



# CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

SEANCE PLENIERE – 2 FEVRIER 2023

## INTRODUCTION PAR LA VICE PRESIDENTE

DOMINIQUE POLTON

Depuis notre dernière rencontre en juin 2022, les faits marquants de la vie du dispositif ont été :

- Le rapport au parlement 2022, qui donne une vision d'ensemble du portefeuille de projets,
- La journée nationale avec plus de 400 participants : journée d'échanges avec les promoteurs de projets. A cette occasion, le Ministre de la santé Monsieur François Braun a témoigné son soutien au dispositif ([discours en ligne](#)) et échangé avec les porteurs.

L'année 2023 constitue un moment charnière pour le dispositif avec une trentaine d'expérimentations qui arrivent à échéance d'ici la fin de l'année. Les plus prometteuses pour le système seront généralisées de façon à les diffuser à plus grande échelle, c'est la finalité de l'article 51. Cette étape va mobiliser le conseil stratégique pour rendre un avis sur leur potentielle généralisation. Le rôle du conseil stratégique est essentiel.

## L'OBESITE DANS LES EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51

SUN ROBIN – EN51

L'obésité est un enjeu majeur de santé publique avec 17% de la population en situation d'obésité. Sa prise en charge est complexe : elle fait appel à une prise en charge pluridisciplinaire, à l'éducation thérapeutique et au suivi sur le long terme, voire à vie.

Le droit commun ne répond que partiellement à ces exigences et l'engouement des acteurs du terrain pour le dispositif 51 avec 10 projets autorisés dans le domaine est symptomatique d'un besoin de faire évoluer les modalités de prise en charge de ces patients. Ces 10 projets répondent chacun à sa manière aux différents besoins en termes d'organisation de la prise en charge :

- ils couvrent tous les publics : 6 projets ciblant les adultes et 4 projets ciblant les enfants,
- parmi les projets chez l'adulte, 3 proposent des parcours médicaux et 3 des parcours chirurgicaux.
- et tous les niveaux de recours sont mobilisés, les premier, deuxième et troisième recours.

On retrouve aussi dans ces projets la déclinaison des actions phares de la feuille de route obésité : tous mettent l'accent sur l'éducation thérapeutique, impliquent des CSO en les renforçant dans leur rôle d'animateur de réseau ; tous favorisent l'accès aux soins des interventions non prises en charge actuellement comme l'accompagnement diététique ; enfin certains ciblent la prévention ou le dépistage comme Pralimap qui se déroule en Outre-mer.

L'expérimentation Mission retrouve ton cap (prévenir le surpoids et l'obésité des enfants de 3 à 7 ans), pour lequel le conseil stratégique a rendu un avis favorable à sa généralisation l'année dernière, est en cours de déploiement sur tout le territoire, avec des adaptations recommandées par le conseil (notamment l'extension de l'âge des enfants pris en charge jusqu'à 12 ans).

## TEMOIGNAGE DU PORTEUR DE L'EXPERIMENTATION PACO

VERONIQUE NEGRE, ANNE DUTOUR

Cette expérimentation s'adresse aux patients obèses éligibles au traitement chirurgical pour leur obésité. Elle est portée par 2 CSO de la région PACA et concerne 7 établissements en plus des CSO (CH, cliniques, ESPIC). Le constat de départ était un recours non pertinent aux actes chirurgicaux dont une des raisons pouvaient être le non-remboursement des actes éducatifs pluriprofessionnels, de la coordination de parcours et de certains dosages vitaminiques. Le parcours PACO s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. L'innovation porte sur le financement multi-acteurs des parcours : parcours de préparation de 6 à 12 mois avec structuration d'actions éducatives et suivi à long terme. A date, 2100 patients ont été inclus.

## TEMOIGNAGE DU PORTEUR DE L'EXPERIMENTATION EMNO

CYRIL GAUTHIER

EMNO est une structure de niveau 2 de recours en ville, pluri professionnelle hybride, associant des activités salariés (HDJ-hôpital privé partenaire et de la structure EMNO) et libérales. Il repose en partie sur la délégation de tâches avec IDE. Ce projet s'inscrit dans le projet régional de santé de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté.

