



CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE

1ER JUILLET 2021

1/ INTRODUCTION PAR LA VICE-PRESIDENTE DU CONSEIL STRATEGIQUE

DOMINIQUE POLTON

La tenue du dernier conseil datant de début 2019, il paraissait important de le réunir, après une longue éclipse due à la crise. Certaines expérimentations arrivent en effet à terme. Le conseil stratégique se doit de donner des avis sur les possibilités d'étendre ou généraliser les expérimentations.

Beaucoup d'événements se sont déroulés depuis le dernier conseil stratégique : en témoigne le nombre d'expérimentations autorisées (+90), les rapports produits, (rapport au parlement, Atlas du 51 et une quarantaine de rapports d'étapes)

Dans le cadre du printemps social de l'évaluation, et de sa publication en juin un certain nombre de points positifs ont été relevés sur l'article 51, entre autres :

- Gouvernance originale
- Des porteurs terrain à l'initiative des expérimentations
- Importance de l'évaluation pour préparer la généralisation
- Engouement des porteurs de projets (prêt de 900 porteurs ont déposé des projets)
- Portage politique fort qui ne s'est pas démenti dans le temps
- Changement de posture de l'administration avec une posture de soutien et d'aide

Quelques critiques ont aussi été rapportées dans ce cadre notamment la lourdeur du processus, un aspect inévitable lié au dérogations, un besoin d'allègement et de grande lisibilité des étapes du calendrier.

Un enjeu du conseil stratégique à se ressaisir du dispositif : prendre en compte l'ensemble des expérimentations, mieux les connaître pour être en capacité de pouvoir émettre un avis sur les expérimentations.

2/ GRANDS TEMOINS

PRISE EN CHARGE DU DIABETE GESTATIONNEL

PIERRE CAMILLE ALTMAN, DIRECTEUR ET CO-FONDATEUR DE MY DIABBY

Une brochure a été transmise en appui de l'intervention.

Le projet propose une plateforme de télésurveillance pour le suivi des patients diabétique, avec

- Une application pour la patiente, avec des appareils connectés pour suivre le diabète
- Un portail à destination du praticien pour l'échange entre professionnels

Au total, ce sont plus de 450 établissements de santé et 350 cabinets libéraux qui utilisent myDiabby, pour un suivi de plus de 10 000 nouveaux patients par mois. Sans ce projet, les patientes atteintes de

diabète gestationnel auraient eu un suivi tous les 15 jours avec un carnet. Le bénéfice de cette prise en charge est de pouvoir adapter les consultations et d'identifier quand organiser un suivi rapproché.

Ce qui a été induit par l'usage de cette plateforme :

- De plus en plus de protocoles de coopération qui permettent aux paramédicaux de suivre le diabète
- Coordination avec les autres acteurs du parcours de soin des patients : association entre suivi diabétologie et maternité.

La question du modèle de financement s'est posée assez rapidement. Un nouveau modèle de prise en charge du diabète gestationnel par forfait a été créé et 17 centres et cabinets se sont coordonnés pour participer à l'expérimentation. Ce projet a nécessité une coordination étroite entre industriel et praticiens qui s'est globalement bien déroulée.

Les deux ans d'expérimentation se terminent bientôt avec 6000 patientes prises en charge.

Concernant l'évaluation, il y a un challenge pour comparer l'avant-après car beaucoup de centres utilisaient déjà l'outil. Il a donc fallu remonter dans le temps pour pouvoir comparer. Beaucoup de données sont disponibles à la fois sur la plateforme et dans les bases de données SNDS. Le rapport final est prévu en 2022.

Les porteurs ont identifié une véritable demande des acteurs de terrain sur la valorisation de la prise en charge du diabète gestationnel. Pour mener à bien le projet, l'équipe a mené un travail partenarial avec la Société Francophone du Diabète, le Conseil National Professionnel de Diabétologie, la Fédération Française des Diabétiques et l'équipe nationale article 51.

