



CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

SEANCE PLENIERE – 4 AVRIL 2024

INTRODUCTION PAR LA VICE PRESIDENTE

DOMINIQUE POLTON

Après plus de cinq ans d'existence, le dispositif Article 51 représente 148 expérimentations autorisées, dont 104 expérimentations en cours de déploiement et 44 expérimentations terminées.

Depuis l'année dernière, le dispositif de l'article 51 a franchi une période charnière marquée par l'intensification du nombre de fins d'expérimentations particulièrement concentrées sur le dernier trimestre 2023 qui a vu 18 expérimentations arriver à leur terme. Cet accroissement des fins d'expérimentations a été accompagné par une activité soutenue de la cellule évaluation qui a supervisé les rapports finaux corollaires.

Il faut rappeler en effet que toutes les expérimentations sont évaluées. Et en revenant quelques années en arrière, si on se reporte aux raisons qui ont conduit à mettre en place ce dispositif de l'article 51, c'était le constat partagé qu'on avait eu plusieurs fois, dans notre pays, des expérimentations qui s'étaient éternisées, parfois prolongées par des LFSS successives, sans qu'il y ait de décision claire d'y mettre fin ou de les généraliser. L'ambition du dispositif de l'article 51 est de pouvoir tester beaucoup plus facilement des innovations organisationnelles, pour un temps donné, au bout duquel elles sont évaluées. Toutes ne sont pas probantes, et c'est normal : certaines s'arrêtent tandis que d'autres qui ont fait la preuve de leur intérêt sont appelées à quitter leur statut expérimental pour entrer dans le droit commun. Sur ce plan, l'article 51 remplit les objectifs qui lui ont été assignés.

Pour accompagner cette nouvelle étape du dispositif, la disposition permettant une période transitoire post expérimentation, votée lors de la LFSS pour 2022, a été mobilisée à 13 reprises afin de maintenir les expérimentations en conditions opérationnelles dans l'attente de leur entrée dans le droit commun. Il est important à cet égard de rappeler l'importance du travail du Conseil stratégique, du fait de son appréciation sur l'opportunité de généraliser les expérimentations qui se terminent. La préparation de la bascule des innovations dans le droit commun constitue également un chantier majeur auquel s'attèlent les équipes du ministère et de l'assurance maladie.

SEQUENCE IPEP

PRESENTATION DES GRANDS PRINCIPES DE L'EXPERIMENTATION IPEP

PIERRE BERGMAN

Les professionnels se constituent en groupement pour mettre des actions en place au bénéfice de leur patientèle commune permettant d'améliorer la qualité des soins, décloisonner les secteurs, renforcer l'efficacité des prises en charge. Le financement est un intéressement collectif, conditionné par l'atteinte de résultats en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

L'expérimentation est déployée dans 14 régions, implique 500 médecins traitants et concerne 550 000 patients.

L'expérimentation se termine en juillet 2024.

TEMOIGNAGE DE LA MSP SAINT CLAUDE SUR L'EXPERIMENTATION IPEP

PATRICK VUATTOUX

Les professionnels de l'équipes ont mis un certain temps à s'approprier l'intéressement et la nouvelle stratégie à mettre en place. Certains médecins ont accepté de jouer le jeu, l'effet « vitrine » au sein du groupe a permis de convaincre les autres médecins.

Suite à un essai infructueux des infirmiers libéraux, une fiche de poste a été créée ; le recrutement d'une infirmière IPA pour mettre en place une organisation nouvelle a été un succès quant à la réalisation des consultations non programmées, les sorties d'hospitalisation et l'accueil de nouveaux patients complexes par l'infirmière. Cela a permis de gagner du temps médical, d'éviter le recours aux urgences pour certains patients, d'éviter des réhospitalisations et de trouver un médecin traitant pour des patients complexes.

A Besançon beaucoup de médecins sont partis à la retraite sans trouver de successeurs, les patients allaient alors systématiquement dans les maisons de santé (structure visible sur le territoire) et les médecins refusaient les nouveaux patients. Grâce à l'IPA, ils acceptent plus facilement les nouveaux patients.

S'agissant de la démarche qualité, il est nécessaire de disposer d'un référent qualité appartenant à l'équipe et de définir une stratégie concernant les 10 indicateurs (appropriation, priorisation...).

L'incertitude liée à l'intéressement génère un « stress économique, les écarts entre années sont difficiles à gérer quand on a des salariés. Il faut pouvoir mobiliser des financements alternatifs.

