont préféré d'autres modalités. Cela a été le cas, par exemple, de l'organisation de la prise en charge de la télésurveillance pour laquelle les expérimentations 51 montrent l'intérêt d'autres modèles comme également souligné par la note prospective sur la télésurveillance en France.

En outre, l'analyse évaluative n'est jamais binaire ; même lorsque le point de vue est globalement négatif, elle met en évidence des obstacles, voire des échecs mais aussi des composantes de la mise en œuvre du projet qui ont réussi. L'échec en lui-même est source d'enseignement et peut conduire à la conception d'une nouvelle expérimentation corrigeant les points d'achoppement initiaux.

> L'autre malentendu est lié à une compréhension erronée d'un lien quasi automatique entre la réussite d'une expérimentation et le succès de son passage à l'échelle en cas de décision de transposition dans le droit commun. Or la littérature scientifique sur le passage à l'échelle des innovations montre que beaucoup d'expérimentations réussies sont restées au stade expérimental sans jamais réussir à se développer comme attendu.



Ces observations entrainent deux réflexions importantes sur la stratégie d'utilisation des résultats des évaluations dans la transposition dans le droit commun des expérimentations :

1. Ne pas se focaliser sur les seuls résultats de « l'efficacité » (impacts sur la santé ou les dépenses de santé). Ils sont obtenus dans le contexte très spécifique de l'expérimentation et ne sont pas automatiquement reproductibles. Ce qui est essentiel à la transposition dans le droit commun, c'est d'identifier comment les moyens et les organisations mises en œuvre (processus, pratiques etc.) et certains éléments de contexte expliquent ces bons résultats. Il faut parvenir à répondre à la question « que faut-il absolument garder / reproduire de l'expérimentation pour espérer retrouver des résultats aussi favorables ? ».

2. Bien utiliser les évaluations consiste aussi à ne pas se focaliser sur l'expérimentation que l'on souhaite transposer dans le droit commun mais à tenir compte des enseignements d'évaluations d'autres expérimentations, qu'elles portent ou non sur le même thème, qu'elles soient ou non un succès. La contribution des évaluations aux travaux d'analyse par grappe, c'est-à-dire par groupes d'expérimentations avec des modèles d'organisation et/ou de pathologies prises en charge proches, va permettre de tenir compte de l'ensemble des enseignements, que les expérimentations soient probantes ou non.

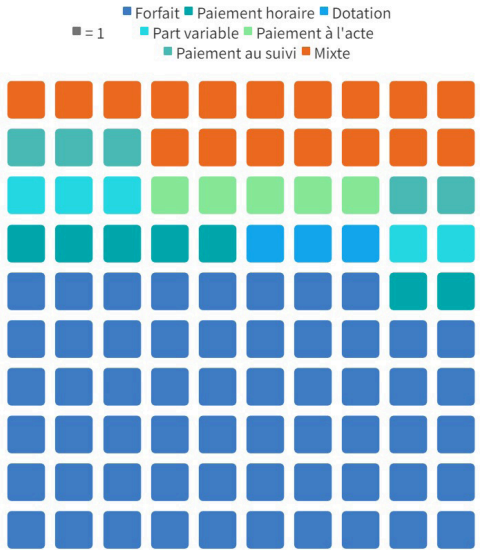
C'est donc un regard beaucoup plus « globalisant » qu'il faut porter sur les évaluations pour en tirer les enseignements essentiels à la conception et à l'accompagnement des dispositifs que l'on souhaite voir passer à l'échelle. Pour cela, il est essentiel de se donner les moyens de la « capitalisation » : reprendre les rapports d'évaluations, en croiser les enseignements, mobiliser des expertises diverses, issues de l'administration de la santé, de la recherche et des acteurs de terrain, activité difficilement réalisable avec le dimensionnement de la Cellule Évaluation.

3

ON PASSE LE RELAIS

Les directions métier du ministère, de la CNAM et de la CNSA, prennent le relais pour organiser la transposition dans le droit commun des expérimentations 51 probantes. Dans cette perspective, plusieurs modalités de transposition dans le droit commun sont possibles : *via* le champ conventionnel lorsque l'innovation concerne des professions de santé conventionnées ; *via* les arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé et les ESMS ; *via* les parcours coordonnés renforcés (PCR) issus de l'article 46 de la LFSS 2024 pour les expérimentations nécessitant une prise en charge collective par plusieurs professionnels financée sous forme de forfaits durant la phase expérimentale.

PART DE CHAQUE MODÈLE DE FINANCEMENT POUR LES 155 EXPÉRIMENTATIONS AUTORISÉES



Les tendances initialement observées depuis la mise en place du dispositif se confirment avec une majorité de modèles de financement forfaitaire qui concernent 58 % des 155 expérimentations autorisées expliquant la création du cadre générique permettant le financement collectif au parcours (PCR).
On constate par ailleurs une légère augmentation des expérimentations reposant sur un modèle de financement mixte, qui passent de 15 % en 2023 à 17 % en 2024.

LE PARCOURS COORDONNÉ RENFORCÉ (PCR) SE PRÉCISE

Défini par l'article 45 de la LFSS 2024, il propose une prise en charge collective coordonnée du patient par un ensemble de professionnels autour d'un épisode de soins et une solvabilisation de prestations aujourd'hui non remboursées comme de l'activité physique adaptée. Ce parcours sera déployé par des structures, qui assurent la fonction de coordination et d'organisation du parcours, qui répertorient et mobilisent les professionnels impliqués dans la prise en charge et qui ordonnancent les paiements. Le paiement de chaque acteur intervenant dans ce parcours est ensuite réalisé directement par la caisse locale de sécurité sociale. Ce cadre générique permet de rémunérer de manière solidaire les professionnels de différentes structures intervenant dans des parcours coordonnés renforcés, adaptables aux besoins du patient. Il pourra se déployer entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

Le financement de ce parcours repose sur une enveloppe financière globale par patient, déterminée par arrêté ministériel, avec une répartition modulable en fonction des besoins de chaque patient.

Pour la mise en application de ce cadre générique, plusieurs textes sont nécessaires :

- Un décret en Conseil d'État (DCE) portant sur la prise en charge de ces parcours ;
- Un décret simple ayant pour objet de lister les catégories de structures autorisées à déployer ces parcours en étant responsables de leur coordination ;

- Un arrêté listant les différents parcours coordonnés renforcés et les modalités d'application communes à tous les parcours (règles de facturation, partage d'information, projet de parcours…) ;
- Un arrêté par parcours coordonné renforcé détaillant le cahier des charges associé à chaque parcours.

Les deux projets de décrets ont été travaillés, sous l'égide de la DSS, avec des porteurs d'expérimentation « Article 51 » pour tester leur acceptabilité et faisabilité.

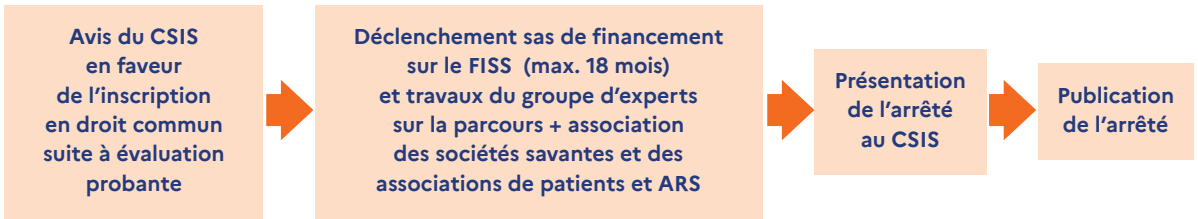
Les grandes lignes de ces deux projets de décret ont été présentées lors du **comité stratégique de l'innovation en santé du 4 avril 2024.** Ils ont ensuite été présentés plus en détail aux principales organisations concernées : fédérations hospitalières, organisations représentatives du médico-social, UNPS, ordres professionnels et organisations représentant les structures d'exercice coordonné (MSP, centres de santé et CPTS).