A l'entrée dans le dispositif, un profilage de la personne et de la pathologie est établi (5 profils différents), afin de graduer le parcours et le forfait en fonction de chaque patient. Le parcours intègre des professionnels non remboursés (diététiciens, psychologues) par le droit commun et une plateforme e-ETP qui permet au patient et son entourage d'accéder à aux connaissances et compétences sur l'obésité ainsi que la chirurgie bariatrique avec des contenus ludiques, éducatifs associés à un processus de gamification et un groupe de pairs animé par des patients experts / modéré par des professionnels de l'ETP.

A date, 642 patients sont suivis avec 10 000 venues depuis le début de l'expérimentation (avec continuité de suivi pendant la crise sanitaire grâce aux plateformes digitales).

EMNO est une expérimentation intégrant prise en charge médicale, chirurgicale et médicamenteuse de l'obésité afin de décloisonner les 3 approches.

## TEMOIGNAGE DU PORTEUR DE L'EXPERIMENTATION GPSO

MONIQUE ROMON

Le projet est parti du constat d'une prise en charge tardive de l'obésité. L'objectif est de repérer les personnes à un stade précoce et de les accompagner vers un changement du mode de vie au plus près de chez eux et sur le long terme. L'expérimentation s'adresse aux patients avec un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 ou un IMC entre 25 et 30 avec comorbidités. Elle s'étend sur 3 régions : IDF (association GRESMO), HDF (association Resto) et CVL (CSO Orléans).

La spécificité de ce projet est de s'appuyer sur un maillage territorial impliquant au premier chef le médecin traitant et une équipe pluri-professionnelle. Dans chaque région une équipe de coordination a pour mission de recruter, former et accompagner les équipes pluri professionnelles et les médecins de premier recours. Ces équipes animent les parcours patients en 4 étapes : repérage/adressage (MG, professionnels de santé de ville et acteurs sociaux), adressage (le référent parcours informe le patient et l'oriente), évaluation médicale et éducative (par MG en consultation dédiée MG et référent parcours), plan d'actions (éducation thérapeutique en groupe et 3 consultations de suivi MT et référent parcours). La prise en charge de ces parcours repose sur 3 forfaits (bilan, évaluation et coordination) et 2 forfaits éducation (globale et individuelle).

## TEMOIGNAGE DU PORTEUR DE L'EXPERIMENTATION PROXOB

MAGALIE MIOLANNE

Ce projet est né de l'écoute de l'histoire du poids et de vie des patients. Sa spécificité est d'impliquer la cellule familiale et d'intervenir au domicile pour permettre l'adhésion et la présence de toute la famille et pour prendre en compte l'environnement.

A partir d'une porte d'entrée d'au moins un enfant en excès de poids, le parcours permet d'accompagner en moyenne 3,5 personnes dont 2,5 en excès de poids par famille. Il propose donc une prévention ciblée et une prise en charge du premier au troisième recours selon la complexité (obésité et situation psychosociale). Le premier rendez-vous a lieu dans une structure de proximité, ensuite 18 séances sont réalisées au domicile sur 1 an par un diététicien, un enseignant APA et un professionnel de la parentalité (6 interventions chacun d'1h30 à 2h à tour de rôle). Un suivi motivationnel distanciel est proposé la deuxième année. Les intervenants à domicile, formés à l'ETP et équipés de mallettes pédagogiques, fonctionnent en trinôme avec des temps formalisés d'échanges réguliers.

L'expérimentation s'appuie sur une communication large, vers les professionnels de santé (sous différents formats) et vers le grand public pour rendre visible l'offre. A date, 361 personnes sont suivies, dont 191 enfants.