ECHANGES

Les questions ont principalement porté sur l'articulation de l'expérimentation IPEP avec les CPTS, les indicateurs relevés semblant majoritairement relever des missions des CPTS.

La MSP Saint Claude est adhérente en tant que structure effectrice de soins à la CPTS qui n'est pas effectrice de soins ; la CPTS a ses objectifs propres avec un rôle essentiel pour améliorer les collaborations entre les différents acteurs territoriaux (ville/hôpital, médical/social, usagers, ...). Les CPTS sont des espaces territoriaux qui facilitent les collaborations. IPEP constitue un apport supplémentaire à la MSP en tant que structure effectrice de soins et contribue à l'atteinte de ses objectifs.

Le CNOM appelle à ne pas mélanger les genres, IPEP relevant de l'évolution des ACI pour les MSP et de l'organisation des soins de proximité.

SEQUENCE PEPS

PRESENTATION DES GRANDS PRINCIPES DE L'EXPERIMENTATION PEPS

MANON FLANDROIS

PEPS teste un forfait à la capitation en fonction des caractéristiques patients, de leur risque et du territoire des structures participantes pour 3 types de patientèle : médecin traitant, personnes âgées ou personnes diabétiques. C'est un modèle substitutif à l'acte. L'expérimentation se termine le 3 juillet 2024.

TEMOIGNAGE DU CENTRE DE SANTE SIMONE VEIL

KARINE HOTTIN THOREAU ET ELISA MARAIS

Le CDS a choisi le forfait PEPS personnes âgées car 1615 des 4765 patients sont âgés de plus de 65 ans. Le territoire fait face à des difficultés d'accès aux soins avec seulement 10 médecins généralistes et un seul qui a moins de 60 ans et la fermeture du service des urgences de proximité 200 jours en 2023. La

CPTS est très active en termes de projets et de déploiement d'innovation en santé et il y a de nombreuses infirmières sur le territoire.

Dans ce contexte, le risque de rupture des parcours patient est accru pour les patients notamment les personnes âgées ainsi que l'accès aux soins non programmés

Le projet BIM a été mis en place avant PEPS, le travail exclusivement en binôme MG/IDE a pour objectif de développer les soins non programmés et de prendre en charge plus de patients. Cette organisation permet de proposer 40 créneaux par jour ouvré au lieu de 25 pour un MG seul pour les patients en situation d'urgence ressentie (soins non programmés). Le BIM ADOM quant à lui permet à une infirmière de suivre les patients âgés fragiles isolés ou en situation de handicap en intercurance avec les visites médicales afin d'éviter les ruptures de parcours et de limiter les hospitalisations évitables.

TEMOIGNAGE DE LA MSP LES ALLYMES

OLIVIER BELEY

Avec la rémunération à l'acte, la délégation représente une perte financière pour le médecin car il est le seul financé alors que les patients pourraient voir un IDE. Les plages de consultations sont adaptées au motif et un cadre différent est proposé au patient. Le principe est que le patient ait la bonne réponse au bon moment par la bonne personne et pas forcément par le MG. Cela repose sur un secrétariat efficace pour une bonne orientation du patient.

Cette organisation suppose de pouvoir dissocier la rémunération des professionnels de leur activité. Dans ce cas, les partages de compétence et délégations deviennent possibles, avec des professionnels aux compétences variées qui leur permettent de progresser.

La MSP offre un plateau technique plus important (polysomnographie, plateau de dermatoscopie qui permet de travailler avec des professionnels à 70km, échodoppler, etc.). Cela permet de prendre plus de patients (augmentation de 1500 à 2000 patient de la patientèle médecin traitant de la MSP). Depuis 3 ans, le stress économique n'existe plus et cela permet de travailler de façon intelligente et intéressante.

ECHANGES

Pour le CNOM, l'approche est très satisfaisante dans la recherche d'équilibre entre capitation et acte et accompagner l'impact sur l'évolution des compétences professionnelles (ex : secrétaires et assistantes médicales), cela donne du sens.

Le CNOM pose la question de l'organisation des consultations avancées ou des collaborations avec des centres avancés. Concernant l'accès aux spécialistes, le lien ville-hôpital est bon et des parcours spécialisés ont été mis en place grâce aux IPA (ex : cardio, santé mentale) par le CDS Simone Veil. Pour la MSP Les Allymes, l'accès au réseau hospitalier reste complexe mais les parcours organisés et structurés permettent de faciliter les relations avec les spécialistes (ex : dermatoscopie).