Principes posés par le DCE

- La structure déployant le PCR assume la responsabilité de la qualité de ses intervenants afin de ne pas ralentir le déploiement des PCR. Elle sera responsable de leur déclaration et aura pour responsabilité de s'assurer que les professionnels, conventionnés ou non, présentent bien les compétences attendues.
- Le montant de la participation des organismes complémentaires sera défini par arrêté. Les cas d'exonérations de participation de l'assuré aux parcours, reprennent les cas d'exonérations de droit commun (ALD en particulier, qui constitueront la grande majorité des patients des premiers parcours).

Plusieurs parcours font l'objet de travaux pour préparer leur inscription dans le droit commun, notamment sur la prise en charge médicale de second recours de l'obésité, sur la rééducation cardiaque en ville, sur la rééducation respiratoire à domicile, et l'addictologie en premier recours. Ces parcours sont construits dans le cadre de groupes de travail qui associent les directions d'administration centrale, l'équipe nationale du 51, la Cnam et la CNSA. Ils sont ensuite discutés avec les expérimentateurs et les autres parties prenantes de la thématique (sociétés savantes et CNP notamment).

MÉTHODE D'ÉLABORATION DES PCR



LES AUTRES VECTEURS SONT ÉGALEMENT MOBILISÉS

Les négociations conventionnelles

Dès lors que l'évaluation de l'organisation expérimentée est positive et que son modèle de financement concerne des professionnels de santé conventionnés, la transposition en droit commun par la voie conventionnelle est privilégiée. C'est, par exemple, le cas d'Équilibres (tarification horaire infirmier), d'Urgences dentaires et de PharmaOsys. Dès lors, l'inscription en droit commun est dépendante de l'acceptabilité par les professionnels concernés de l'innovation qui, par définition, peut remettre en cause les modèles en place. Cela nécessite de travailler parallèlement sur les impacts de cette inscription sur le système de santé en cherchant les modalités d'intégration organisationnelle, de facturation et de contrôle les plus adaptées pour conserver les facteurs-clés de succès de l'innovation. La durée de la période transitoire de l'innovation prend en compte le temps nécessaire à l'inscription. Néanmoins, la loi prévoit qu'elle ne peut pas excéder 18 mois.

Urgences dentaires

La LFSS 2024 a inscrit dans les textes la possibilité que des chirurgiens-dentistes assurent une régulation de l'accès à la permanence des soins dans les locaux des SAMU-Centre 15 et prévu leur rémunération dans le cadre de la convention avec l'Assurance maladie. Un projet de décret a été concerté et a pour objet de rendre possible la mise en place d'une régulation de l'accès à la permanence des soins dentaires en modifiant et enrichissant les articles du chapitre relatif à la permanence des soins dentaires du Code de la santé publique. Les modalités d'organisation de la régulation de l'accès à la permanence des soins, seront détaillées dans une instruction aux ARS. La rémunération conventionnelle de cette régulation a fait, quant à elle, l'objet d'une négociation entre l'Assurance maladie et les représentants des chirurgiens-dentistes. L'avenant signé le 4 juillet dernier fixe le tarif horaire conventionnel à 90€.

Les arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé et les établissements ou services médico-sociaux (ESMS)

Lorsque l'innovation est déployée spécifiquement dans un établissement de santé ou un ESMS, le travail d'inscription dans le droit commun relève des voies d'organisation et de financement de ces structures dans le cadre des textes réglementaires et de circulaires, voire de mesures législatives, de chaque direction du ministère concernée.

C'est notamment le cas de l'expérimentation « Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères ». Cette expérimentation a permis de mettre en place des cellules expertes pour la coordination des patients insuffisants cardiaques sévères, « CECICS ». Le protocole de coopération sur lequel s'appuie chaque CECICS devra être actualisé au regard de l'évolution des recommandations de l'*European Society of Cardiology* et nécessitera une priorisation dans les travaux de la HAS et du ministère. Le modèle économique de cette expérimentation fait également l'objet de travaux avec la DGOS et nécessitera une évolution des règles de gestion et de facturation des modèles de financement actuels des établissements de santé qui seront précisées par arrêté et circulaire budgétaire.

SANS OUBLIER L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA TRANSFORMATION

L'accompagnement des équipes dépasse le cadre des expérimentations 51. La diffusion des innovations organisationnelles et leur mise en œuvre nécessitent un accompagnement des acteurs, renforcé et diversifié. Plusieurs stratégies peuvent être déployées. Des stratégies à l'initiative des administrations tant au niveau national qu'au niveau régional ainsi que des stratégies à l'initiative des professionnels de santé. Quelques exemples sont présentés dans ce chapitre.

À l'initiative des pouvoirs publics

L'ensemble des initiatives des pouvoirs publics permet de favoriser l'émergence des expérimentations et le repérage précoce des maladies respiratoires chroniques et leurs prises en charge.

ZOOM sur
Une athlète de haut niveau avec un staffing exceptionnel : la BPCO

La bronchopneumopathie chronique obstructive est une affection respiratoire chronique dont la prévalence est estimée à 10%[18] dans la population française. La mortalité liée à la BPCO en France est conséquente, avec des taux bruts de mortalité à 18/100 000, soit 12 000 décès par an. En effet, l'évolution de la BPCO est naturellement défavorable. Elle est marquée par des épisodes d'exacerbations qui dégradent la capacité fonctionnelle respiratoire. Le traitement standard des BPCO comprend un sevrage tabagique, des bronchodilatateurs, une corticothérapie, une activité physique régulière et la vaccination. S'il persiste un handicap respiratoire malgré ce traitement, une réadaptation respiratoire doit être proposée. Celle-ci comprend le réentraînement à l'effort et l'éducation thérapeutique, auxquels sont associés l'aide au sevrage tabagique, le suivi nutritionnel et la prise en charge psychosociale et kinésithérapique. Selon une analyse réalisée par la HAS et la CNAM en 2017, 69% des patients n'avaient pas consulté de pneumologue dans les 2 mois suivant une hospitalisation pour exacerbation et autant n'avaient pas bénéficié d'une réadaptation respiratoire dans les 90 jours. Actuellement, moins de 30% des patients atteints de BPCO bénéficient d'une évaluation annuelle de leur fonction respiratoire[19].

18. Santé publique France 2010
19. Rapport Charges et produits 2025

Dès 2015, l'**Assurance maladie** a mis en place un service de retour à domicile pour anticiper les besoins liés au retour à domicile du patient hospitalisé pour une exacerbation et fluidifier le parcours hôpital ville avec le programme **PRADO**.

En 2020, **la HAS** a élaboré et publié un guide de parcours de soins de la BPCO ainsi que des indicateurs de qualité pour évaluer le parcours de soins.

Des constats à l'action

3 projets d'**expérimentation 51** de parcours de réadaptation respiratoire pour la BPCO déposés par des professionnels de santé hospitaliers ou libéraux, en 2019 et 2020, ont été autorisés et déployés. Un projet de programme de soins intégrés pour la BPCO déposé en 2021 a été également autorisé et est en cours de déploiement.

En septembre 2024, l'**Assurance maladie** renforce son offre de services en ouvrant son service d'accompagnement ***sophia*** aux patients atteints de BPCO.

