



CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

SEANCE PLENIERE – 7 SEPTEMBRE 2023

INTRODUCTION PAR LA VICE PRESIDENTE

DOMINIQUE POLTON

L'Article 51 fête ses cinq ans : le dispositif est loin d'être marginal puisqu'il concerne 1,2 million de bénéficiaires, pour 144 expérimentations, et mobilise en cumulé un peu moins de 600 millions d'euros. L'évaluation, dont l'importance est spécifique aux expérimentations 51, comptabilise presque 100 protocoles d'évaluation, et produira d'ici la fin de l'année près de 30 rapports finaux sur lesquels le conseil stratégique va devoir se prononcer.

Par ailleurs, pour la première fois une expérimentation est entrée dans la nouvelle phase créée par la LFSS 2022, qui permet d'éviter une rupture entre la fin d'expérimentation et son passage dans le droit commun, afin de préserver la dynamique sur le terrain.

De nombreuses expérimentations arrivent à la fin de leur phase expérimentale au sein du dispositif Article 51, ce qui va conduire à engranger de plus en plus de résultats d'évaluation et donc mobiliser le conseil stratégique, dont le rôle est de donner un avis en fonction de ces éléments. Le comité stratégique doit aussi entamer une réflexion sur les modalités de diffusion de ces résultats.

FORFAITS COORDONNES

ANNIE FOUARD – EN51

Trois porteurs sont invités à partager leur retour d'expérience sur le forfait mobilisé pour déployer les parcours qu'ils ont conçus. Dans le dispositif Article 51, le forfait est construit en fonction du temps d'intervention des professionnels, des moyens à mobiliser pour la coordination de la prise en charge coordonnée et des prestations incluses qui sont aujourd'hui hors du panier de soins remboursés.

TEMOIGNAGE DU PORTEUR DE L'EXPERIMENTATION AKO@DOM/PICTO

GUILLAUME GAUD – CONTINUUM+

L'expérimentation rapproche dans la région Grand Est un consortium d'acteurs issus du public et du privé, autour de la thématique du cancer en construisant un parcours de soin innovant sur le plan financier, organisationnel et numérique, inspiré des préconisations d'associations de patient et de l'ANAP.

Le parcours de soin testé accompagne les patients sous anticancéreux par voie orale via un suivi en hôpital, ville et domicile. Il se décline en deux types selon que le patient est ou non identifié comme vulnérable : le cas échéant, en plus du suivi par le pharmacien d'officine, un IDEL et le médecin traitant sont aussi impliqués. À l'hôpital, la prise en charge est assurée par l'oncologue, l'IDE, et le pharmacien. Le parcours est initié à l'hôpital. Les différents acteurs de la médecine de ville sont informés de l'inclusion du patient dans l'expérimentation et amenés à travailler ensemble pendant 3 à 6 mois.

Le forfait pluriprofessionnel permet de rémunérer les différents acteurs impliqués en ville comme à l'hôpital, l'IDEL du patient en ville), le pharmacien d'officine, mais également l'établissement de soins (oncologue, IDEC, pharmacien hospitalier) et le système d'information. Durant la durée du parcours, chaque acteur se voit attribuer un rôle, et est rémunéré en fonction. La coordination et l'appui aux professionnels de santé sont assurés par Continuum+ ou le réseau de cancérologie.

TEMOIGNAGE DES PORTEURS DE L'EXPERIMENTATION OCCITAN'AIR

DANIEL BAJON ET YANN DAROLLES – OCCITAN'AIR

L'expérimentation Occitan'air est l'aboutissement de 20 ans d'accompagnement par les institutions, de partage d'expérience, et a bénéficié à plus de 3 000 patients, dont près de 600 dans le cadre de l'Article 51 : le projet peut être considéré comme mature.

Il est né du constat d'un écart considérable et pérenne entre l'offre et le besoin de soins en réhabilitation respiratoire dont l'une des causes est liée à une accessibilité insuffisante aux programmes du fait d'une offre partiellement inadaptée. La HAS promeut à ce sujet le développement de l'offre de soins en ambulatoire et à domicile (cette dernière est quasiment inexistante). En 2020, l'association Occitan'air intègre le dispositif Article 51 pour répondre à ce manque.