MARTINE LAVILLE

Le Professeur LAVILLE a été missionnée par les Ministres Jean-Christophe Combe et François Braun pour identifier des axes d'action pour prévenir et traiter l'obésité. Cette pathologie touche une population avec un niveau socio-économique bas, alors que des soins ne sont pas pris en charge. Cela suppose de modifier la façon de prendre en charge. La prise en charge de l'obésité, avec ces articles 51 est bien placée pour répondre être un modèle de la médecine de demain.

## DISCUSSION

Pr Laville : Les expérimentations testent des modifications radicales dans l'exercice habituel des pratiques, avec des prises en charge pluri professionnelles, de proximité avec de nouveaux outils comme de l'e-ETP, comment et que généraliser de ces prises en charges expérimentales ?

Les porteurs ont partagé les éléments clés pour réussir le déploiement de ces parcours :

- Prises en charges modulaires, qui s'adaptent aux territoires : PACO intègre des centres très différents, EMNO a une organisation souple qui se duplique facilement (10 intervenants, outils à distance) et rencontre un grand succès (10 mois de délais), PROXOB s'est étendu progressivement sur un puis six départements, la structure porteuse doit être souple (PROXOB) ;
- Articulation complémentaire avec l'offre existante : par exemple, EMNO peut se connecter à CPTS/MSP et créer un relais entre niveau 1 et 2, communication au grand public pour rendre lisible l'offre (PROXOB) ;
- Importance de la formation, pluri professionnelle, qui permet d'embarquer les professionnels et disséminer les bonnes pratiques : équipes formées à la pertinence des soins par CSO (PACO), formation d'équipes mobiles (PROXOB) ;
- Nécessité d'une coordination à l'échelle locale (régionale ou départementale), implantée dans le territoire pour former et lier les acteurs du territoire.

Il est demandé si ces parcours permettent de repérer des psycho-traumatismes et les effectifs concernés (forte mortalité par suicide des personnes opérées par exemple).

La réponse des porteurs est positive :

- Sensibilisation réalisée lors des formations et informations aux familles : la formation des médecins généralistes à l'écoute des patients obèses les conduit à découvrir ce traumatisme chez leurs patients lors des consultations dédiées (GPSO) ;
- Dans le parcours PACO, l'identification de ces traumatismes se fait par un questionnaire de diagnostic pour mieux comprendre la pathologie ; 20% des patients ont subi un inceste ou une agression.
- La prise en charge au parcours permet de proposer un suivi à la carte, avec un relai par le psychologue. Il est important d'être rattaché à une structure spécialisée dans la discipline pour connaître l'offre et orienter le patient (PROXOB) ;

L'intérêt de ces échanges d'expériences entre porteurs de projets et de leurs enseignements est souligné.

Le Pr. Laville souligne les mots clés de coordination, souplesse, proximité, adaptation territoriale, formation aux nouvelles modalités de prises en charge. Les expérimentations 51 offrent des solutions pour limiter les pertes de chance des patients : prise en charge pour différents patients à différents moments de leur vie, qui s'articulent avec l'existant. Certaines de ces expérimentations peuvent se répliquer et se déployer rapidement, d'autres prendront plus de temps. Le Dr. Laville souligne le besoin majeur de ces expérimentations qui proposent des solutions concrètes aux patients et que l'on souhaite pouvoir avoir dans le droit commun rapidement.

## RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION MEDICAMENTS BIOLOGIQUES EFFICIENTS

MATHILDE GAINI - DREES

L'expérimentation « Incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques efficaces délivrés en ville » a porté sur 3 molécules : etanercept (octobre 2018), insuline glargine (octobre 2018) et adalimumab (avril 2019).

Les objectifs étaient d'augmenter les taux de prescriptions sous biosimilaires, stimuler la concurrence entre laboratoires pharmaceutiques et augmenter l'efficacité. Ces traitements lourds sont souvent prescrits initialement à l'hôpital, avec un effet d'entraînement sur la ville.

L'expérimentation reprend la structure du CAQES qui est le droit commun (reversement à l'hôpital de 20 % de la différence de prix entre princeps et biosimilaire), mais augmente le taux de reversement à 30 %, et introduit un versement direct aux services. 63 établissements ont participé à l'expérimentation. L'évaluation qualitative a été réalisée par le cabinet GovHE, la DREES a réalisé l'évaluation quantitative.