Un renouvellement de l'offre d'accès à une réadaptation respiratoire grâce aux expérimentations Article 51

Occitan'Air

une équipe pluriprofessionnelle met en œuvre un programme de réadaptation respiratoire à domicile sur 12 mois

RRTeledom

une réadaptation respiratoire à domicile dispensée par une équipe transdisciplinaire dans un format hybride (à domicile et par téléphone)

Inspir'Action

une approche graduée de la réadaptation respiratoire avec trois modalités, deux en SMR et une en télé réadaptation

+ MPSAT

Programme de soins intégrés en médecine de ville avec des séances éducatives visant à aider le patient à développer ses compétences d'autogestion, des activités physiques et un soutien psychosocial

L'ensemble des initiatives permet de développer un plan d'actions stratégiques complémentaires intégrant les prises en charge expérimentales permettant un repérage plus précoce des patients BPCO dont la prise en charge est suboptimale, des programmes d'accompagnement adaptés aux besoins du patient après évaluation.

ZOOM sur
L'accompagnement des dispositifs expérimentaux DRAD pour le passage vers des centres de ressources territoriaux (CRT)

L'expérimentation DRAD sur l'accompagnement renforcé à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie a été autorisée le 16 octobre 2020 pour une durée de 3 ans et 3 mois puis prolongée pour sécuriser la transition vers le droit commun des dispositifs expérimentaux. La LFSS de 2022 a avancé la généralisation du cadre de l'expérimentation afin de répondre à l'enjeu du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. La transition entre DRAD et Centres de Ressources Territoriaux (CRT) a eu lieu le 1er janvier 2024.

L'exemple de l'Île-de-France avec l'ARS IDF

Deux DRAD ont été expérimentés en IDF jusqu'au 31 décembre 2023.

Le premier appel à candidatures (AAC) pour le déploiement de la mission de CRT a été publié en mai 2023 pour un démarrage de l'activité au 1er janvier 2024. Une grille d'analyse de la maturité des projets portant à la fois sur leur organisation, la gouvernance et les partenariats proposés a permis de sélectionner des projets robustes, concernant le volet 1 des CRT, adapté selon les besoins du territoire (favorisant l'accès aux soins et à la prévention, la lutte contre l'isolement des personnes âgées et des aidants, le partage de bonnes pratiques) et le volet 2, qui correspond aux missions des DRAD (sécurisation du logement, téléassistance, aide à l'ouverture de droits, gestion des sorties d'hospitalisation, coordination renforcée des interventions à domicile…).

Les deux porteurs DRAD ont déposé un dossier de candidature. Après analyse des dossiers, un seul DRAD a été sélectionné.

L'opérateur retenu était également porteur d'un dispositif expérimental régional dénommé « EHPAD Territorial », qui correspondait au volet 1 du CRT. Cette expérimentation a pris fin le 31 décembre 2023 au bénéfice de la nouvelle mission de CRT. L'EHPAD lauréat était dès lors opérationnel sur les volets 1 (cf. EHPAD Territorial) et 2 (cf. DRAD) dès le 1er janvier 2024.

L'ARS IDF accompagne également le porteur du DRAD non sélectionné au titre de l'AAC du CRT 2023. Depuis le 1er janvier 2024, et durant deux années (2024-2025), cet opérateur met ainsi en œuvre un dispositif régional innovant permettant de poursuivre un accompagnement renforcé auprès des personnes âgées qui bénéficiaient du DRAD.

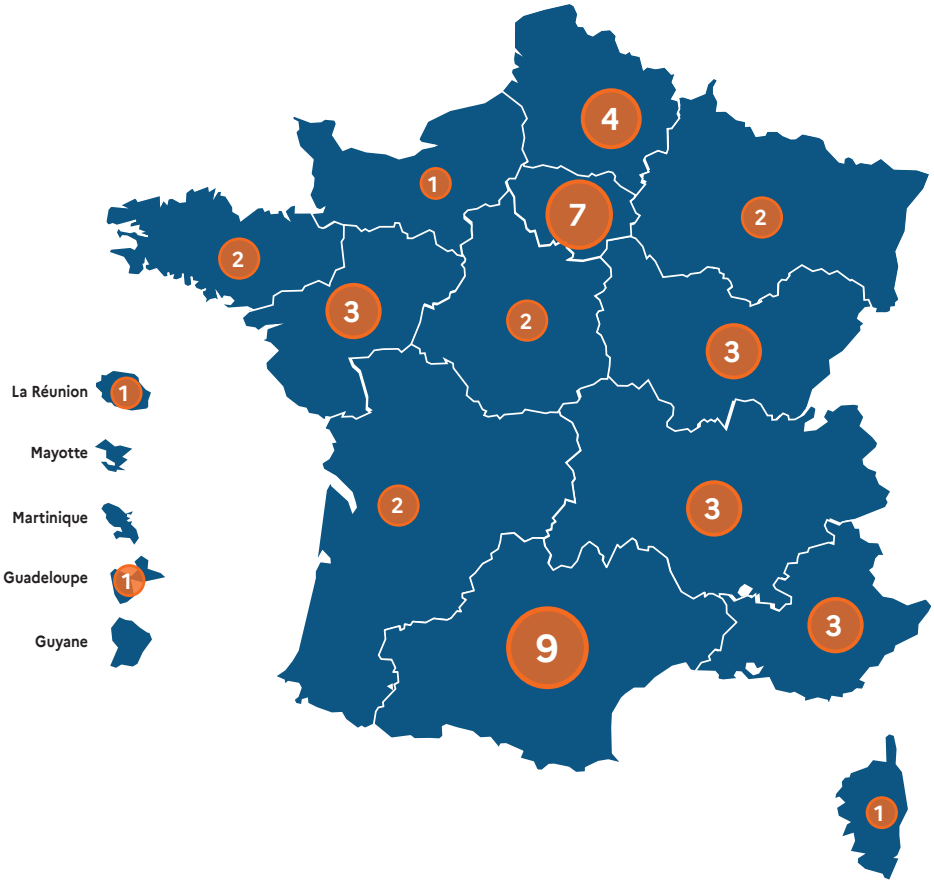
L'ARS IDF publiera de nouveaux AAC relatifs au déploiement de la mission de CRT auxquels le porteur du DRAD non retenu pourra, s'il le souhaite, candidater à l'avenir.

Le rôle moteur de la DGCS

L'accompagnement du déploiement des CRT et l'articulation entre les dispositifs expérimentaux et le droit commun ont été réalisés avec la DGCS dans un rôle de pivot et de coordinateur entre les acteurs concernés. Des échanges réguliers avec les ARS ont eu lieu ainsi qu'entre les ARS et les DRAD pour accompagner la transition vers les CRT. Un accompagnement par l'ANAP a également débuté sous la forme d'une communauté de pratiques qui a donné lieu au développement d'une boîte à outils pour aider à répondre aux appels à candidature. L'atelier de fin d'expérimentation organisé par l'équipe nationale Article 51 en lien avec la DGCS en septembre 2023 a permis d'envisager les différentes voies de sortie d'un DRAD et leurs impacts (en termes de recrutement des professionnels de santé, de recherche de financements complémentaires, de détermination des actions à mener en cas de transition ou non vers le CRT). Dans le cas d'un DRAD qui ne devient pas un CRT, le rôle de l'ARS est déterminant. Des actions prioritaires à mener ont été identifiées : élaboration d'un rétroplanning de clôture, mise en place d'un comité de passation pour organiser le transfert sécurisé des bénéficiaires et des salariés et l'importance d'une communication à propos de la fin de l'expérimentation auprès des bénéficiaires.