Le dispositif médical (DM) utilisé dans l'expérimentation, qui était considéré comme un outil DM classe 1 au commencement des activités de myDiabby, est en train de devenir un dispositif médical de classe 2a. Cela va dans le sens de la sécurisation des données, mais aussi d'une certaine lourdeur, qu'il a fallu accompagner.

L'inclusion et la coordination de l'ensemble des acteurs concernant leur besoin mais aussi d'une manière générale, a permis au projet de voir le jour et fait le succès de myDiabby.

S'agissant des personnels hospitaliers, quand on délègue une tâche à un PDS, on ne peut pas toucher à la rémunération des professionnels. Est-ce que cela n'est-il pas un frein pour les expérimentations qui y sont confrontées (des professionnels non rémunérés à la hauteur de leur tâches) ?

PC Altman : aujourd'hui au niveau de l'hôpital, les équipes médicales ne sont pas rémunérés pour la télésurveillance gratuite qu'ils font déjà. Dans le cadre de l'expérimentation Article 51, le fait de valoriser cet acte était motivant pour les équipes. L'objectif de l'expérimentation est aussi de pouvoir, en fonction de l'implication de chaque acteur, valoriser leur activité dans ce secteur.

THERAPIES ORALES ONCOLINK – Voir SUPPORT DE PRESENTATION

CATHERINE RIOUFOL, SANDRINE BOUCHER

L'expérimentation s'inscrit dans le virage ambulatoire en cancérologie et propose une innovation organisationnelle de la prise en charge par chimiothérapie orale à domicile, elle vise à sécuriser l'utilisation des thérapies orales.

Un projet d'envergure : les intervenantes témoignent d'un long parcours d'instruction (2 ans) avec de nombreux défis, dont celui d'aligner 34 établissements de santé. 6 lettres d'intention réunissant 34 établissements avaient été en effet déposés sur la même thématique. L'équipe nationale 51 a proposé de rassembler tous les projets en un. Il a fallu trouver la bonne granularité pour le cahier des charges et laisser suffisamment de souplesse pour obtenir un cahier des charges qui convienne à tous (à la fois aux porteurs et à l'administration).

Le projet a nécessité un grand nombre d'itérations pour arriver à sa version finale qui prévoit une première phase pilote.

Un autre enjeu a été la concomitance avec les négociations conventionnelles, ce qui nécessite aujourd'hui la révision du cahier des charges et une nouvelle publication pour aligner les tarifications. La structuration du lien ville hôpital est un autre défi à relever qui nécessite un temps de coordination ad hoc, et l'intégration d'outils évolutifs et adaptés pour chaque région.

Après autorisation, le projet a nécessité un accompagnement pour engager tous les sites dans une dynamique commune. Pour cela, les porteurs utilisent des newsletters régulières ou encore des webinaires chaque semaine pour les différentes parties prenantes. Un référent national a été désigné par site et une comitologie mise en place à tous les niveaux. Grâce à ce pilotage, tous les établissements impliqués pour la première vague seront prêts à partir au 1^{er} octobre.

ONCOLINK est déjà un projet de grande envergure. Quelle modification de pratique va-t-il apporter sur la coordination ville hôpital ? Qu'est-ce que cela veut dire dans le parcours de soin sur ce qui va être mobilisé dans cette meilleure coordination ?

THERAPIEORALE/ONCOLINK Les PDS libéraux hospitaliers ne disposent pas jusqu'à présent d'outil/temps dédiés et de financement pour échanger des informations sur le suivi du patient sous anticancéreux oral => Avec cet Article 51, le temps, le financement et les outils permettent de faciliter le partage d'informations, le structurer. Cela permettra au patient de pouvoir déclarer des effets indésirables et au professionnel de santé de les détecter de façon précoce avant l'arrivée à l'hôpital. Il permettra une prise en charge de façon anticipée, et diminuera le nombre de grades 3-4 de toxicité.