Les questions évaluatives ont été :

- Comment se réalise la mise en place du mécanisme incitatif de prescription des biosimilaires allant directement aux services ? (faisabilité, opérationnalité)
- Efficacité / efficacité de la mesure par rapport au CAQES ?
- Quelles sont les conditions de reproductibilité ?

L'évaluation quantitative compare les prescriptions biologiques entre établissements de l'expérimentation et les établissements qui leur « ressemblaient » sur l'année précédant l'expérimentation (témoin). Le résultat est une hausse du taux de prescriptions de biosimilaires en moyenne sur les trois premières années de l'expérimentation de 13 points pour l'étanercept et 7,7 pour l'insuline glargine (méthode inapplicable à l'adalimumab, car tendance globale à la hausse).

Les retours qualitatifs du terrain permettent d'identifier les mécanismes à l'œuvre sur la hausse des prescriptions : l'incitation financière directement versée aux services, le regain d'informations sur les biosimilaires (sensibilisation par les pharmaciens des PUI), la hausse du taux d'incitation et parfois une réorganisation dans les établissements (recrutement d'ETP pour instaurer de l'éducation thérapeutique, permettant d'augmenter l'adhésion du patient en particulier pour les switchs [changement de prescription pour remplacer un bioréférent par un biosimilaire]).

La mise en œuvre s'est heurtée à plusieurs difficultés :

- l'absence de données de pilotage pour suivre les prescriptions, que ce soit au niveau du service ou au niveau des prescripteurs (pas de données de suivi en interne, et des données issues du SNDS souvent incomplètes concernant le numéro RPPS du prescripteur, que cela n'ait pas été indiqué sur l'ordonnance ou que cela n'ait pas été renseigné par le pharmacien en ville),
- les incitations arrivent tard par rapport au moment de la prescription, voire n'arrivent jamais car parfois les directions des affaires financières méconnaissaient l'expérimentation. Ce manque de lisibilité et de visibilité a pu décourager certains participants.

De plus, la hausse des prescriptions de biosimilaires n'a pas toujours été suffisante pour compenser la hausse du taux d'incitation, sachant que toutes les boîtes prescrites bénéficiaient d'une incitation plus élevée, mêmes celles qui auraient été prescrites en absence d'expérimentation. Les économies générées sont de l'ordre de 0,9% pour l'insuline glargine et de 0,2% pour Etanercept. Néanmoins, les économies ont diminué dans le temps, en raison de baisses de prix des bioréférents et de l'absence d'ajustement au fil de l'eau de l'incitation aux prix. La question se pose d'instaurer une rémunération au-delà d'un seuil.

Enfin, de meilleurs résultats ont été observés quand le référent projet et l'équipe de PUI sont investis. Les initiations sont également plus faciles à faire que les switchs car ces derniers nécessitent que le patient soit dans un état stable, mais les initiations ne représentent que 10 % à 20 % des prescriptions.

## ECHANGES

Aurélien SOURDILLE (FHF) souligne l'intérêt fort des établissements pour l'incitation directe pour faire évoluer les modalités de prescription. La difficulté en établissement est la difficulté d'accès aux prescripteurs puisque l'interlocuteur du CAQES est le pharmacien hospitalier. Il est proposé de verser l'intéressement à l'ensemble des parties prenantes (l'établissement, la PUI et les services) et mettre cette démarche en adéquation avec le CAQES.

Dans le cadre de l'expérimentation, la répartition de l'intéressement était laissée assez libre, et s'est donc faite selon différents modèles. C'est le FINESS qui est identifié et non le prescripteur car cette donnée n'est pas toujours renseignée (RPPS pas indiqué sur ordonnance ou pas saisi par le pharmacien). L'évaluation de l'expérimentation a été réalisée dans des établissements publics uniquement car les praticiens du privé lucratif peuvent utiliser leur ordonnancier pour leur activité libérale.