À l'initiative des ARS

Répartition des 14 innovations en période transitoire par région



Exemple de l'accompagnement par l'ARS Corse : l'Article 51 comme levier de l'exercice coordonné

L'ARS Corse a construit sa stratégie sur 2 axes, afin d'aboutir à une feuille de route commune au sein de l'écosystème.

Intégrer les innovations 51 aux priorités régionales :

- le CODIR/DG a validé le principe d'acculturation des directions métiers afin qu'elles intègrent le 51 comme un levier dans leur stratégie pour déployer leurs objectifs du projet régional de santé : utilisation d'un espace commun contenant des fiches synthétiques des XP, partage des avis de généralisation aux directions métiers pour intégrer ces nouvelles organisations dans leur stratégie en évitant « la superposition » et en favorisant « l'inclusion » des dispositifs.

S'appuyer sur la fédération des exercices coordonnés

- la fédération identifie les points de difficulté au moment de la généralisation et de la transposition. C'est l'interlocuteur privilégié des équipes en exercice coordonné qui échange régulièrement avec l'ARS.

Clé de succès :
stratégie commune, agilité, langage commun, 51 comme booster du projet régional de santé.

Exemple de l'accompagnement par la DCGDR Pays de la Loire : créer une communauté pour acculturer.

- Mise en place d'une Journée de l'innovation qui a permis de réfléchir au rôle des accompagnateurs locaux : accompagner la transposition dans le droit commun, faire connaître les expérimentations, accompagner en interne (communication, pédagogie, gestion de nouveaux modes de paiement) et en externe (accompagner les professionnels de santé, les porteurs)
- Une newsletter va être mise en place pour faire connaitre 2 projets/mois au réseau Assurance maladie
- Mise en place d'une journée de l'innovation commune ARS/AM pour faire travailler ensemble les binômes.

Exemple de l'accompagnement par l'ARS IDF : une information ciblée

Quelles que soient la nature et la localisation des expérimentations (régionales, inter-régionales, ou ministérielles), l'entrée dans le droit commun des organisations innovantes généralisées concernera l'intégralité du territoire national.

L'enjeu en région est d'avoir de la visibilité sur l'ensemble des expérimentations déployées, et ce même hors IDF, afin d'anticiper l'inscription dans le droit commun des futurs parcours coordonnés renforcés notamment.

L'ensemble des directions métiers et des experts thématiques a bénéficié d'une présentation personnalisée des expérimentations concernant son champ d'activité, et un document interne a été élaboré, comportant :

- un focus sur les modalités d'inscription possibles dans le droit commun, avec la présentation du cadre des parcours coordonnés renforcé (art 46 LFSS 2024) ;
- les résumés de l'ensemble des expérimentations autorisées sur le territoire national (avril 2024), assorties des calendriers de sortie des expérimentations par thématique.

Exemple : le référent thématique « santé de l'enfant et périnatalité » visualise les 9 expérimentations Article 51 autorisées sur ce champ, sur une frise calendaire (arrêtées ou en cours de déploiement) ; cela lui permettant d'anticiper les potentielles futures innovations organisationnelles qui s'inscriront dans le droit commun en fonction des échéances à venir ; avec les résumés des 9 expérimentations.

À l'initiative des professionnels de santé

Afin de répondre aux différentes sollicitations, une association pour la promotion des structures libérales légères (SLL) a été créée. Celle-ci a organisé avec le porteur des SLL une journée d'échanges sur les retours d'expériences d'expérimentation Article 51 (EMNO, SLL, Cardio+), et le « Après 51 ». Cette journée a été l'occasion de réunir une quarantaine de professionnels de santé, de présenter le PCR, d'échanger sur les collaborations et partenariats mis en place et à venir, sur l'organisation et la mise en place des parcours, sur l'investissement, sur la gestion des équipes pluriprofessionnelles et sur les outils. Cette approche collaborative avec les pairs facilite l'appropriation du concept de façon opérationnelle par les adopteurs précoces.

À l'initiative des associations de patients

À l'occasion d'une de ses réunions avec l'ensemble de ses associations membres début 2024, France Assos Santé a souhaité dédier une session sur les expérimentations Article 51 pour donner à voir les différentes initiatives en cours tout en croisant les regards entre la rapporteure générale, l'association « Soignons humain » portant l'expérimentation « Équilibres » et le modérateur, représentant France Asso Santé et témoignant sur l'expérimentation des centres de santé sexuelle d'approche communautaire portée par la Direction générale de la santé.

CONCLUSION

Cette dernière année marque la fin d'un cycle pour de nombreuses expérimentations arrivées à échéance. Les 2 plus grands défis auxquels a dû répondre le dispositif 51 en cette année 2023-2024 sont de terminer les phases expérimentales et de passer le relais aux directions du ministère, de la Cnam et de la CNSA. La comparaison aux épreuves des JO retracées dans le rapport illustre assez bien les efforts réalisés par les équipes 51 pour faire face à l'activité exceptionnelle de 2023-2024 alors que leurs effectifs restent stables.
Néanmoins, le portefeuille d'expérimentations diminuera nettement en 2025 permettant ainsi d'ouvrir de nouvelles perspectives qui seront définies sous l'égide du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé. Ce sera l'une des nombreuses missions de la nouvelle rapporteure générale.

4

LES ANNEXES

ANNEXE 1 **Les équipes**

ANNEXE 2 **Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles**

ANNEXE 3 **Les données d'activités**
3.1. Le devenir des projets
3.2. La prévention
3.3. Outils numériques, produits de santé et télésanté – Pour les 155 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation

ANNEXE 4 **Les abréviations**

Annexe 1 Les équipes au 1er septembre 2024

LE RÉFÉRENT 51

LE RÉFÉRENT 51

CENTRE-VAL DE LOIRE
Clémence CHARRAS
Baptiste DESPRES
Matthieu LEMARCHAND
Magali MERCIER
Anne-Claire METAUT

BRETAGNE
Hélène DELAVEAU
Amelyne LE DUC
Annie MORVAN
Stéphanie BOURIC
Chrystèle LE BIHAN

PAYS DE LA LOIRE
Pierre BLAISE
Isabelle TOUCHARD
Thomas BOUVIER
Anne-Gabrielle COLIN

RÉUNION
Denise PELLASSY-TARBOURIECH
Florence LACROIX
Sophie MUNG

MAYOTTE
Karima SAID HALIDI

MARTINIQUE
Nadine DEFREL
Sylvia BAPTÉ

GUADELOUPE
Jean-François CAYET
Pascal GODEFROY
Marie-Josée MOVREL
Mélie POPA
Brigitte SCHERB
Murianne LOCHE-RANGUIN
Élodie BABEU
Christine BRIATTE

NORMANDIE
Sébastien FONTENY
Fabian RICHARD
Yann CAZIN
Faustine LEMASSON

HAUTS-DE-FRANCE
Vincent VAN BOCKSTAEL
Françoise CUNY

ÎLE-DE-FRANCE
Delphine JOYON
Ugo BERGAMINI
Axèle REBERGA
Fanny-Sophie BRIENEN

GRAND EST
Morgane BECK
Sabrina BYOT
Aude JEHL

BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ
Christian FOURY
Cécile LUMIÈRE
Olivier HUDRY
Marion MASSARO-BARO

AUVERGNE-RHÔNE-ALPES
Laurent PEISER
Delphine BOUCHET
Pauline QUEYROUX-GALERA

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
Marion CHABERT
Céline MANSOUR
Géraldine TONNAIRE
Maxime BELTIER
Carole DENOIT
Johanna MABILLE