DRAD – Voir SUPPORT DE PRESENTATION

CROIX ROUGE FRANÇAISE, GROUPE HSTV, MUTUALITE FRANÇAISE

Ce projet est déployé dans 10 régions et dure 3 ans. Ce dispositif renforcé d'aide à domicile constitue une nouvelle approche de l'aide aux personnes âgées qui permet de proposer une alternative à l'EPHAD pour les personnes qui font le choix de rester à domicile, mais aussi de bénéficier des services de l'EHPAD, en proposant une vision globale et non plus cloisonnée de la prise en charge :

- services offerts (comme en EPHAD) : de la coordination des soins, un lien social, un domicile sécurisé
- mais aussi un accompagnement et soutien des aidants et un pôle ressource pour les professionnels au domicile.

Le levier central pour faire fonctionner le projet est la mobilisation des partenaires locaux.

5 aspects innovants :

- Innovation organisationnelle (un « EPHAD plateforme ressources d'expertises gériatriques »)
- Innovation partenariale (ouverture de l'EPHAD sur l'écosystème)

- Innovation métier (soulever l'enjeu de l'innovation organisationnelle pour une approche globale avec une interaction domicile EPHAD) et capacité à renforcer l'attractivité des métiers dans une dynamique du « sens » par l'approche globale. Création également de nouveaux métiers comme les coordonnateurs parcours.
- Innovation économique : un forfait dérogatoire de 1004€/mois = coordination, dépenses de soin, prise en charge de la dépendance, sécurité et adaptation de l'habitat dont un forfait également de 120 euros/mois sur la domotique
- Innovation technologique :
 - o Sécurisation du domicile, anticiper et prendre en charge les situations 7J/7 et 24h/24 urgentes (chute.)
 - o Partage d'informations entre les secteurs et développement de la TLM à domicile

La montée en charge a été décalée en raison de la crise sanitaire, 203 personnes sont accompagnées aujourd'hui.

Une gouvernance globale et locale accompagne la dimension partenariale.

Le bilan à date : des premiers retours positifs des usagers, des dynamiques territoriales coopératives (SSIAD, kiné, MT...).

Il n'y a qu'un seul forfait quel que soit le degré d'indépendance de l'utilisateur, y a-t-il une variabilité du forfait en fonction de la gravité ?

A ce stade, il n'y a pas de forfait variable en fonction du niveau de la perte d'autonomie. En effet, ce forfait couvre notamment les coûts de la coordination et de la sécurisation du domicile.

Les s personnes accompagnées peuvent accéder aux autres prestations de droit commun, adaptées à leur profil.

Quel niveau de perte d'autonomie pour les personnes accompagnées ?

C'est une offre de service que l'on souhaite apporter à des personnes GIR 1 à 4 pour proposer une alternative à l'EHPAD.

Est-ce une nouvelle structure dans le paysage ? Il y a déjà beaucoup d'instance de coordination dans ce champ-là, comment gérer ce positionnement en complémentarité avec les autres dispositifs ?

C'est un dispositif de coordination et d'appui et de renforcement d'expertise gériatrique sur les territoires ; ces dispositifs doivent nécessairement travailler avec un EPHAD (qui est l'établissement de référence). Cela ne doit pas forcément se traduire par la création d'un établissement ou d'une forme juridique particulière, mais plutôt de laisser la possibilité aux établissements existants ou un SSIAD de porter ce dispositif de coordination et de faire en sorte que les professionnels qui sont salariés dans ces structures puissent intervenir auprès de personnes vivant à domicile. Le travail des dispositifs d'appui et de coordination (DAC, MAIA, CLIC, réseaux...) est centré aujourd'hui sur la coordination des professionnels sur les parcours de santé complexes et sur toute pathologie. Ici, il s'agit de coordination auprès de la personne âgée. Les équipes vont travailler ensemble mais c'est vraiment la coordination des acteurs auprès d'un usager et de son aidant.

Quel rôle pour les SAAD dans le dispositif ?