Le parcours dure 12 mois : les 3 premiers mois sont consacrés aux soins des différents professionnels de santé de proximité, le tout coordonné par un référent de parcours. Durant les 9 mois restant, le suivi se fait à distance, avec des entretiens réalisés pour vérifier que le patient reste dans la bonne dynamique. Il était important que ce parcours soit simple et lisible pour les bénéficiaires et les professionnels.

Le forfait permet de financer la coordination, qui permet d'optimiser le temps des professionnels de santé et la qualité du soin, de mobiliser les compétences en lien avec les besoins du patient (y compris celles actuellement non financées par le droit commun) et de fédérer les acteurs en favorisant le glissement d'une logique d'exercice individuel vers celle d'une pratique collective.

TEMOIGNAGE DES PORTEURS DE L'EXPERIMENTATION PARCOURS DE SANTE TSLA OCCITANIE

LAURENT RAFFIER ET THIEBAUT-NOËL WILLIG - OCCITADYS

L'expérimentation Parcours de santé TSLA Occitanie (Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages) répond à un enjeu d'envergure nationale depuis plus de 20 ans : la prise en charge de 40/45 000 enfants par an qui ont besoin d'un diagnostic de TND (troubles du neurodéveloppement) et plus spécifiquement de TSLA. Au début des années 2000, les centres de référence ont été créés mais sans pouvoir absorber les flux de cette patientèle, puis les PRS ont apporté des réponses locales dans les années 2010, et au fur et à mesure de l'accumulation d'expériences, une expertise s'est constituée sur le sujet, notamment par le biais des recommandations de la HAS et des expertises de l'Inserm.

Cette expérimentation consiste à appliquer les recommandations de la HAS datant de 2017-2018 sur les parcours dits TSLA. L'Occitanie se prête particulièrement à une expérimentation sur le sujet du fait de sa démographie populationnelle et médicale. Le parcours est complémentaire aux PCO (plateformes de coordination et d'orientation), et innove par rapport à ce premier dispositif notamment par le financement des consultations médicales de diagnostic et de suivi (pour le diagnostic, le suivi et la fin de séquence), la coordination et la mise en place d'un forfait partagé pluriprofessionnel.

Le forfait coordonné au parcours est d'autant plus utile dans la mise en œuvre de l'expérimentation qu'il permet de synchroniser le travail du monde du médico-social et du champ des partenaires des acteurs médicaux. En effet, 80 % des patients requièrent un suivi pluriprofessionnel, coordonné par un médecin. Selon l'appréciation initiale de l'ampleur des troubles puis complétée par la réunion de concertation pluriprofessionnelle (RCP), le parcours est simple ou complexe.

En 2 ans, l'expérimentation a été capable de se déployer sur le territoire, avec plus de 6 000 enfants, soit 300 à 400 patients inclus par mois. Elle repose sur la participation des professionnels de santé

libéraux, hospitaliers en lien le personnel des établissements médico-sociaux (SESSAD (Service d'éducation spéciale et de soins à domicile), CMPP...).

ECHANGES

ETIENNE MINVIELLE - DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE EN GESTION DE POLYTECHNIQUE

Etienne Minvielle comprend que mettre en place un forfait permet de valoriser des actes de coordination qui répondent à des besoins évidents, et qui sont hors du panier de soins remboursés actuellement. De plus, le forfait s'inscrit dans une réflexion globale sur l'organisation d'un parcours de soins coordonnés qui implique d'autres thèmes : le développement de nouveaux métiers de la santé, l'intégration du numérique et des systèmes d'information, l'engagement du patient, et surtout le développement de nouvelles pratiques professionnelles et managériales. Dans ce contexte, les expériences témoignent d'un effort sur le long terme, dans lequel on perçoit des changements de pratiques dont l'effet est encore assez peu visible, mais qui créent une dynamique positive. La question de passage dans le droit commun qui se pose pour ces expérimentations témoigne que le parcours coordonné est à un moment charnière.