CORSE
Carine ALBERTINI
Marie-Hélène PIETRI-ZANI
Sandra ARCHIMBAUD
Christian MILLIES-LACROIX

OCCITANIE
Christophe BONNIER
Muriel RESSIGUIER

GUYANE
Zéty BILLARD
Estelle RICHARD
Louise MARTIN

NOUVELLE-AQUITAINE
Odile MARTIN
Valérie VERCLYTTE

L'ÉQUIPE NATIONALE

ÉQUIPE NATIONALE DÉDIÉE
Romain Barres
Camille Combarieu
Annie Fouard
Julie Gaillot
Natacha Lemaire
Jean Malibert
Claire Oget-Gendre
Gabrielle Peyre-Lanquar
Fattoum Smadhi

CNAM
Sandrine Augui
David Benhammou
Pierre Bergman
Ève Blondel
Bertran Carlier
Martin Courault
Ève Isenmann
Joannie Ramanantsoa
Victoria Redouly
Yohan Wloczysiak

Accélérateur 51
Stéphane Arouete

CELEVAL
Anne-Sophie Aguadé (Cnam)
Frédéric Bousquet (Cnam)
Adrien Dozol (Cnam)
Pauline Vidal (Drees)

avec un soutien des Cpam
(Gard, Ille et Vilaine,
Loire Atlantique et Somme)
de 3,1 ETP

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Les expérimentations s'inscrivent majoritairement dans les priorités nationales portées par les différentes stratégies nationales, feuilles de route et plans nationaux. Les unes et les autres visent l'amélioration de l'accès aux soins, du repérage, de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes fragiles, des conditions de vie, de l'inclusion sociale, de la citoyenneté des personnes ayant un trouble psychique, de la prévention et également de la pertinence et de la qualité des soins.
Les expérimentations, qu'elles soient en cours, terminées ou devenues innovations (période transitoire/sas), ont été cartographiées en fonction des différentes priorités et des stratégies, feuilles de route ou plans nationaux.

- ***Expérimentation à l'initiative d'acteurs***
- sas ***Innovation à l'initiative des acteurs en période transitoire/sas***
- X ***Expérimentation à l'initiative des acteurs terminée***
- ***Expérimentation d'initiative ministérielle***
- sas ***Innovation d'initiative ministérielle en période transitoire/sas***
- X ***Expérimentation d'initiative ministérielle terminée***

Périnatalité et enfance

Pour en savoir plus, voir site du 51

Feuille de route « Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 »

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

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

- Base
- Cocon NA
- Cocon OCC
- Cocon PACA
- Copa
- Mam'en'forme
- RéPAP

Stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement 2023-2027

L'innovation Parcours de santé TSLA Occitanie porte sur la mise en place d'un dispositif destiné aux enfants de 6 à 15 ans présentant des troubles spécifiques du langage et des apprentissages et à leur famille. Elle permet de nourrir le travail d'extension aux 6-12 ans des plateformes annoncé par le président de la République lors de la Conférence nationale du handicap le 11 février 2020.

- Cocon NA
- Cocon OCC
- Cocon PACA
- sas TSLA

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2024-2027

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

- SAS Santé protégée
- PÉGASE

Programme national nutrition santé 2019-2023 : une approche globale de l'obésité

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

Emno articule par exemple une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée nutrition santé associée à un accompagnement pédagogique dématérialisé.

- Baria'Up
- sas Emno
- GPSO
- Mamen'forme
- Obepar
- Obepedia
- Paco
- Pralimap
- Proxob
- Timéo
- Topase

Stratégie Sport Santé 2019-2024

Les expérimentations répondent aux deux objectifs du deuxième axe de la stratégie Sport et Santé, « Développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée à des fins d'appui thérapeutique ». Elles proposent une offre et un cadre adaptés pour une activité physique à visée thérapeutique par la mise en place de parcours intégrant l'activité physique adaptée pour des maladies chroniques.

- X APA connectée cancer
- As du coeur
- Cami Sport et cancer
- Eva Corse
- Inspir'Action
- sas Occitan'air
- Read'hy
- RRTeledom
- Structures libérales légères
- Walk Hop

ZOOM sur

As du cœur

Ou favoriser la pratique d'une activité physique (AP) autonome, régulière et durable chez des patients sortant de la phase de réadaptation cardiovasculaire. L'expérimentation propose un programme d'APA « passerelle » de 5 mois, mis en œuvre en lien avec le médecin traitant. Ce programme est complété par des ateliers d'éducation thérapeutique. Il permet la pérennisation d'une pratique d'APA régulière par le patient après sa prise en charge ainsi que le maillage des territoires d'expérimentation par une offre APA de proximité à visée thérapeutique et de qualité.

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027

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

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

Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » : le lien premier recours/second recours

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

- DIPPE
- DSPP adultes
- DSPP enfants
- Home
- MBCT
- X Microstructures post-Covid-19
- Passport bipolaire
- Sesame
- SPAdepress
- SIIS

Annexe 2 Les expérimentations et innovations et les priorités ministérielles

Conférence nationale du handicap 2023-2026

Les expérimentations dans le champ du handicap améliorent l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Certaines sont centrées sur le domaine bucco-dentaire. Handiconsult'34 teste un modèle économique pour des consultations dédiées pour différentes spécialités.

EqLAAT met en place un accompagnement des personnes au choix et à la prise en main des aides techniques avec une évaluation par des équipes spécialisées de proximité. Enfin, l'expérimentation AFM Téléthon teste un modèle d'accompagnement de la personne dans son parcours de santé avec la mise en place d'un référent parcours.

- AFM téléthon
- AUTO-NOM
- sas EqLAAT
- X Facilisoins
- sas Handiconsult'34
- Hand'Innov
- Ildys/buccodentaire
- TEAM&CO

Zoom sur

ADMR

Permettre le maintien au domicile de la personne âgée (GIR 4 à 6) grâce à une organisation innovante des services à domicile permettant de repérer les situations de dégradation et de déclencher les réponses adaptées en lien avec les acteurs du territoire et la famille du bénéficiaire. Le déclenchement de l'alerte repose sur une application numérique utilisée par l'aide au domicile pour mesurer à chaque passage l'état de la personne.

Stratégie « bien vieillir » 2024-2030

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

- sas ADMR
- X Buccodentaire
- GHT- Cher
- X DNUT PDL
- X DRAD
- CBDM
- X Iatroprev
- ICOPE
- Ildys
- Lena
- Nutri'Age
- X Octave
- X Optimed
- Passcog
- PEPS PA
- Psycog
- Remidom
- RSMO
- SBDM
- X Toktokdoc
- UFSBD
- Vigie Age
- UNA

Ségur de la santé, mesure 27 : Lutter contre les inégalités en santé

L'objectif de ces expérimentations est de structurer et d'améliorer le parcours de santé des populations précaires dont les migrants. Elles mobilisent les compétences de professionnels de premier recours (médecins généralistes) et des professionnels hors secteur sanitaire (médiateurs en santé, interprètes), tout en accompagnant le patient vers l'autonomie en tant que soigné et en tant qu'usager.