Les SSIAD ont été cités mais les SAAD sont également présents, et l'ensemble des intervenants susceptibles de participer au maintien à domicile de la personne âgée. L'intérêt de ce dispositif c'est

d'avoir un coordonnateur de parcours qui va donner une dimension globale à l'accompagnement et identifier les fragilités, les besoins et quel intervenant mobiliser. L'expérimentation permet la création d'un nouveau métier, d'un nouveau rôle (coordonnateur de parcours, care planer). Pour la plupart des profils, il s'agit d'un infirmier coordonnateur.

QUESTIONS TRANSVERSES

La stratégie nationale du numérique pose comme principe sur l'impossibilité de construire des outils régionaux ou nationaux qui s'imposent aux acteurs en laissant la concurrence se faire. Est-ce problématique ?

Le porteur de **MY DIABBY** est en accord avec la stratégie globale de marché qui permet de proposer différentes solutions techniques. Il faut en effet aussi que le médecin puisse choisir la solution qu'il souhaite prescrire. Les plateformes de TLS par exemple sont des dispositifs médicaux et à ce titre, il ne peut pas y avoir une seule solution. Certains centres expérimentateurs ont par exemple été confrontés à des problèmes d'usage lors de l'utilisation de la plateforme My diabby, car elle ne correspondait pas à leur pratique.

THERAPIE ORALE/ONCOLINK : L'expérimentation mobilise les médecins traitants et les pharmacies d'officine qui vont être confrontés à une multiplicité d'outils. Si des outils régionaux sont mis en place, cela facilite l'expérimentation. Le fait d'avoir à gérer des outils régionaux différents d'une région à l'autre n'est pas simple. Des outils nationaux identiques quelles que soient les pharmacies auraient été plus simple pour le partage ville hôpital et facilité le pilotage.

DRAD Les réflexions sur DRAD portent sur le partage d'information et non sur l'installation d'un logiciel commun de gestion du dossier patient sur tout le territoire, donc plutôt sur la capacité à faire transiter les informations entre les différents systèmes d'information pour que l'information soit accessible à tous et que tous puissent au mieux accompagner les personnes âgées.

3/ PREMIERS RESULTATS D'EVALUATION – Voir SUPPORT DE PRESENTATION

AYDEN TAHJAMADY POUR LA CNAM/DREES

- Rappel des enjeux de l'évaluation

L'évaluation est un enjeu majeur qui permettra d'évaluer l'intérêt des innovations testées mais aussi leur potentiel de transférabilité dans le droit commun, ce sont 3 dimensions qui sont évaluées pour chaque expérimentation : faisabilité, reproductibilité/répliquabilité et efficience. Des méthodes robustes sont mobilisées. L'évaluation un défi car chacune des expérimentations a sa logique propre, aucune n'est porteuse d'une approche globale susceptible d'englober l'ensemble des autres.

- Point d'étape à date et calendrier des premiers résultats intermédiaires

Une douzaine de projets sont en cours d'évaluation et leurs résultats disponibles d'ici la fin de l'année. S'agissant de l'expérimentation VHC, la montée en charge est très en deçà de ce qui était attendu ce qui questionne la suite.

Certains résultats d'évaluation intermédiaire sont plutôt positifs, d'autres nécessiteront d'être confirmés avec l'évaluation finale.

4/BILAN DU 51 – Voir SUPPORT DE PRESENTATION

NATACHA LEMAIRE

- Panorama des projets déposés (près de 900)

Le nombre total de projets marque le pas en 2020 et traduit l'impact de la crise Covid. La part de projets non recevables reste importante du fait du nombre de projets de développements d'outils en recherche de financement. L'analyse des projets déposés selon leur approche populationnelle fait toujours la part belle aux personnes âgées mais la part des projets à destination des personnes en situation de handicap est à souligner ainsi que ceux destinés aux enfants et adolescents. Le profil des porteurs reste relativement stable avec un léger recul des établissements de santé et une dynamique plus marquée des professionnels de ville. Le secteur médico-social est présent mais reste encore minoritaire.