Il propose de centrer la discussion sur les sujets suivants : les apports des forfaits en termes de qualité des soins, de l'adhésion des patients et de l'accès des plus défavorisés au soin, et des questions du coût de ces parcours, du gain économique qu'ils pourraient permettre, et de l'engagement des professionnels de santé témoignant d'une mise en cohérence avec des valeurs dont le sens accordé à son travail.

Avec plus de 800 patients inclus dans l'expérimentation à ce jour, le porteur d'AKO@adom/PICTO souligne l'apport de l'expérimentation pour les patients tout en suscitant un enthousiasme très fort chez les professionnels de santé, malgré le lancement de l'expérimentation juste après la pandémie. Les professionnels déclarent appeler de leur vœux cette collaboration ville-hôpital-domicile. Le numérique aide beaucoup à horizontaliser les rapports autrement hiérarchisés, et améliore la qualité des soins en favorisant une détection précoce des problèmes de santé. Alors même que les patients inclus sont sous traitements anticancéreux, leur qualité de vie ne se dégrade pas durant le parcours. Il remarque par ailleurs des différences majeures entre les établissements expérimentateurs, qui témoignent de l'importance pour le succès du parcours d'être porté par une dynamique en interne, qui repose sur l'engagement de l'hôpital, moteur du déploiement du dispositif. Sans la volonté des médecins hospitaliers de regarder hors de leur lieu d'exercice, les parcours échouent à fonctionner. Les professionnels de la ville comme les pharmaciens ou les IDEL sont eux demandeurs de ce type de démarche, qui doit donc partir du médecin à l'hôpital.

Les porteurs d'Occitan'Air renvoient quant à eux à la diapositive 9 du support de la séance, qui explicite les apports du forfait aux parcours qu'ils ont élaborés. La réhabilitation respiratoire est une démarche impliquant fortement le patient, et pourtant à l'issue de leur suivi, 97 % recommandent le programme. Le questionnaire qui analyse l'évolution de leur qualité de vie au terme de la prise en charge est aussi largement favorable de façon significative. La pandémie n'a pas perturbé le nombre d'inclusions, ce qui montre l'agilité du parcours. Concernant l'efficacité, d'après les données des 3 000 patients inclus, le nombre de jours passés en hospitalisation diminue de 80 % dans l'année qui suit le programme, en comparaison avec l'année qui l'a précédé.

Le succès de TSLA permet d'atteindre des patients éloignés du soin, avec plus de 40 % des bénéficiaires résidant dans des zones isolées, proportion à mettre en perspective avec le tissu urbain très polarisé de l'Occitanie. Un des objectifs de l'expérimentation est de systématiser l'obtention d'un diagnostic pour les patients : pour ce faire, le rôle du médecin de premier ou de second recours, renforcé par les réunions de concertations pluriprofessionnelles puis des consultations de suivi, possiblement en distanciel, salutaires pour les libéraux en exercice isolés.

Les différents types de forfait permettent notamment de rémunérer la coordination, l'intervention de psychologues et des psychomotriciens (professions non conventionnées), des prises en charge pluriprofessionnelles ainsi qu'un accompagnement potentiel des parents qui peut intervenir dans un parcours. Il inclut également le financement au forfait des consultations des médecins spécialisés en leur permettant de passer du temps sur des cas complexes tout en rendant la participation à l'expérimentation attractive. La combinaison originale des différents forfaits assure un équilibre dans le souci d'un accès aux soins universel, et de ne pas disperser les financements publics, grâce en particulier au règlement des forfaits directement aux professionnels plutôt qu'une solvabilisation des familles via les MDPH. Ils évitent en particulier de solliciter une reconnaissance au titre du handicap pour financer du soin.

France Assos Santé (Jean-François Thebault) s'interroge également sur le caractère récurrent de ces parcours s'ils bénéficient toujours aux mêmes patients, un élément important pour le passage à l'échelle. Il questionne aussi la charge de travail pour les soignants, l'investissement nécessaire, et dans quelle mesure le gain économique peut être au rendez-vous alors que les parcours comprennent des prestations aujourd'hui non couvertes. Il souligne, néanmoins qu'il n'est pas incompatible d'allier meilleure qualité de soins et réduction des coûts.