- Argos 2
- sas Centres de santé sexuelle d'approche communautaire
- X Consultations santé migrants
- sas Equip'Addict (BFC, GE, HDF, IDF, OCC)
- X Microstructures post-Covid-19
- Pascia'mans
- Sec Participatives
- Antenne Pharma (Corse)
- Antenne Pharmacie de Tende
- Unités mobiles de télémédecine (UMT)

Stratégie nationale de la santé sexuelle 2017-2030

Mesure phare du dernier Plan priorité prévention, l'expérimentation ***Centres de santé sexuelle d'approche Communautaire****, pilotée par la DGS, a pour objectif de faciliter les dépistages et d'accompagner la mise en place d'un traitement pour le VIH, les hépatites virales et les IST afin de diminuer significativement l'incidence de la transmission, dans les territoires les plus concernés par l'épidémie. Il s'agissait d'ouvrir quatre centres de santé sexuelle ouverts à tout public dans des régions prioritaires pour apporter une réponse globale aux besoins de santé et une offre de « test and treat », par une approche communautaire spécifique vers des populations cibles (hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), personnes transgenres, travailleurs du sexe...)*

- sas Centres de santé sexuelle d'approche communautaire

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

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

- Ako@dom/Picto
- X APA connectée cancer
- Cami Sport et cancer
- X EDS colectomie
- Immunothérapie à domicile CLB
- LIVHOU
- Metis Connect
- Thérapies orales / Oncolink

Stratégie décennale des soins d'accompagnement

Équilibres a pour ambition de libérer du temps de soins de l'équipe d'infirmiers libéraux pour une approche globale centrée sur le besoin des patients en privilégiant la relation humaine et de favoriser l'autonomisation du patient grâce à un paiement au temps passé.

Le parcours de soins coordonné des patients insuffisants rénaux chroniques orientés vers un traitement conservateur vise à la mise en place pour des patients en IRCT (stade 5) pour lesquels un traitement par dialyse n'est pas retenu, les ressources nécessaires à la dispensation coordonnée de traitements conservateurs afin d'améliorer leur qualité de vie sans altérer leur espérance de vie.

- sas Équilibres
- Parcours soins conservateurs IRC

Feuille de route du numérique en santé 2023-2027

La télésanté trouve naturellement sa place dans les expérimentations 51 en ce qu'elle permet la mise en place d'organisations nouvelles et innovantes permettant des collaborations et un suivi facilité. Les expérimentations proposent de nouveaux modes de prises en charge et permettent de tester leur propre modèle économique. Elles couvrent différents champs comme les maladies chroniques (plaies complexes, insuffisance cardiaque, greffe hépatique, diabète…), l'accès aux soins des résidents en Ehpad ou encore la maternité (diabète gestationnel).

TÉLÉSURVEILLANCE
- Ako@dom/Picto
- Cardio+
- sas Cecics
- DIAB-eCARE
- Metis Connect
- Optimcare
- Passport bipolaire
- Read'hy
- Thérapies orales/ Oncolink
- sas TLS diabète gesta
- sas TLS diabète gest (BRE) - Candiss
- UFSBD
- Walk Hop

TÉLÉEXPERTISE
- X Buccodentaire Cher
- Cardio+
- Domoplaies
- Gecoplaies
- Ildys
- SBDM

TÉLÉSOIN
- Walk Hop

TÉLÉCONSULTATION
- Baria'Up
- Cami Sport et Santé
- Cardio+
- Cica corse
- Inspir'Action
- Ipso santé
- Odysight
- Pharma'Osys
- RSMO
- SBDM
- X Toktokdoc
- UMT

Réforme des financements

Ségur de la santé, mesure 11 : Accélérer la réduction de la part de T2A

PAIEMENT À LA SÉQUENCE DE SOINS

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

- Plus de 70 projets

PAIEMENT AU SUIVI

Plusieurs expérimentations testent une rémunération au suivi, c'est-à-dire un montant forfaitaire octroyé par patient pour une prise en charge de santé globale (suivi, prévention, dépistage, soins, etc.) indépendamment du volume de soins prodigués sur la période de temps définie, dans un environnement donné (défini par un type de population, un type de territoire, des types d'actes etc.), sur une période de temps définie (annuelle/trimestrielle/mensuelle), souvent en fonction du type de patient (ajustement au risque).

- ADMR
- AFM téléthon
- DRAD
- IPSO santé
- Pegase
- PEPS
- PEPS2 CDS
- PEPS2 MSP
- Primordial
- Toktokdoc

Ségur de la santé, mesure 15 : Renforcer la qualité et la pertinence des soins, avec le développement d'une rémunération des médecins spécialistes sur la qualité de leurs pratiques

PAIEMENT QUALITÉ ET PERFORMANCE

- Baria'Up
- Biosimilaires
- Cardio +
- EDS
- EVA Corse
- IF-PBM
- IPEP
- Liste en sus
- Medisis
- Octave
- Optimed
- Passport Bipolaire
- PEPS
- PEPS2 CDS
- PEPS2 MSP
- Primordial
- Toktokdoc

INCITATION FINANCIÈRE À LA PERTINENCE DES SOINS

- Biosimilaires
- Cataracte
- Iatroprev
- Liste en sus
- Medisis
- Octave
- Optimed

La pépinière du 51

Les pousses du 51

L'Article 51 permet également à d'autres projets de se développer. Ils portent en germe les transformations de demain.

- ***Angele :*** allergies complexes, prise en charge globale, diététique et environnementale
- ***Chik Tambouyé :*** prise en charge de la forme longue du chikungunya
- ***Di@pason :*** biologie délocalisée de la mesure de l'INR pour patients sous AVK
- ***Diva :*** suivi intensif des AVC par des équipes pluridisciplinaires mixtes (ville/hôpital)
- ***EDS Pterygion :*** parcours intégré pour la chirurgie du Ptérygion en cabinet
- ***Équilibres :*** équipes d'infirmiers libéraux responsables et solidaires
- ***Filières oubliées :*** identification et prise en charge des patients TCCL (traumatisme crânio-cérébral léger)
- ***IF-PBM :*** prévention du risque transfusionnel par la mise en place d'un parcours PBM (Patient Blood Management) pour les chirurgies cardiovasculaires, orthopédiques et gynécologiques
- ***MPSAT :*** accompagnement thérapeutique des maladies chroniques avec la BPCO
- ***Parcours de soin dénutrition :*** parcours ville/hôpital de prise en charge de la dénutrition en Bretagne
- ***Parcours Transition :*** parcours de santé adapté aux besoins des adolescents atteints de maladies chroniques graves
- ***Pro IRC :*** prise en charge coordonnée précoce de la maladie rénale chronique
- ***RééducADOM :*** rééducation/réadaptation des patients complexes en post-AVC via un parcours de soin coordonné
- ***Régulation des urgences dentaires :*** régulation les dimanches et jours fériés, de la permanence des soins dentaires au sein des centres de régulation SAMU-Centre 15 par des chirurgiens-dentistes
- ***Santelys Nephronor IRCT :*** dispensation coordonnée de traitements conservateurs pour les insuffisants rénaux chroniques