Outre le rapport au parlement et la journée nationale des porteurs, quelques publications et évènements récents sont à noter :

- Le rapport du HCAAM « Organisation soins de proximité » met en lumière plusieurs expérimentations 51 ;
- Un chapitre dans le prochain rapport annuel LFSS de la cour des comptes sera dédié au dispositif 51 (publication attendue en juin) ; plusieurs membres de l'instance d'ailleurs ont été auditionnés dans ce cadre ;
- A l'occasion du workshop OPTIMISE (programme européen) en janvier, les expérimentations Centres de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire (CSSAC) et les deux expérimentations sur le parcours de soins hépatite C (terminées et ayant fait l'objet d'un avis du CSIS) ont été présentées.

Le portefeuille est composé de plus de 130 expérimentations, dont une centaine a démarré. En 2022, 21 nouvelles expérimentations ont été autorisées, moins de projets sont déposés mais également moins de capacité à accompagner. Deux expérimentations se sont terminées fin 2022 : l'expérimentation des médicaments biologiques efficaces et Psycog – prise en charge psychologique pour patients Alzheimer.) Trois avis CSIS ont été rendus : MRTC, Dépist'C Pharma et Test to treat sur l'hépatite C.

Cette année, 33 expérimentations arrivent à échéance. Les dates de fin de ces expérimentations se répartissent tout au long de l'année et s'accroissent à compter du second trimestre 2023. Ce calendrier sera amené à évoluer car des prolongations sont envisagées en 2023 et 2024.

Trois grands types de fin d'expérimentations peuvent être distingués : nouvelle phase expérimentale pour étendre à de nouveaux territoires ou tester un modèle différent, l'arrêt ou la transposition dans le droit commun de ce qui a fait sa preuve dans le cadre expérimental.

La séquence générique de fin d'expérimentation est également présentée. L'objectif est que le rapport final d'évaluation soit rendu 3 mois avant la fin de l'expérimentation pour disposer de suffisamment de données (SNDS notamment). Les avis sont donc positionnés entre la fin de l'évaluation et la fin de l'expérimentation prévue par l'arrêté. Un atelier de fin d'expérimentation est proposé aux porteurs, dans les mois précédents la date de fin d'expérimentation, quelle que soit son issue.

En cas d'avis favorable à la généralisation des deux instances du dispositif (CSIS et CTIS), la LFSS 2022 a prévu la possibilité d'une période de transition jusqu'au moment où le nouveau droit commun est applicable :

- le financement des prises en charges reste assuré par le fond d'innovation du système de santé (FISS),
- un cahier des charges, un avis et un arrêté encadrent les prises en charges,
- il n'y a plus d'évaluation.

Les travaux en cours sur le chantier de la généralisation sont coordonnés par l'équipe dédiée 51 et se partagent en 2 axes de travail :

- Axe 1 - travaux par expérimentation : travaux préparatoires d'anticipation : vecteurs de généralisation, impact sur les expérimentations en cours, ...
- Axe 2 - Chantiers transversaux alimentés au fil de l'eau par les expérimentations : forfait pluri-acteurs (cadre juridique, structure porteuse pour mobiliser forfaits et verser paiements,

valorisation des forfaits), systèmes d'informations nationaux/régionaux/SNDS, pratiques et compétences des professionnels, articulation avec les réformes de financement en cours et à venir, soutenabilité notamment RH et stratégie de déploiement progressivité.

## ECHANGES

La manière de faire évoluer le droit commun pour des expérimentations sur une même thématique, avec un calendrier différent est soulevée. Malgré la tentation d'aligner les calendriers sur la date au plus tard, il est souhaitable de faire évoluer le droit commun au plus tôt car les expérimentations peuvent se poursuivre et leur financement basculer dans le droit commun à leur terme. C'est par exemple le cas de DRAD qui rejoindra le droit commun en 2024 (déploiement des centres territoriaux). Dans le cas de plusieurs expérimentations régionales similaires, quand cela est possible de ne pas dépasser les 5 ans d'expérimentations, les dates de fin d'expérimentation peuvent être alignées.