- 90 projets autorisés à ce jour et lien avec les politiques publiques

Les 90 projets autorisés concernent près de 1 millions de patients dont plus de 450 000 pour l'expérimentation IPEP.

80% des expérimentations portent sur des prises en charge de ville ce qui va bien au-delà des porteurs de projet de ce secteur.

- Déploiement des projets autorisés

Des premières analyses ont été menées sur les délais de mise en œuvre des expérimentations et montrent des délais moyens variables, illustrant entre autres l'impact de la crise Covid. L'analyse de ces premiers éléments doit être approfondie.

7 expérimentations arrivent à leur terme fin 2021

5/LE 51 EN REGION OCCITANIE

PIERRE RICORDEAU – DG ARS OCCITANIE

TROIS POINTS DE METHODE

EN QUOI CE DISPOSITIF REpond AU BESOIN DES ARS ?

Le dispositif de l'article 51 se situe au cœur de ce que l'on souhaite faire dans les ARS c'est à dire l'organisation de la santé et faire en sorte que des parcours de santé se mettent en place sur tous les territoires. Cela suppose que les acteurs se parlent et ce n'est pas toujours facile. Notre travail principal est la mise en exergue des parcours, levier principal de l'innovation. Des outils existent mais avec des limites : le soutien est limité par le volet financier et l'absence de possibilité de dérogation. L'article 51 apporte un plus en donnant un cadre et une perspective de généralisation.

COMMENT L'OCCITANIE S'EN EST SAISIE ?

Le projet régional de santé (PRS) dans sa méthode de construction (diagnostic et actions concrètes) avait permis un travail participatif pour identifier les besoins importants dans la région qui a conduit à construire les actions prioritaires. L'arrivée du dispositif au moment de la mise en œuvre du PRS a donné un levier supplémentaire pour sa mise en œuvre.

COMMENT L'ARS OCCITANIE S'EST ORGANISEE ?

L'équipe en charge du PRS a été chargée des projets 51. L'articulation importante avec la direction de coordination de gestion du risque de l'Assurance Maladie (DCGDR) a permis un partage dans l'instruction, les appréciations. Les directions départementales de l'ARS sont également associées. Les liens sont aussi importants avec le niveau national et les directions d'administrations centrale mais le travail en région est conséquent avant d'arriver au national. A l'avenir, nous souhaitons associer davantage les usagers aux porteurs de projet. La mobilisation des équipes sur le COVID a ralenti les travaux et l'Occitanie s'est concentrée sur les projets les plus avancés.

TROIS POINTS DE BILAN

Sur les projets: 7 projets régionaux sont autorisés, 7 avancés dans l'instruction, participation à 15 projets inter régionaux.

Cinq thèmes à fort enjeu qui sont en ligne avec le PRS Occitanie : santé mentale et addictions, prévention de la fragilité des PA, accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap, suivi des patients atteints de maladies chroniques, troubles du neurodéveloppement chez l'enfant (TSLA).

Au-delà des projets et de leur intérêt propre, Pierre Ricordeau relève le côté positif de cette démarche, et la dynamique de travail qui a émergé, notamment par l'apprentissage de méthodes de travail collaboratives qui ont été utiles dans d'autres domaines que ceux de l'article 51. Il note aussi l'approfondissement des connaissances sur les modèles économiques. Cette dynamique partenariale et collaborative a permis collectivement de progresser et d'apprendre ensemble, de trouver des solutions ensemble et d'approfondir les relations avec l'Assurance Maladie. Elle concourt enfin au renforcement de la confiance des acteurs de santé du territoire.

POINTS DE VIGILANCE

On arrive bientôt aux échéances d'évaluation et de questionnement de généralisation possible. Peut-être y aurait-il besoin de voir plusieurs projets ensemble : difficulté de voir au-delà du projet. Un des enjeux à venir sera donc de ne pas forcément gérer la généralisation projet par projet mais de voir quel effet modélisant plus large que cela peut avoir sur le système de santé.