ZOOM sur

Chik Tambouyé

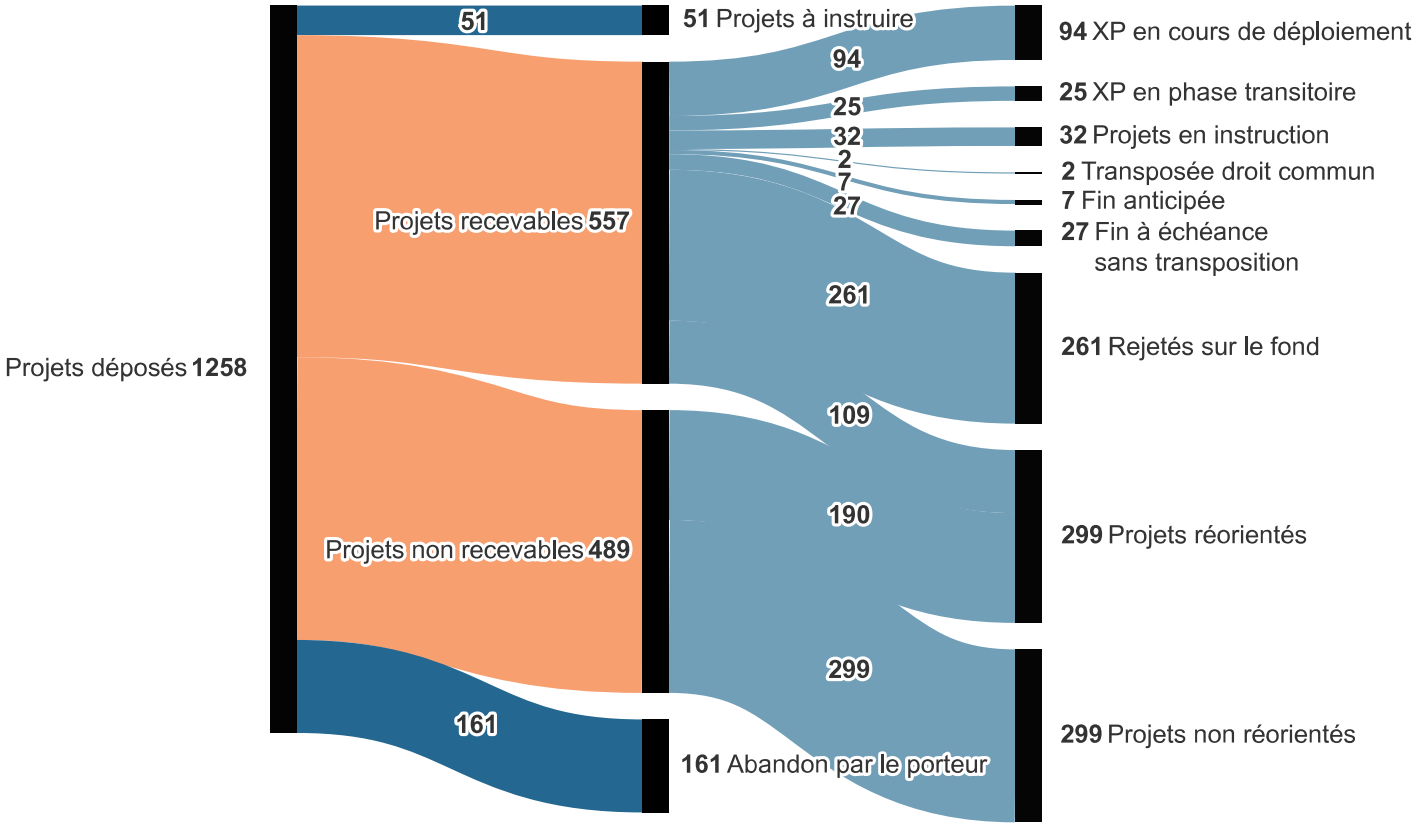
L'expérimentation Chik Tambouyé en Guadeloupe vise notamment à sensibiliser sur le chikungunya dans le cadre du renforcement de la prévention des maladies vectorielles. Cela passe par le déploiement d'un plan d'actions comprenant une sensibilisation du grand public et des professionnels de santé sur les conséquences tardives du Chikungunya, la formation des professionnels de santé, l'organisation d'un parcours de soins via des consultations complexes pluridisciplinaires ambulatoires (CCPA) avec la médecine de soins premiers, et l'instauration de programmes d'autorééducation.

Annexe 3 Les données d'activités

Annexe 3.1 Le devenir des projets

Pour cette septième année d'existence du dispositif 51, le nombre de projets déposés sur les plateformes régionales et nationale de l'Article 51 a dépassé les 1250 dont 44 % étaient recevables. Le nombre de projets déposés reste relativement constant. La diminution du nombre de projets à instruire se poursuit et traduit l'effort fait pour donner de la visibilité aux porteurs et répondre plus rapidement aux sollicitations. Le nombre de projets réorientés reste stable avec 299 projets réorientés. On constate une diminution du nombre d'expérimentations actives (27 expérimentations terminées entre 2023 et 2024 sans transposition directe) qui s'accompagne désormais du passage croissant en innovation (25 expérimentations pour 14 innovations, cf. commentaire page 34).