France Assos Santé (Catherine Simonin) rappelle qu'en permettant par exemple de financer la prévention ou la gestion de possibles addictions, on limite la comorbidité, et donc à moyen/long terme des économies sont réalisées. Concernant l'égalité dans l'accès aux soins, elle se demande si le numérique ne constitue pas une barrière d'accès pour certains patients, et évoque l'enjeu des déserts médicaux. Par ailleurs, il est demandé aux porteurs de partager de potentiels obstacles rencontrés, afin de rendre compte d'une autre facette que le tableau idyllique dessiné.

Pour AKO@dom/PICTO, la charge de travail a requis un investissement initial des expérimentateurs, mais elle diminue avec le temps. Cela est nécessaire et propre à tout changement d'organisation¹. Sur la question du numérique, son usage sert à faire remonter les informations : il s'agit par exemple pour les IDEL des patients et le pharmacien d'officine de réaliser une hétéroévaluation via un dispositif médical numérique de télésurveillance.

Pour Occitan'Air, le forfait sert à la fois le patient et le professionnel de santé. Les patients sont distincts pour la quasi-totalité des 600 patients pris en charge. Loin d'ajouter à la charge de travail des professionnels, il permet de dégager le soignant des aspects logistiques et administratifs pour se consacrer au soin. L'engagement de leur part est d'ailleurs à noter. Le programme a vocation à être très ouvert en termes d'inclusions de patients, et est tourné vers les territoires pauvres en offre de soins, où il constitue un appui dans un contexte de démographie médicale et paramédicale défavorables.

Les coûts nouveaux des parcours permettent l'accompagnement des modifications comportementales : la littérature sur le sujet montre qu'on y gagne sur le long terme, car cela limite les recours aux soins non programmés. La culture du forfait est encore en devenir et l'embarquement des professionnels peut rencontrer ponctuellement des difficultés. Toutefois, ces derniers une fois acculturés font preuve d'une grande fidélité à ce nouveau mode de prise en charge. L'expérience montre que la disponibilité pour les patients et pour les professionnels est un des critères de réussite de l'expérimentation.

Le bilan est très positif pour les soignants dans le cadre de l'expérimentation TSLA : les médecins experts considèrent la rémunération adaptée ; les professionnels paramédicaux saluent la rémunération possible grâce au forfait de l'aller-vers, qui permet par exemple de créer du lien entre les professionnels de santé et les écoles. Concernant la charge de travail, le problème relève plutôt de la démographie médicale : elle concerne surtout les médecins de premier recours formés au dépistage des TND. Toutefois le forfait offre une réponse à la recherche de sens au travail pour les soignants.

¹ MINVIELLE Etienne, *Le Patient et le Système. En quête d'une organisation sur mesure – Approches innovantes du parcours de santé*, Paris, Vuibert, 2018.

Une réelle dynamique s'est mise en place, avec seulement une dizaine de médecins sur les 300 formés qui ne font que transférer leur patientèle aux acteurs des parcours. D'autres développent un intérêt pour les pathologies qui leur permet de se former pour devenir médecin expert.

Sur la question des patients, l'intégration de ceux éloignés du soin se fait via le médecin généraliste ou le médecin scolaire. Les médecins de second recours ont tendance à engranger moins d'inclusions d'après le système d'information.

Le forfait pluriprofessionnel permet en définitive de financer l'énergie investie dans l'expérimentation par les acteurs du médico-social, notamment pour faire le lien avec la pédopsychiatrie. Chacun participe en fonction de ses compétences, avec la participation des libéraux qui permet d'éviter la surcharge des services de pédopsychiatrie et médico-sociaux.

Le CNOM anticipe un problème politique lors de la généralisation des expérimentation Article 51 et des déceptions, car le système de santé n'est pas pensé pour les parcours de soins coordonnés. Son organisation serait trop hospitalo-centrée, avec la ville qui reste à l'écart et qui est surchargée. L'enjeu est aussi de trouver des solutions pour les 5 à 7 ans à venir avant les effets sur la pénurie de médecins du numerus apertus. Il souligne la pertinence des expérimentations, en particulier pour les patients.

Etienne Minvielle souligne qu'il a échangé avec le chercheur états-unien Amol Navathe sur la question des forfaits au parcours coordonné : la France reste bien positionnée sur cet enjeu en comparaison avec les autres pays.