Les réformes du système de santé en cours (CPTS, réformes d'autorisation, de financement) nécessitent également de veiller à une bonne articulation avec les expérimentations 51.

Est noté en outre un enjeu de méthode interne, dans la capacité à accompagner beaucoup de projets simultanément et à intégrer les usagers. Un point de vigilance concerne le positionnement final des directions, parfois en contradiction avec les étapes antérieures.

DISCUSSION

Dominique Polton rappelle que la CNAM et le ministère ont commencé à lancer des groupes d'expertise pour développer une approche transversale et non seulement projet par projet.

Parmi les porteurs de projets, quelle part d'associations d'usagers ?

N.Lemaire : Les usagers n'apparaissent pas dans les statistiques parce qu'ils ne peuvent pas porter seuls les projets dans la mesure où le terrain d'expérimentation inclut nécessairement des acteurs

volontaires pour tester l'organisation proposée, mais ils peuvent être partenaires. Les analyses restent à creuser sur ce sujet.

Les patients et usagers peuvent également avoir un rôle propre dans les projets : plusieurs projets prévoient par exemple l'intervention de patients experts, ou encore incluent une démarche d'autonomisation du patient et de son entourage (par l'éducation thérapeutique du patient, la pair-aidance). Ces thèmes seront développés lors du prochain rapport annuel.

Après l'article 51, quelle perspective de généralisation, quel financement ? une fois qu'une évaluation a été considérée comme efficiente, on voit d'expérience que l'étape peut être longue du passage d'une expérimentation à la généralisation dans le droit commun. Comment faire pour éviter d'avoir un trop laps de temps entre fin d'expérimentation et généralisation dans le droit commun ? Comment accélérer la dernière étape ? Quelles sont les mesures qui seront prises pour permettre un déploiement optimal ?

N.Lemaire : L'équipe Article 51 a bien conscience de ces différentes interrogations. Sur le thème de l'obésité, sur lequel un ensemble d'expérimentations assez conséquent est mené, un groupe d'expertise a été organisé pour mener une analyse transverse. Les réflexions intègrent l'accompagnement des porteurs concernées par ces transitions. Pour les expérimentations qui auront fait leurs preuves, la question est de définir comment les accompagner jusqu'à ce que le droit commun prenne la relève.

La question se pose de façon individuelle, projet par projet. Une des grandes forces et attractivité du dispositif réside dans le fait qu'il n'y ait pas de fenêtre pour les appels à projet (dans l'esprit d'un « guichet ouvert permanent »). C'est dispositif qui s'adapte au calendrier des projets.

L'inconvénient est qu'il faut réussir à conjuguer des calendriers et des temporalités différentes sur des projets de même type. Des indications précieuses seront données grâce aux évaluations intermédiaires pour tirer les premiers enseignements, mêmes si elles seront incomplètes sur la partie quantitative quand le SNDS est mobilisé.

Le conseil stratégique aura également à se positionner sur les suites à donner pour chaque projet.

A.Tajahmady : Un des aspects que l'on regarde de manière assez précise dans le cadre de l'évaluation, est la reproductibilité. Ainsi, on essaye d'être dans la mise en œuvre des projets au plus proche de ce qui serait fait en terme de circuit de facturation de droit commun et de système d'information. Ce sont des questions que l'on a à cœur d'explorer au maximum avec l'évaluation. L'atterrissage dans le droit commun est étudié, sachant que le chemin pour y parvenir pourra revêtir plusieurs formes :

- Soit des objets qui peuvent atterrir facilement dans le champ conventionnel, qui seront à discuter dans ce cadre,
- Soit des objets d'ordre réglementaire
- Soit de façon plus complexe notamment pour les parcours ville-hôpital qui n'entreraient dans aucune des cases existantes et qui amèneront des réflexions sur ce qui peut être mis en place pour les accueillir.