La FNCS constate l'impact du levier tarifaire et interroge le lien de causalité. Il souhaite connaître le coût supplémentaire versé en comparaison au système de rémunération à l'acte. La DSS précise que le delta entre la rémunération au forfait et à l'acte dépend du profil de l'équipe, de la patientèle, de l'organisation mise en place. Certaines équipes perçoivent un bonus de 15/20% tandis que d'autres ont une rémunération équivalente à celle qu'elles auraient perçues à l'acte.

Pour la MSP des Allymes, le modèle économique reste néanmoins fragmenté et fragile car il comporte par exemple aussi la rémunération de certaines IDE par l'association Asalée. Le montant perçu pour la patientèle personnes âgées permet de couvrir 60% du salaire de l'IDE du CDS Simone Veil qui effectue les visites à domicile

La MSP est bien un lieu de stage. Il est souligné l'installation récente de deux jeunes médecins. Le modèle est attractif notamment avec l'existence d'un plateau technique, de ressources humaines disponibles et une sensation de confort. La structure CDS Simone Veil est également maître de de stage et en attente de docteur junior, elle accueille aussi des étudiants IPA.

La FNCS rappelle que beaucoup de centres de santé sont entrés dans PEPS car peu satisfaits du modèle économique actuel. Celui-ci avait la promesse de pouvoir couvrir la prise en charge de patients complexes. Le forfait calculé selon l'âge, le sexe, le nombre d'ALD, le taux de précarité permet de valoriser le temps passé pour les patients complexes. A Nanterre, l'organisation a permis de mettre en place un binôme MT/IDE au domicile des patients pour gagner du temps médical. Cela reste fragile effectivement car l'organisation fait appel à une juxtaposition de financements différents.

Elle appelle à continuer à travailler pour stabiliser le mode de calcul en valorisant toutes les expériences mises en place. La sortie dans deux ans, après la seconde phase expérimentale, va arriver rapidement.

SEQUENCE EDS

PRESENTATION DES GRANDS PRINCIPES DE L'EXPERIMENTATION EDS

GUILLAUME NATHAN

Il s'agit d'une somme forfaitaire pour prendre en charge un patient lors d'un épisode aigu hospital-domicile. Le calibrage du forfait est réalisé a priori pour 3 situations cliniques autour d'épisodes chirurgicaux bien délimités.

Il y a une comparaison a posteriori avec les dépenses réelles (hospitalières et post opératoires c'est à dire SMR ou retour domicile). Si les dépenses sont inférieures, un intéressement est versé aux professionnels. Une dimension qualité est également prise en compte.

43 000 patients ont été inclus depuis novembre 2019 par 38 établissements de santé dans 10 régions.

En parallèle et uniquement en ARA, depuis octobre 2023, un forfait IDEL a été mis en place pour favoriser adhésion des IDEL à l'expérimentation. Ceci permet de revaloriser l'acte de droit commun en lien avec le suivi et l'accompagnement post opératoire.

TEMOIGNAGE DU CHP ST GREGOIRE

MARCELLE LE BIHAN

4 000 patients ont été inclus sur la plateforme de la CNAM, pour la prothèse totale de hanche, de genou et la colectomie pour cancer depuis le début de l'expérimentation. Cela s'est accompagné d'un travail important pour préparer l'amont des parcours notamment avec la création et la mise en œuvre de grilles permettant d'identifier les fragilités.

Les parcours/protocoles de soins/arbres décisionnels ont été établis en concertation avec les IDEL pour que chacun sache comment intervenir. Ce travail de transversalité a permis d'écouter et prendre en compte les attentes de chacun et de renforcer la chirurgie ambulatoire.

Le financement de l'IDE de coordination est une mesure forte qui doit être maintenue et financé car les parcours hospitaliers sont de plus en plus courts. Cela est indispensable pour gagner en efficacité et sécurisation des parcours.

Le recueil des indicateurs est lourd mais a un impact positif sur les DPI qui doivent être bien tenus. Le questionnaire patient est intéressant mais se surajoute à d'autres enquêtes existantes ce qui peut entraîner de la confusion pour les patients.

Éléments à renforcer : questionnaire PREMS à positionner en aval du parcours et SI interopérable pour recueillir les indicateurs

TEMOIGNAGE DE L'HOPITAL SAINT JOSEPH

PASCAL ALFONSI

950 patients inclus depuis 2021 pour les 3 parcours.

Impacts intra-établissement : pérennisation de l'existant (programme RAAC), 1 IDEC pour piloter dès l'amont le séjour du patient et sa sortie.