Pour conclure, l'article 51 permet de dégager un temps d'apprentissage et d'entretenir une dynamique qui sert le changement des pratiques de santé. Dans le cadre des parcours, la qualité des soins n'est pas incompatible avec les gains économiques. Pour la suite, le déploiement des forfaits risque d'être confronté à la difficulté de mettre en place la flexibilité qui semble les caractériser pour les acteurs locaux, en fonction des caractéristiques de chaque territoire.

Le besoin d'évaluation sur les forfaits est très présent, et ce chantier ne doit pas prendre seulement en compte les indicateurs médico-économiques, mais aussi rendre compte d'éléments aussi marquants que la question du sens du travail pour les professionnels.

ENTREE DANS LE DROIT COMMUN DES EXPERIMENTATIONS PROBANTES DE L'ARTICLE 51 : PRESENTATION DE LA MESURE LFSS SUR LES PARCOURS COORDONNES RENFORCES

CLELIA DELPECH – DSS

Préparer l'entrée dans le droit commun des expérimentations probantes – c'est-à-dire dont l'évaluation est positive – dans les meilleures conditions possibles est un sujet complexe à traiter : des réflexions sont menées pour penser les modalités de cette inscription. Il convient de respecter la diversité des expérimentations concernées pour identifier des leviers de passage dans le droit commun.

Plusieurs modalités d'inscription dans le droit commun sont envisageables :

- une intégration dans le champ conventionnel, notamment lorsque l'innovation concerne des professions conventionnées.
- une intégration dans le champ réglementaire, notamment à travers les arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé, ou médico-sociaux.
- Ces deux options ne peuvent être mobilisées pour les expérimentations impliquant plusieurs types de professionnels dont certains peuvent ne pas être conventionnés (voire ne pas être des professionnels de santé) et/ou dépassent les champs de la ville/de l'hôpital/etc. La réflexion autour d'un nouveau cadre pour ces expérimentations impliquant plusieurs professionnels a conduit à préconiser la création d'un « cadre générique », conformément aux recommandations de la Cour des comptes, via la mise en place de parcours coordonnés renforcés.

Sur ce dernier point, une mesure est destinée à intégrer le PLFSS 2024. L'objectif est de :

- Solidariser des acteurs autour d'un parcours de soins renforcé (ville, hôpital, ESMS) et faciliter la coordination. Cet aspect ressort parmi les éléments des rapports finaux favorables à des généralisations, il s'agit d'être attentif à ne pas le perdre une fois le passage à l'échelle réalisé.
- Octroyer à de nouvelles formes de prise en charge un modèle de rémunération pérenne, comme la coordination clinique des parcours (dont le passage dans le droit commun est un des points de difficulté) ou des prestations aujourd'hui en dehors du panier de soins et non remboursées malgré leur rôle dans le maintien en bonne santé et la prévention.

Les parcours coordonnés renforcés obéissent à une série de principes généraux, dont l'adossement à des structures coordinatrices existantes qui assurent la responsabilité de l'intégrité du parcours, se déclarent sur la base du volontariat auprès de l'ARS, ordonnent et répartissent les paiements pour les professionnels, et perçoivent les financements au titre de la coordination. Toutefois, le versement auprès des professionnels se fera par l'Assurance maladie, afin d'éviter une surcharge de travail pour les structures coordinatrices. Il pourra s'agir de CPTS pour les plus matures d'entre elles si leurs missions évoluent, mais aussi des ES, ESMS, CDS, MSP ou des cabinets de groupe.

Par ailleurs, il est souhaitable de conserver des expérimentations Article 51 la richesse des systèmes d'informations, qui seraient adaptés selon chaque parcours. Ces SI sont alimentés par les données récoltées pendant la facturation, ce qui permet des contrôles à des fins d'analyse mais aussi de recherche.

Il est important pour les constituer de travailler par grappes d'expérimentations cohérentes, par exemple celles ayant trait à l'obésité.