6/ SONDAGE SUR LES RV DE LA RENTREE

Plusieurs thématiques d'atelier sont proposées pour la rentrée, un sondage est réalisé en séance pour identifier les sujets préférentiels des participants.

1. Critiques et éloges du processus d'instruction des projets 46%

Quelles pistes d'amélioration pour le process d'instruction ?

2. Portefeuille de projets article 51 46%

Cartographie actuelle des projets et perspectives

3. Suivi des expérimentations 25%

Quelles modalités d'association des membres du Conseil Stratégique au suivi des expérimentations ?

4. Fins d'expérimentation 57%

Quelles modalités de consultation des membres du Conseil Stratégique ?

5. Centralisation et déconcentration du dispositif 29%

National/Régional : quel équilibre ?

7/ CONCLUSION

La rapporteure générale réitère son souhait d'interactions avec les membres du conseil stratégique et souligne la jeunesse du dispositif, l'ensemble du cycle de vie d'un projet n'ayant pas encore été parcouru. L'année 2021 verra les premières fins d'expérimentation et leurs enjeux associés. La vice-présidente souligne la démarche partenariale du dispositif et l'enjeu d'appropriation du portefeuille de projets par les membres du conseil stratégique. Elle encourage à participer aux rendez-vous organisés la semaine suivante pour saisir l'occasion d'échanger avec les porteurs. Il a été beaucoup reproché au système français de ne pas aller au-delà des expérimentations et le dispositif de l'article 51 paraît l'occasion de dépasser ce constat.

Participants :

INSTITUTION	NOM/Prénom
ANS	LOUTREL Marc
ANS	ROBERT Magali
ANSM	CHAPEL Elodie
ARS Île-de-France	LAGRAVE, Julie
ARS Nouvelle-Aquitaine (DG)	ELLEBOODE, Benoît
ARS Occitanie (DG)	RICORDEAU Pierre
ATIH	RIGOLLOT Nathalie
Comité de Liaison des ordres professionnels	MATHIEU Pascale
CNAM	TAJAHMADY Ayden
Conférence des présidents de CME de CH	GODEAU Thierry
CNSA	DESPRAT Diane
DGE	ALANIOU Ninon
DGE	CULOT Louis
DGOS	BELLANGER-MAUFFRET Claire-Lise
DREES	GAINI Mathilde
DSS	LABRUNE Nicolas
EN51	LEMAIRE Natacha
FEHAP	CAILLAT Hélène
FEHAP	JULIEN Fabrice
FFMPS	BOUQUE Charles
FHF	ROQUES Vincent
FHP	BECHU Thierry
FHP	SCHIBLER Christine
FNEHAD	STRIZYK Anastasia
FNMF	CADIEU Marielle
GovHe	BEIJA Mariana
HAS	WANECQ Thomas
LEEM	COLOMBI Charlotte
LEEM	VIGIER Constance
NEXEM	PERRIN Jérôme
Personnalité qualifiée	BUREAU Dominique
PROJET DRAD (Croix rouge)	GIRARD Johan
PROJET DRAD (HSTV)	LOCQUET Rémy
PROJET MYDIABBY	ALTMAN Pierre-Camille
PROJET Thérapies orales (HCL)	RIOUFOL Catherine
SNITEM	TRANKART Anouk
UNCAM	GOMBERT Fabrice
UNICANCER et projet Thérapies Orales	BOUCHER Sandrine
UNOCAM-Mutualité Française	HAUMESSER Guenaëlle
UNOCAM-Santé FFSA	CAZALS Véronique
UNPS	BLANCHECOTTE François
UNPS	COMBOT Caroline

UNPS	GODINHO Luis
UNPS	MARECHAL Tristan
UNPS	MILSTAYN Laurent
UNPS	MOJAISKY Catherine
UNPS	ORTIZ Jean-Paul
UNPS	TENETTE Lionel
UNPS	VERMESCH Philippe
UNPS	WILTHIEN François
Vice-présidente	POLTON Dominique