



L'article 51 : Comme un nouveau départ ?

La France s'est dotée d'un catalyseur pour financer des nouvelles organisations de soins par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2018. Comme un nouveau départ.

Le fonds doit permettre de financer des expérimentations à grande échelle dont les dépenses seront en partie utilisées pour la rémunération des établissements et des professionnels de santé investis dans de nouveaux circuits de soins. L'équation à résoudre est celle de favoriser les évolutions de notre système de santé pour améliorer les parcours des patients et l'accès aux soins en conciliant la pertinence des prescriptions des produits de santé. Après le recensement de l'existant, un premier appel à projet au deuxième trimestre 2018 pour tester le financement au parcours de divers actes chirurgicaux sera lancé. Une gouvernance partenariale est mise en place.

Ce nouveau cadre juridique de financement et d'évaluation doit être au plus proche des acteurs de terrain. Comment ne pas anéantir la nouvelle dynamique avant de l'avoir mis en œuvre ? Comment responsabiliser chaque partie prenante de l'organisation des soins ? Quand incitation rime avec qualité... Enfin, la coordination et l'efficacité sont au cœur de la dynamique du nouveau dispositif. L'état de mobilisation par les acteurs du « Transformation Fund » américain et anglo-saxon à la française est au cœur du rendez-vous du Carrefour de l'Observance...

Programme

Mercredi 7 juin 2018 à l'Espace Van Gogh

8h : accueil

8h30 – 8h45 : Introduction par Geoffroy Vergez, Directeur d'Observia

8h45 – 9h30 : Dialogue autour des nouvelles organisations innovantes en santé

Animation par Olivier Mariotte, Président de Nile

- Jean-Yves Fagon, Délégué général, Délégation ministérielle à l'Innovation en Santé
- Marie-Anne Montchamp, Présidente, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
- Nicolas Revel, Directeur Général de l'Assurance Maladie

9h30 – 10h15 : Article 51, concrètement comment ça marche ? Comment intégrer cette nouvelle logique au millefeuille des autres dispositifs

Animation par Bruno Rougier, journaliste santé

- Thomas Deroche, Sous-Directeur de la Régulation de l'Offre de Soins, Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS)
- Philippe Denormandie, Directeur Relations Santé, MNH Group
- Yannick Le Guen, Directeur de la stratégie, ARS Île-de-France

10h15 – 10h30 : pause

10h30- 11h30 : Opportunités et attentes des acteurs pour une optimisation des parcours de santé

Animation par Bruno Rougier, journaliste santé

- Catherine Cerisey, ex-Vice-présidente Cancer Contribution, Administratrice, Europa Donna
- Julie Mazet, Secrétaire générale, Les généralistes-CSMF
- Gilles Bonnefond, Président de l'Union des Syndicats des Pharmaciens d'Officine, USPO
- Frédéric Rupprecht, Directeur Market Access, Laboratoire Amgen
- David Corcos, Président, Philips France

11h30-12h15 : Des projets à découvrir

5 porteurs de projets innovants et répondant aux critères de l'article 51 viendront présenter leurs projets.

12h15 : Conclusion et remerciements

12h30 : Cocktail déjeunatoire

Quelles attentes autour de l'article 51 ?

Marie-Anne Montchamp, Présidente, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : Notre système de protection sociale a un besoin urgent de transformation. D'un point de vue sociétal, les enjeux auxquels notre système est confronté concernent le vieillissement démographique, la prévalence des maladies chroniques tout au long de la vie et la place de la personne dans le parcours de santé. La personne n'est pas un élément protocolaire, il faut des réponses co-fabriquées dans lesquelles le citoyen a son mot à dire et son consentement à exprimer, tout en étant source d'expertise.

Il est attendu que l'article 51 engendre de véritables transformations faisant bouger les paradigmes de notre système de santé et de protection sociale. Je souhaite qu'au moment d'évaluer la pertinence des projets inspirés par l'intérêt de cet article, ne soient pas perdues de vue les transformations structurantes que notre société connaît.