Il reste encore du travail, la mesure peut encore bouger, mais pour résumer elle consisterait à :

- Mettre en place dans le droit commun des alternatives supplémentaires au financement à l'acte au travers du parcours coordonné renforcé
- Créer les conditions juridiques et financières favorables à la standardisation du processus d'inscription dans le droit commun. Cela éviterait une charge trop lourde pour l'administration : comme le relève la Cour des comptes, il est difficile de se prononcer sur les entrées dans le droit commun au fil de la sortie des différentes expérimentations du dispositif 51, en réitérant l'identification de levier pour chaque type de professionnel et patient.
- Permettre aux porteurs d'expérimentations évaluées favorablement de continuer à prendre en charge leurs patients. Par exemple, certains porteurs sont des associations, qui auront besoin d'accompagnement s'ils doivent faire évoluer la nature juridique de leur structure coordinatrice. Cela éviterait de casser une dynamique et favoriserait la transition entre l'Article 51 et le droit commun.

Une fois les principes posés dans la loi, moduler les parcours en fonction de leur nature se fera par arrêté.

La mesure est compliquée, mais il y a lieu d'espérer que la mise en œuvre soit simple. Un point d'attention à garder à l'esprit : contrairement à ce qui se passe lors du cadre expérimental, la mesure prévoit une participation des complémentaires.

DISCUSSION

Unicancer souligne que cette mesure permet de combler un chaînon manquant du droit et donne de la visibilité sur ce qui attend les porteurs de projets. Elle relève toutefois que la charge sera importante pour les structures en charge de la remontée d'informations nécessaires à la facturation, notamment pour les établissements qui n'ont pas les ressources pour ce type de missions. Il s'agira de bien veiller à intégrer cette charge dans les forfaits.

France Asso Santé (Jean-François Thébaut) soulève la question des autres parcours et du guichet auquel s'adresser. Il exprime également son enthousiasme et souligne l'avancée s'agissant des prestations non remboursables, qui rejoint la demande ancienne des associations de patients concernant l'accompagnement thérapeutique

Le CNOM souligne l'enjeu majeur de la mesure, le comité de liaison inter ordres s'est positionné clairement sur le sujet de la coordination et beaucoup d'éléments présentés sont très positifs. Il sera très attentif au respect des référentiels de compétence et des pratiques de la médecine conventionnelle. Il rappelle également que les CPTS ne sont pas des offreurs de soins, et ne doivent pas le devenir, et alerte sur l'importance pour le médecin traitant d'être partie prenante du travail d'équipe.

France Assos Santé (Jean-Pierre Thierry) soulève la question de la prise en charge des pathologies qui ne font pas l'objet d'un Article 51. Il partage son enthousiasme vis-à-vis de la mesure, qui règle le problème de la mise en œuvre de la coordination et pourra sans doute apporter des réponses dans les déserts médicaux, en palliant selon les cas à l'insuffisance de l'offre. Cela lui évoque par ailleurs d'anciennes revendications de France Assos Santé relatives à « l'accompagnement thérapeutique du patient ». Il se réjouit notamment de la participation des professionnels non conventionnés, et que l'adhésion aux parcours repose sur le volontariat. En somme, la mesure permet de pérenniser les expérimentations qui autrement risqueraient de disparaître. Il propose de s'interroger sur la potentielle mobilisation des sociétés savantes et de la HAS, et des professionnels de santé au-delà des pionniers des expérimentations.

L'UNPS (Yohan Saynac) relève que :

- Ce n'est pas la structure qui coordonne, mais les personnes au sein de la structure. Il faut utiliser les bons termes sur les objectifs de la réforme : il s'agit de développer de nouveaux métiers de la coordination et non pas de créer de nouvelles structures coordinatrices.
- Il faut se pencher sur l'enjeu de la juxtaposition de deux systèmes (approche globale/approche spécialisée) : que faire quand un patient qui débute un épisode de soins encadré par la mesure est aussi suivi pour autre chose ?
- Sur la rémunération globale forfaitaire, qu'en est-il de la répartition : la grille sera-t-elle très variable ou la mesure va donner à voir son contenu ? Il faut garder à l'esprit que sans cadre, on risque de laisser libre cours aux jeux de domination locaux.
- Il faut assurer la préparation du débat public qui va s'ensuivre, notamment afin de rassurer sur la question de la rémunération.