Le score de qualité est administré automatiquement par internet avec analyse 5 jours avant puis 3 mois après. Cela permet d'objectiver l'amélioration des pratiques. Le retour d'expérience patients PREMS vient en doublon avec l'e-satis, ce qui génère des confusions.

L'organisation a permis de dépasser les barrières existantes entre la ville à l'hôpital. Pour privilégier le retour direct au domicile et fluidifier les parcours, un travail important de lien avec les partenaires de ville a été mis en place notamment via les CPTS des arrondissements environnants (IDEL, kinésithérapeute de ville) et la HAD dans le 92.

ECHANGES

Les établissements UNICANCER qui ont testé le parcours colectomie font un retour mitigé car ils perçoivent qu'ils prennent en charge beaucoup de cas complexes et que cela fragilise le modèle à cause des réhospitalisations.

Le modèle permettant de majorer la rémunération lorsqu'il y a des comorbidités à risque de réhospitalisation, cette démarche a renforcé à Saint Joseph le travail sur la réhabilitation pré chirurgie (ex : perfusion fer, correction dénutrition, ...)

Au-delà des éléments financiers, l'intérêt est pour le CNOM d'avoir renforcé le lien réel ville hôpital pour éviter les réhospitalisations et d'augmenter les compétences des différents professionnels pour être en capacité de prendre en charge de façon sécurisée de plus en plus de patients complexes.

La FNCS interroge l'absence de lien avec les CPTS du 92. Le temps pour créer un lien avec les CPTS est important et pour le 92 qui est plus éloigné, cela a été l'occasion de renforcer un lien existant avec santé service HAD 92. L'objectif principal poursuivi était la sécurisation du retour au domicile.

AVANCEE DES TEXTES REGLEMENTAIRES DE LA MESURE LFSS SUR LES PARCOURS COORDONNES RENFORCES

CLELIA DELPECH – DSS

L'Article 46 de la LFSS 2024, permet de transposer dans le droit commun certaines expérimentations art 51 qui ne peuvent passer par des vecteurs classiques et qui permettent de décloisonner les approches en créant un financement solidaire.

Seront précisés par voie réglementaire :

- La définition du parcours
- La définition de l'enveloppe donnant un montant global par parcours découpé par épisode
- Le rôle de la structure de coordination qui déploie auprès du patient et transmet l'information à la CPAM (ordonnancement en précisant la part de l'enveloppe pour chaque professionnel). Elle pourra percevoir une partie du forfait pour la coordination. La CPAM est chargée du versement à chaque professionnel.

A noter que la création de parcours s'appuie sur un raisonnement en grappe d'expérimentations proches pour ne pas multiplier le nombre de parcours.

Le décret en conseil d'Etat est en cours de rédaction, il précisera :

- Que seules les expérimentations art 51 ayant fait l'objet d'un avis favorable des instances sont éligibles ;
- Que le contenu des parcours peut évoluer avec l'arrivée de nouvelles expérimentations ;
- Les exonérations pour les assurés ;
- Les dispositions communes aux PCR ;
- Les relations entre la structure coordinatrice et les professionnels qui mettent en œuvre le parcours (contrat type qui fixe ses relations et contient un engagement pour les professionnels qui ne sont pas aujourd'hui référencés de se rapprocher de la CPAM pour obtenir un numéro d'identification)
- Que le projet est à déposer à l'ARS et réputé validé sans réponse de l'ARS sous 2 mois. Deux raisons peuvent motiver un rejet : non-respect du cahier des charges (arrêté), ou non adéquation avec le PRS

Pour susciter le développement des PCR, les ARS pourront recourir à des AMI.

Un décret simple listera les structures de coordination éligibles. Il est prévu une ouverture à tous les établissements médico sociaux disposant d'un FINESS à partir du moment où des professionnels de santé y sont présents (grande diversité de typologie).

Un arrêté chapeau listera les dispositions communes à ces parcours.

Chaque nouveau parcours fera l'objet de la publication d'un arrêté avec le cahier des charges associé.

Concernant les règles de facturation, pour des raisons opérationnelles et s'assurer de l'utilité du suivi, le parcours sera découpé en plusieurs épisodes marqués par des points d'étapes traçables par la structure de coordination. Sera défini un parcours minimum permettant une facturation. Il y aura une part de variabilité dans la rémunération versée par la CPAM par parcours selon l'intensité des interventions réalisées. Un téléservice de facturation sera mis en place à l'été 2025.

La participation des organismes complémentaires est prévue (décret conseil d'état). Les discussions sont en cours.