Il est noté que les travaux sur la fin du tout T2A auraient intérêt à bénéficier des enseignements de l'expérimentation EDS avant le rapport final. Il sera possible de partager les résultats qualitatifs de l'expérimentation, ainsi que les résultats d'évaluation/capitalisation d'autres expérimentations dans le domaine hospitalier.

## AGENDA DU CONSEIL STRATEGIQUE

NATACHA LEMAIRE

Les trois avis rendus n'ont pas suscité de difficulté particulière et les réponses reçues ont été annexées à l'avis comme il en avait été convenu.

L'agenda 2023 du Conseil Stratégique sera jalonné des avis de fin d'expérimentation, dont le premier devrait être en février. Des ateliers pour préparer les avis de fin d'expérimentation pourront être proposés pour partager les résultats d'évaluation, certains pourront être regroupés comme en mai où deux avis sur le diabète gestationnel seront à rendre. Les membres de l'instance seront interrogés par enquête afin de constater si cette modalité suscite de l'intérêt.

La prochaine séance plénière pourrait se tenir en septembre 2023 avec un focus thématique incluant des témoignages de porteurs et une séquence évaluation. Un point d'avancement sur les chantiers présentés devrait également pouvoir être fait. La journée nationale des porteurs aura lieu le 23 novembre 2023.

## Participants à la séance du 2 février 2023

|  |                                    |
|--|------------------------------------|
| Beupin Alain (FNCS)                                | Heyer Laurent (ANAP)               |
| Benchimol Emily (UNPS)                             | Laurent Priscille (DGCS)           |
| Blanchecotte François (UNPS)                       | Lavorel Aurélie (SNITEM)           |
| Boisson Cohen Marine et Farnault Alexandre (CNSA)  | Lemaire Natacha (RG 51)            |
| Boucher Sandrine (Unicancer)                       | Malone Antoine (FHF)               |
| Celli Bernard (CEPS)                               | Martin Odile (ARS NA)              |
| Chevalier Fanny (DGOS)                             | Martinaux Joëlle (UNCCAS)          |
| Chevance Cécile (FHF)                              | Milstayn Laurent (UNPS)            |
| Combot Caroline (UNPS)                             | Mojaïsky Delphine (UNPS)           |
| De Marassé Antoine (ANS)                           | Munch Marion (UNIOPSS)             |
| Delpech Clélia (DSS)                               | Pinte John (UNPS)                  |
| Denux Valerie (ANSM)                               | Polton Dominique (Vice-présidente) |
| Domenech Bonet Isabelle (UNPS)                     | Rall Guillaume (UNPS)              |
| Doucet Eric (DGS)                                  | Rigollot Nathalie (ATIH)           |
| Ehrhart Mathilde (FEHAP)                           | Rouland Dominique (UNPS)           |
| Gaini Mathilde (DREES)                             | Sourdille Aurélien (FHF)           |
| Galmiche Hubert (HAS)                              | Tajahmady Ayden (Cnam)             |
| Gard Sébastien (président CME de CHS)              | Tousch Clara (CTIP pour l'UNOCAM)  |
| Hernu Delphine (Mutualité Française pour l'UNOCAM) | Viez Marie Claire (FHP)            |
|  | Walrand Stéphane (UNPS)            |

### ***Séquence obésité***

Dutour Anne (Intervenante Paco)  
Gautier Cyril (Intervenant EMNO)  
Laville Martine (Intervenante séquence obésité)  
Miolanne Magali (Intervenante Proxob)  
Negre Veronique (Intervenante Paco)  
Raison Jocelyne (GPSO)  
Romon Monique (intervenante GPSO)

Argaud Doriane et Peiser Laurent (ARS ARA)  
Develay Aude Emmanuelle (ARS IDF)  
Lumière Cécile (ARS BFC)  
Mansour Celine (ARS PACA)  
Massaro Baro Marion (DCGDR BFC)  
Tizgalti Hinde (ARS HDF)