Occitan'Air témoigne à nouveau du succès de l'expérimentation : en sus de l'efficacité démontrée par la baisse des journées d'hospitalisation pour les bénéficiaires, le déploiement a aussi été une réussite, passant en 3 ans de 8 à 13 départements sans difficultés.

Pour répondre à ces points d'attention, Clélia Delpech commence par rappeler que l'objectif est de faire entrer dans le droit commun les expérimentations dont l'évaluation a montré qu'elles fonctionnaient. Étendre à des pathologies hors Article 51 n'est donc pas un sujet à l'heure actuelle, puisqu'il s'agit de s'inspirer de parcours ayant fait leurs preuves sur le terrain. Cela devrait aussi prévenir de potentiels manquements concernant la qualité des référentiels métiers (à charge de la structure coordinatrice de s'assurer des compétences des professionnels avec lesquels elle souhaite travailler en cas de généralisation). Le choix de ne pas mobiliser la voie conventionnelle permet de conserver les avantages du cadre Article 51, en l'occurrence pouvoir impliquer des professionnels de santé non conventionnés ou d'autres professionnels.

Pour clarifier, il n'est pas question que les CPTS soient effectrices de soins, elles seraient chargées d'organiser les parcours et d'assurer la coordination entre les professionnels. Elles transmettraient les informations relatives à la rémunération de chacun à l'Assurance Maladie, qui en effectue le paiement. Enfin, il est bien prévu de donner à voir ce qu'est concrètement la mesure afin de rassurer les divers acteurs : toute suggestion concernant la communication à ce sujet est bienvenue.

Pour conclure cet échange, il convient de rappeler que le PLFSS doit encore passer un certain nombre d'étapes (Conseil d'État, Conseil des ministres, Parlement), et que la mesure s'en verra sans doute

sensiblement modifiée. Il reste qu'elle permettrait de donner un cadre de généralisation pour beaucoup d'expérimentations, dont celles présentées en début de séance par les porteurs.

RESULTATS DE L'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION CENTRES DE SANTE SEXUELLE D'APPROCHE COMMUNAUTAIRE

CAROLINE FEUGERE – DRESS ; CAMILLE DORIN ET ADRIEN ESCLADE – DGS

L'expérimentation « Centres de santé sexuelle d'approche communautaire » (CSSAC) – sur laquelle le conseil stratégique doit prononcer un avis d'ici le 18 septembre – consiste à expérimenter dans des villes à forte prévalence du VIH et des IST des CSSAC, en l'occurrence avec le déploiement de quatre centres à Paris, Marseille, Montpellier et Lyon. L'expérimentation d'une approche communautaire en santé va au-delà d'une approche populationnelle, et se traduit en un nouveau paradigme de soins, avec une recherche d'autonomisation des patients qui repose sur la pair-aidance.

10 326 patients ont été pris en charge et facturés dans le cadre de cette expérimentation au 30 juin 2023.

Les résultats du rapport final d'évaluation et les conclusions du comité technique de l'innovation en santé sont précisés en diapositives 29 à 38 du support de la séance.

Les objectifs en termes de nombre de passages ne sont que partiellement atteints, ce qui s'explique notamment par la diminution de rassemblements communautaires du fait de la pandémie de covid-19. Pour autant, les critères de faisabilité, d'efficacité et de reproductibilité sont globalement satisfaits : le comité technique de l'innovation a émis en conséquence un avis favorable à l'autorisation de l'entrée dans le droit commun. Pour ce faire il faut garder à l'esprit que :

- Le travail impliqué par le remplissage des SI est très lourd, il faudrait les améliorer en y simplifiant le suivi d'indicateurs.
- Le modèle économique est encore à ajuster : en l'état les forfaits ne rémunèrent pas les médiateurs à la hauteur de leur temps de travail.
- La délivrance du TPE n'est actuellement uniquement disponible que dans les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), auxquels sont rattachés les CSSAC de Paris et Marseille. La DGS a déjà entamé un travail sur ce point.
- La réalisation des examens biologiques médicaux délocalisés est un élément majeur de l'esprit de l'expérimentation qui repose sur le modèle du Test & Treat : c'est un élément qui doit être possible en cas de passage dans le droit commun.
- Certains publics ne sont que peu présents dans les files actives des CSSAC, notamment les travailleurs du sexe : les moyens déployés pour les atteindre sont à améliorer.