Jean-Yves Fagon, Délégué général, Délégation ministérielle à l'Innovation en Santé : La Délégation à l'Innovation en Santé a été créée il y a plus de deux ans. Nous disposons d'un guichet unique qui reçoit actuellement jusqu'à 6 porteurs de projets par semaine et la liste d'attente des rendez-vous s'étend jusqu'au mois d'octobre. Pour l'instant, la co-construction des projets ne fonctionne pas. La raison est que les liens entre les différents acteurs sont insuffisants à toutes les étapes de développement du projet, chaque acteur reste dans son champ et ne bouge pas.

Quelques chiffres pour illustrer notre action réalisée sur le territoire depuis un an et demi : nous avons reçu 220 porteurs de projets, dont 30% sont des Franciliens. L'origine des projets est donc très diversifiée, 13 projets provenant même de l'étranger. Les projets suivis reflètent des thématiques variées. 25% des projets sont des dispositifs médicaux. La médecine et le médicament représentent un peu moins de 10% des projets suivis car les groupes pharmaceutiques sont déjà très innovants à l'échelle mondiale. Il ne faut pas oublier qu'une quantité importante de petits projets doivent être accompagnés notamment dans le numérique. Les projets portent sur le diagnostic, l'organisation des professionnels de santé, incluant les paramédicaux, le diagnostic ou encore l'amélioration des pratiques.

Un porteur de projet sur 3 souhaite candidater à l'article 51, ce qui représente une centaine de personnes par an. Ce nombre élevé de candidatures implique de réguler la gestion des dossiers. Une réflexion a lieu actuellement avec le comité technique qui est le coordinateur principal des dossiers éligibles à l'article 51. Il s'agit de mieux appréhender les modalités de l'expérimentation afin d'être capable de définir clairement les critères d'éligibilité et d'application de l'article 51.

Plusieurs interrogations des porteurs de projets restent sans réponse : comment concevoir les conditions de l'implantation ? Sous quelles conditions ? A quelle échelle (régionale ou nationale) ? Il est important de coordonner l'organisation des projets avec le comité technique.

A ce stade, 8% des projets méritent d'être mis sur le marché. Ce sont des initiatives qui doivent être implantées de manière urgente car elles répondent à des problèmes majeurs en besoin de santé.

Nicolas Revel, Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie : L'article 51 est la rencontre de deux réflexions.

La première est celle que Jean-Yves Fagon a évoquée : la présence de porteurs de projet innovants en France. Les porteurs de projet qu'ils soient des acteurs privés ou des professionnels de santé souhaitent voir leurs idées se concrétiser depuis de longues années.

La seconde regroupe des profils de la puissance publique à la recherche de moyens transformant le système. Les innovations portées à titre expérimental par l'administration sont contraintes dans leur développement par un cadre juridique qui oblige systématiquement à rédiger des articles de lois dans les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui nécessitent des décrets, des arrêtés et donc des cahiers des charges et cycles de diffusion incroyablement longs. La télémédecine est un exemple d'une innovation portée « par le haut » qui a nécessité entre trois et quatre ans depuis son inscription dans les LFSS jusqu'à son introduction dans un cahier des charges. Au moment où les expérimentations se concrétisent, elles sont déjà quasiment caduques.

Une coopération entre les deux acteurs était donc nécessaire pour faire avancer le système de santé français. Auparavant, les acteurs porteurs d'innovations rencontraient une difficulté à trouver le point d'entrée à des sources de financement. Il existe certes un point d'entrée : les Agences Régionales de Santé (ARS) qui disposent du Fonds d'Intervention Régional (FIR) permettant de répondre avec souplesse à ces projets. Néanmoins, aucune instance n'était capable d'évaluer la pertinence ou la portée (à une échelle nationale ou régionale) du projet.

L'article 51 doit répondre à toutes ces attentes. Cet article est le fruit d'un travail collectif entre de multiples acteurs, dont la CNAM et également des acteurs de terrain. L'objectif premier est de poser un cadre qui accélère la mise en œuvre des projets décloisonnant le système de santé français et qui permette de déroger à des modes de financements sans recourir à une loi ou un décret afin d'inciter à la coopération entre les acteurs. **L'application de l'article se concrétise par la fusion de tous les guichets en un seul**, c'est une grande simplification, par rapport au système précédent. Pour chaque projet, un terrain d'expérimentation (à échelle nationale ou régionale) devra être déterminé par les porteurs de projets. Il ne s'agit pas d'expérimenter pour expérimenter mais de pouvoir en tirer une innovation organisationnelle capable d'améliorer la coopération entre les professionnels de santé.