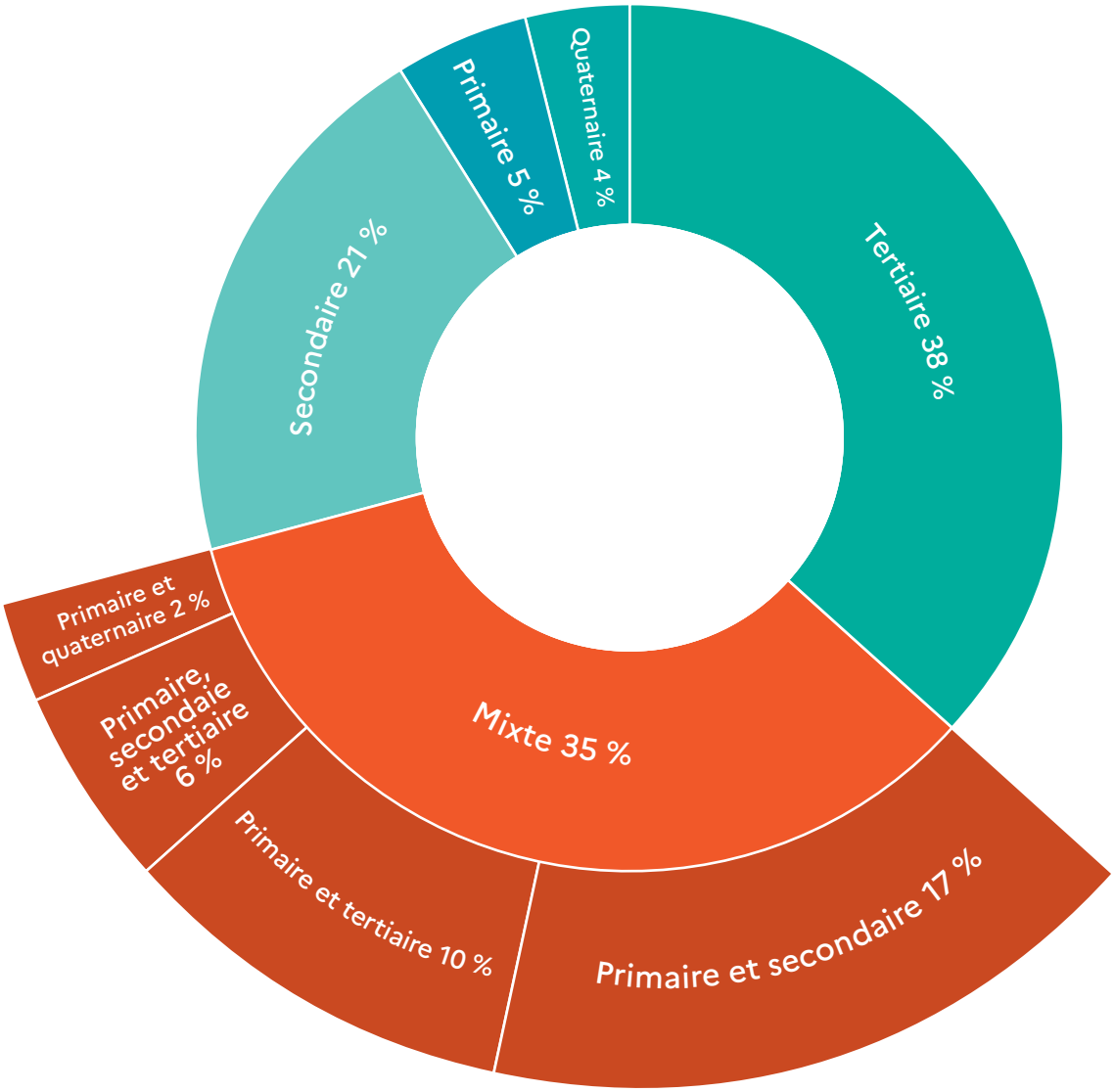
ÉTAT DE L'INSTRUCTION POUR LES 1 258 PROJETS DÉPOSÉS AU 31 JUILLET 2024



Annexe 3.2 La prévention

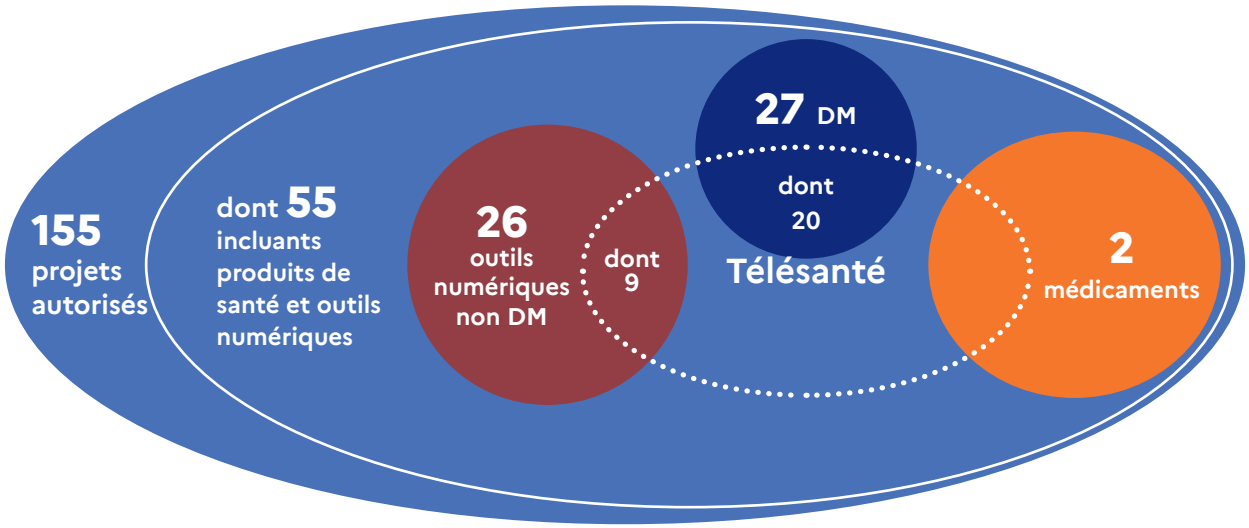
La prévention tertiaire, qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie, reste prépondérante à hauteur de 38 % des expérimentations autorisées intégrant une approche de prévention.

La prévention primaire et la prévention quaternaire correspondent à l'ensemble des activités de santé pour atténuer ou éviter les conséquences de l'intervention inutile ou excessive du système de santé. Elles restent minoritaires à hauteur respectivement de 5 % et 4 %.



Annexe 3.3 Outils numériques, produits de santé et télésanté – Pour les 155 expérimentations ayant fait l'objet d'une autorisation

Un peu plus d'une expérimentation autorisée sur 3 embarque un produit de santé ou un outil numérique non DM. La place des produits de santé reste stable dans les projets autorisés avec une expérimentation sur 5 concernée. Elle est assez en phase avec le rôle que peut avoir l'Article 51 dans le développement d'un produit de santé.



Annexe 4 Liste des abréviations

AAC : Appel à candidature

ALD : Affection de longue durée

AM : Assurance maladie

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

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

APA : Activité physique adaptée

ARA : Auvergne Rhône Alpes

ARS : Agence(s) Régionale(s) de Santé

AP : Activité physique

ASE : Aide sociale à l'enfance

A51 : Article 51

BARIA UP : Parcours d'accompagnement du patient autour de la chirurgie bariatrique

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

BPM : Bilan partagé de médication

CDP : Communauté de pratiques

CECICS : Parcours des insuffisants cardiaques sévères, cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère

CELEVAL : Cellule d'évaluation

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Caisse nationale d'Assurance maladie

CNCI : Centre national du concours de l'internat

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNP : Conseil national pluriprofessionnel

CPAM : Caisse primaire d'Assurance maladie

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CRT : Centre de ressources territorial

CSO : Centre spécialisé de l'obésité

CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé

CSP : Code de la santé publique

CV : Cardiovasculaire

DAPC : Division Agences, Partenariats et Concertation (DGS)

DCE : Décret en Conseil d'État

DCGDR : Direction(s) de la coordination de la gestion du risque

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DIVA : Dijon Vascular Project

DM : Dispositif médical

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

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

DSES : Direction de la stratégie des études et des statistiques

EAPA : Enseignant en activité physique adaptée

EDS : Épisode(s) de soins

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

EMNO : Amélioration de la santé d'un patient souffrant d'obésité

EN : Équipe nationale

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

ESMS : Établissements et services médico-sociaux

ESP : Équipe de soins primaires

ETP : Éducation thérapeutique du patient

EVA CORSE : Programme de réadaptation cardiaque en Corse

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fond pour l'Innovation du Système de Santé

FRU : Forfait réorientation des urgences

Annexe 4 Liste des abréviations

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GPSO : Gestion du parcours de santé dans l'obésité

HAS : Haute autorité de santé

ICOPE: Integrated Care for Older PEople

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'État

IDEC : Infirmier(e) diplômé(e) d'État de coordination

IDEL : Infirmière diplômée d'État libérale

IMC : Indice de masse corporelle

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPEP : Incitation(s) à une prise en charge partagée

JN : Journée nationale

JO : Jeux Olympiques

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MK : Masseur-kinésithérapeute

MS : Microstructures

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

MRTC : Mission retrouve ton cap

PA : Personne âgée

OMS : Organisation mondiale de la santé

PACO : Parcours chirurgie bariatrique

PAERPA : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PCO TND : Plateforme de coordination et d'orientation

PCR : Parcours coordonné renforcé

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

PEPS : Paiement(s) en équipe des professionnels de santé

PH : Personnes en situation de handicap

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

PO : Pharmacien d'officine

PRADO : Programme de retour à domicile

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

PRECIDIVE : Prévention de la récidive de la maladie chronique sévère

PRES : Programme Roche en Économie de la santé

PROXOB : Accompagnement de proximité de l'obésité infanto-juvénile

Répap : Référent parcours périnatalité

RPS : Référent parcours santé

RSMO : Réseau de santé le Mans Ouest

SAS : Service d'accès aux soins

SI : Système d'information

SLL : Structures libérales légères

SMR : Soins médicaux et de réadaptation

SNDS : Système national des données de santé

SOFCODH : Société française des consultations dédiées handicap

TIMEO : Traitement innovant multi évaluations de l'obésité

Topase : Territoire obésité parcours autonome santé ensemble pédiatrique

TSLA : Troubles spécifiques du langage et des apprentissages

UNPS : Union nationale des professionnels de santé

URPS : Union régionale des professionnel·les de santé

XP : Expérimentation

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS

Liberté
Égalité
Fraternité

Édition : Équipe 51 - Novembre 2024
Conception graphique : Parimage/Dicom des ministères sociaux