ECHANGES

L'ajout d'un nouvel organisme comme le CSSAC questionne au vu par exemple de l'existence de très nombreuses voies d'accès à la PrEP en l'état comme le relève le CNOM. La DGS a conscience de cette pluralité d'acteurs ayant trait à la prise en charge de la santé sexuelle et renvoie au [rapport de l'IGAS](#) sur la question, qui préconise le rapprochement entre les différents types de structures.

L'UNPS (Yohan Saynac) rappelle que la diversité de acteurs impliqués dans l'offre de soins relative à la prise en charge de la santé sexuelle a son importance : elle témoigne de l'histoire de sa composition et de la place que le maillage associatif y tient, et joue un rôle important dans la formation des professionnels de santé.

En cas de généralisation, certains points d'attention sont soulignés : d'une part le fait que les CSSAC ne sont pas déployables sur l'ensemble du territoire, mais ont plutôt vocation à l'être dans de grands centres urbains ; d'autre part les difficultés potentielles en termes de ressources humaines. Par ailleurs

l'homophobie de certains patients pourraient les tenir à l'écart de cette nouvelle offre de dépistage qui offre bien des avantages : il serait bienvenu que les médecins traitants fassent le pont entre la médecine de ville et les CSSAC.

Les résultats d'évaluation posent donc la question de l'insertion adaptée des CSSAC dans l'ensemble de l'offre de soins relative à la santé sexuelle.

AGENDA DU CONSEIL STRATEGIQUE

NATACHA LEMAIRE

Les membres du conseil stratégique sont invités à prendre connaissance de l'agenda pour la fin de l'année 2023 disponible aux diapositives 41 et 42 du support de la séance.

Florence ALLOT (DGCS)
François ARNAULT (CNOM)
Fabienne BARTOLI (HAS)
Sophie BEAUPERE (UNICANCER)
Pierre BERGMAN (CNAM)
Marine BOISSON-COHEN (CNSA)
Christophe BONNIER (ARS-OCCITANIE)
Sandrine BOUCHER (UNICANCER)
Fanny CHEVALIER (DGOS)
Caroline COMBOT (CCSMF pour UNPS)
Pascal CORMERY (MSA)
Clelia DELPECH (DSS)
Eric DOUCET (DGS)
Elisabeth FERY-LEMONNIER (DREES)
Gael FOULDRIN (CNP de CME de CHS)
Bruno GAUTHIER (UNPS)
Delphine HERNU (Mutualité Française pour UNOCAM)
Aurélie LAVOREL (SNITEM)

Séquence forfaits coordonnés

Daniel BAJON (Intervenant Occitan'Air)
Yann DAROLLES (Intervenant Occitan'Air)
Guillaume GAUD (Intervenant Ako@dom Picto)
Etienne MINVIELLE (Intervenant)
Laurent RAFFIER (Intervenant TSLA)
Thiébaut-Noël WILLING (Intervenant TSLA)

Natacha LEMAIRE (RG 51)
Clara LEPOUTRE (FEHAP)
Jérémy MALEK-LAMY (FNCS)
Antoine MALONE (FHF)
Joelle MARTINAUX (UNCCAS)
Marion MUNCH (UNIOPSS-ESMS)
Stéphane OUSTRIC (CNOM)
Dominique POLTON (Vice-présidente)
Annie PREVOT (ANS)
Magalie RASCLE (CCMSA-MSA)
Yohan SAYNAC (MG pour UNPS)
Catherine SIMONIN (France Asso Santé)
Aurélien SOURDILLE (FHF)
Eric TANNOT (Syndicat des Médecins Libéraux pour UNPS)
Jean-François THEBAUT (France Asso Santé)
Jean-Pierre THIERRY (France Asso Santé)
Clara TOUSCH (UNOCAM)
Marie-Claire VIEZ (FHP)

Séquence rapport final de CSSAC

Camille DORIN (Intervenant DGS)
Adrien ESCLADE (Intervenant DGS)
Caroline FEUGERE (Intervenant DREES)