L'objectif de l'article 51 n'est pas seulement de simplifier les expérimentations, mais de faire évoluer le nœud bloquant dans la transformation du système, c'est-à-dire le couplage organisation/financement.

Les atouts du système de santé français ne manquent pas, pourtant ce dernier subit des pressions fortes : maîtrise de la dépense de santé (ONDAM), inégalités d'accès et des conditions d'exercice des professionnels, ou inefficience. De plus, notre système de santé reste marqué par des rigidités d'organisation, notamment par un déséquilibre entre la médecine de ville et d'hôpital. Particulièrement dans la médecine de ville, les professionnels de santé ne communiquent pas assez,

c'est un système cloisonné et atomisé. Les médecins sont insuffisamment regroupés dans des structures communes d'exercices. Cela soulève aussi la problématique de la qualité de prise en charge des pathologies chroniques en raison du manque de médecins dans certains territoires.

L'article 51 a pour logique la transformation du couple organisation/financement. Il ne s'agit pas de créer un « super-FIR national » ou d'obtenir davantage de fonds de l'Etat, l'intérêt de l'article est de déroger aux règles de financements classiques. **Demain, les modes d'organisation et de rémunération seront plus variés que le cadre monolithique qui existait jusqu'aujourd'hui.**

Pour terminer, je souhaiterais corriger un certain nombre d'idées reçues. L'article 51 ne s'arrête pas à la fin de l'année. Le texte de loi a vocation à constituer un cadre pérenne pour les porteurs de projets. Ces derniers seront accompagnés tout le long de l'élaboration de leur expérimentation. De même, il ne faut pas se précipiter au guichet unique en pensant que les 20 à 30 millions d'euros mobilisés vont disparaître. Cette somme d'argent n'est pas une limite financière car le fonds peut être réapprovisionné si nécessaire. Ces 20 à 30 millions sont destinés à accompagner et soutenir les dépenses des projets en ingénierie, amorçage et évaluation. **Les pouvoirs publics attendent un gain d'efficience de notre système de santé grâce aux innovations organisationnelles.** Effectivement, il est nécessaire de comprendre **qu'à dépenses constantes, il est possible de faire mieux.**

Le nombre de projets candidats à l'article 51 est une source d'inquiétudes. Les porteurs de projets devront rédiger un rapport court et simple accompagné d'une lettre d'intention, mais en aucun cas, un rapport de plusieurs dizaines de pages. Voici en quelques minutes un résumé de l'article 51.

Quelle articulation entre le système sanitaire et le système médico-social ?

Jean-Yves Fagon : Quand des porteurs de projets se rendent au guichet unique, **la première étape est de classer leurs projets selon des critères objectifs et leur impact.** Tout ce premier travail doit être réalisé en co-construction avec les porteurs de projets. Il est indispensable « d'étiqueter » les projets avec l'accord de toutes les parties prenantes : les porteurs de projets et ceux qui les aident autour, le médico-social en fait ainsi partie. Si dans cette première phase, le projet ne démarre pas, il faut procéder autrement. **La deuxième phase est celle du suivi** qui est quasi inexistante aujourd'hui. Une caractéristique française est l'incapacité de dire « stop » à un porteur de projet. C'est un blocage culturel qu'il faut surmonter en acceptant de parler directement au porteur de projet.

Marie-Anne Montchamp : Notre système de protection sociale est confronté à deux principaux défis : vieillissement de la population et accroissement du nombre de pathologies chroniques. **La réponse ne doit pas être uniquement une réponse sanitaire.** Si cette dernière permet une stabilisation de l'état de santé du patient, le soin soignant ne guérit pas, et dès lors, l'articulation entre médico-social et sanitaire se pose de fait. Afin que le système englobe ces deux secteurs, nous nous préparons à impulser dans nos organisations une capacité de financement. Il ne s'agira donc pas de produire de la médicalisation aveugle au mépris de l'opinion de nos concitoyens qui ne souhaitent pas cela, ce qu'ils demandent est une **amélioration de leur qualité de vie.**