La phase de consultation, avec communication des projets de texte, s'ouvre avec l'objectif d'une publication avant l'été. Il est prévu que les premiers parcours soient publiés dans la foulée pour permettre une appropriation par les acteurs de terrains avant la fin de l'année (réadaptation cardiaque).

ECHANGES

UNICANCER demande s'il sera nécessaire de contractualiser avec chaque professionnel dans le cas où il sont nombreux ou s'il sera possible que les professionnels renseignent directement l'outil.

Les travaux ont commencé sur l'outil, une phase de transition est cependant à prévoir jusqu'à l'été 2025 pendant laquelle la plateforme art 51 sera mobilisée. L'objectif est bien de fournir l'outil le plus simple possible pour les professionnels.

Le CNOM demande qui crée les parcours et choisit les indicateurs. Il interroge l'indication spécifique des sociétés d'exercice libérales dans un contexte de financiarisation de la santé.

La DSS précise que le principe est de s'appuyer sur l'évaluation de chaque expérimentation art 51. En effet, c'est lorsque les avis sont positifs des instances CTIS et CSIS que le parcours coordonnée peut émerger avec une démarche de réflexion collective sur ses modalités. Les SEL ont été ciblées car aujourd'hui dans les parcours expérimentés, ce sont beaucoup les médecins spécialistes qui portent les parcours testés.

Le CNOM en conclut qu'il conviendra donc d'ouvrir à tous les types d'exercices

L'émergence de ces parcours est une excellente nouvelle pour France Assos Santé qui questionne la place pour les patients. En tant que président de la Fédération Française des Diabétiques, il regrette l'absence d'expérimentations sur la prise en charge du diabète et souhaite susciter des art 51 sur le sujet.

Les associations de patients peuvent jouer un rôle important de sensibilisation des patients et des professionnels de santé et aider ainsi au déploiement dans les territoires.

La MSA souhaite s'assurer de l'ouverture des PCR aux assurés de la MSA. La DSS confirme que les PCR seront ouverts à tout usager quel que soit son régime assurantiel, des échanges entre l'assurance maladie et la MSA sur la facturation ont été initiés en ce sens.

La FNCS souhaite savoir qui reçoit les financements des professionnels non conventionnés par exemple psy ou APA lorsqu'ils sont salariés. Dans le cas où un centre de santé déploie le parcours, il sera destinataires des financements pour les intervenants interne à sa structure. La contractualisation est nécessaire pour un intervenant extérieur à la structure.

ACTIVITE REALISEE ET PREVISIONNELLE

NATACHA LEMAIRE

Les membres du conseil stratégique sont invités à prendre connaissance des diapositives 56 à 58 du diaporama de la séance.

Pierre BERGMAN (CNAM)	Antoine MALONE (FHF)
Alain BEAUPIN (FNCS)	Joelle MARTINAUX (UNCCAS)
Sandrine BOUCHER (UNICANCER)	Laetitia MAY (HAS)
Louise BOURDEL (MSA)	Laurent MULSTAYN (UNPS)
Hélène CAILLAT (FEHAP)	Stéphane OUSTRIC (CNOM)
Fanny CHEVALIER (DGOS)	Laurence PARRAIN (FNCS)
Hélène COLOMBANI (FNCS)	Dominique POLTON (Vice-présidente)
Clelia DELPECH (DSS)	Samuel PRATMARTY (ARS Nouvelle Aquitaine)
Diane DESPART (CNSA)	Annie PREVOT (ANS)
Edouard DEVAUD (Conférence des présidents de CME de CH)	Lise ROCHAIX (Personnalité qualifiée)
Dominique DUPONT (FNCS)	Marie SIERRA (FEHAP)
Géaurel FANANHOUEDO (SYNERPA)	Aurélien SOURDILLE (FHF)
Constance FAVEREAU (DGOS)	Jean-François THEBAUT (France Asso Santé)
Elisabeth FERY-LEMONNIER (DREES)	Joseph TIBURCE (CNOMK)
Fabrice GOMBERT (UNCAM)	Nathalie VALERO (DGCS)
Aurélien LAVOREL (SNITEM)	Guillaume VAQUER (ANSM)
Natacha LEMAIRE (RG 51)	Patrick VUATTOUX (A Santé)

Intervenants

Alfonse ALFONSI (Hôpital Saint Joseph)
Olivier BELEY (MSP les Allymes)
Karine HOTTIN THOREAU (CDS Simone Veil)
Marcelle LEBIHAN (CHP Saint Grégoire)
Elisa MARAIS (CDS Simone Veil)
Patrick VUATTOUX (MSP Saint Claude)