La médicalisation mal pensée représente une dépense importante pour le système. C'est pourquoi la question des coûts de non-qualité et celle de leur évaluation mérite d'être posée. Voici un exemple concret. En service de soins psychiatriques, si la porte d'entrée est la même pour un patient schizophrène ou bipolaire, il leur est possible de partager la même chambre, cela amène à se poser de nombreuses questions. La Maison des usagers en santé mentale de Lille cartographie la réponse en soin et le lien avec le médico-social. Cet établissement prend en considération la qualité de vie et l'accompagnement des usagers en psychiatrie. J'ai fortement insisté sur le sujet de l'articulation entre sanitaire et médico-social mais il est également important d'ajouter que la puissance de capacité de transformation du système, en partie apportée par l'intérêt de l'article 51, devra se mesurer à l'aune de notre ambition pour le système français.

Olivier Mariotte: Les CPAM sont-elles alignées sur l'Article 51 et prêtes à conseiller des porteurs de projets ? Comment les ARS appréhendent-elles cet article ?

Nicolas Revel : Au niveau local et régional, il existe une juridiction qui repose sur la compétence du directeur de l'ARS. Ce directeur a la responsabilité de remonter un projet pour validation nationale, dans le cadre d'un travail qui associe étroitement l'Assurance Maladie. Le schéma au niveau national étant comme dans le comité technique : un binôme ARS – Directeur régional de l'Assurance Maladie. Si des disparités existent entre les régions, les acteurs se structurent depuis quelques mois. Les 101 caisses primaires sont à l'écoute des innovateurs qui veulent confronter leur projet et comprendre ce que pourrait être un autre modèle tarifaire, ces derniers ont même la possibilité de rencontrer les directeurs des caisses primaires s'ils le souhaitent.

Si l'article 51 promet de nombreuses initiatives, des innovations doivent également avoir lieu en dehors de l'article. Il y a des exemples comme l'indiquait Marie-Anne Montchamp qui ne sont certes pas éligibles à l'article 51 mais qui doivent aussi trouver une réponse et se concrétiser. La structuration des besoins primaires de santé qui progressent rapidement est un enjeu clé à résoudre dans les prochaines années. L'article 51 pourra certainement y contribuer, mais il va falloir faire évoluer les modes d'organisations et de rémunération de manière plus large. Les acteurs nationaux ont la responsabilité de confirmer l'ambition de transformation annoncée.

Jean-Yves Fagon : Depuis deux ou trois décennies, la régulation est basée sur le médicament. Dans le cadre du CSIS (Conseil Stratégique des Industries de Santé), des réflexions sont menées sur le forfait innovation. Ce dispositif offre une prise en charge financière pour les traitements innovants en santé hors médicaments. Le forfait innovation a été extrêmement peu sollicité depuis sa création il y a 9 ans. L'article 51 doit être un stimulant pour obtenir un modèle différent du nôtre actuellement. Il reste un travail important à réaliser pour faciliter le développement des projets. Paradoxalement, il est nécessaire d'alléger les structures rigides autour des médicaments sur un petit nombre de dispositifs médicaux et pour nombre d'entre eux, les évaluations sont quasi absentes. Dans certains projets, des principes de base de notre système sur la sécurité ou la légalité d'accès ne sont pas respectés. A ce titre, l'état d'esprit des acteurs de santé est amené à évoluer positivement grâce à la communication réalisée autour de l'application de l'article 51, même s'il reste beaucoup de travail à accomplir.

Olivier Mariotte : *L'article 51 est perçu par les acteurs de terrain comme un véritable symbole d'espoir disruptif et témoigne d'une volonté de transformation du système. Vous nous le confirmez ?*

Nicolas Revel : Je vous le confirme, il y a effectivement une totale volonté de réussite de l'initiative, mais qui peut devenir fragile. Nous serons confrontés à des expériences diverses qui vont plus ou moins aboutir. Les personnes déçues seront notamment celles qui pensent que l'article 51 favorise un accès rapide au marché et garantit des financements supplémentaires. Il faudra veiller de plus à ce que les interlocuteurs publics soient réactifs. Quand un projet n'est pas satisfaisant, il sera possible de transmettre aux porteurs de projets les corrections à apporter, et de remonter au niveau national à différents acteurs (DGOS, DSS, CNAM). C'est aux acteurs publics de veiller à ce que les projets conservent l'esprit de l'article 51.

Olivier Mariotte : *Nous arrivons à la fin de la table-ronde, un grand merci pour toutes ces explications sur l'esprit de l'article 51. Cette discussion est vraiment porteuse de sens positif, et j'espère que cela sera mis en place très rapidement.*

Première table-ronde :

Article 51, concrètement comment ça marche ? Comment intégrer cette nouvelle logique au millefeuille des autres dispositifs ?

Bruno Rougier : *Les interventions précédentes nous ont montré le champ d'application de cet article 51. Maintenant, nous allons rentrer dans le « vif du sujet » c'est-à-dire comprendre son fonctionnement. Aujourd'hui, des projets se perdent dans les méandres administratifs et n'aboutissent pas. La preuve en images que l'administratif pose souvent des problèmes.*

Diffusion d'une vidéo-animation montrant les difficultés pour un porteur de projet (représenté par Astérix) d'obtenir un rendez-vous aux différents guichets de l'administration.

Bruno Rougier : *Cette situation devrait être largement simplifiée par l'article 51. Thomas Deroche, en quoi concrètement, cet article apporte un plus en matière d'innovation ?*

Thomas Deroche : Cette vidéo illustre le contre-exemple de ce que l'on souhaite réaliser avec l'article 51. Chaque acteur de soin peut proposer une expérimentation à un guichet unique. Il est possible pour tout acteur de l'offre de soin de déposer un projet s'il déroge aux dispositions législatives citées dans l'article 51, notamment les dispositions relatives aux modes de rémunérations. L'objet de l'article est de faire sauter les verrous entre les acteurs.

Bruno Rougier : *Est-ce que cela signifie que les autres dispositifs d'innovation disparaissent ou vont-ils coexister ?*

Thomas Deroche : L'article 51 vise à simplifier pour le lecteur l'ensemble des dispositifs qui existaient auparavant. Le dispositif s'intéresse à l'innovation et à l'expérimentation sous un angle particulier qui est celui de la dérogation aux modes de financements de l'offre des soins et de quelques dispositions du code de la santé publique. L'article 51 doit unifier les expérimentations d'organisations des soins et de rémunérations des acteurs de soins. Cela signifie qu'il fait converger l'ensemble des dispositifs d'expérimentation qui lui sont antérieurs. Une dizaine d'expérimentations plus ou moins abouties rentrent dès à présent dans le champ de l'article 51. Cependant, toutes les expérimentations liées aux nouvelles technologies ou aux projets de recherche ne rentrent pas dans le champ de l'article 51. L'article 51 ne peut pas répondre à tous les projets.

Bruno Rougier : *Philippe Denormandie, une de vos craintes est que l'innovation et les tutelles se concentrent sur l'article 51 et risquent d'oublier les autres dispositifs...*

Philippe Denormandie : Il est surprenant que tout le monde, notamment les fédérations sur le terrain, considère que l'article 51 va être une révolution du système actuel. Les gens ont soudainement l'impression que cet article promet une dérégulation du système. Il faut tenir compte de ce sentiment car il s'agit d'un signal faible qui montre qu'à l'heure actuelle, le système est à bout de souffle mais que les acteurs ont envie collectivement d'avancer. Il ne faudrait pas que l'article 51 se transforme en vague d'espoir sans réalisation comme l'a été un autre article 51 de la loi HPST de 2009. Il est important de tenir compte d'une volonté réelle de bouger les lignes dans le domaine. **C'est dans les territoires que se situe l'innovation.** Nous avons une responsabilité au niveau des régions pour accompagner les porteurs de projet.

Bruno Rougier : *Yannick Le Guen, l'article 51 est très large, comment le résumer ? Il n'y a pas de cadre restreint ni de cahier des charges, cela signifie-t-il que tout est possible ?*

Yannick le Guen : L'article 51 est une véritable rupture et fait le pari de l'intelligence collective qui émane des acteurs locaux. Dans le secteur de la santé, le champ de l'innovation est très large. L'ARS dispose de moyens pour accompagner ces innovations en santé et notamment la mise en place d'une ingénierie complexe qui s'appelle l'article 51.

En Île-de-France, le guichet unique régional a été mis en place dès ce mois-ci. Plusieurs porteurs de projets se sont déjà pressés au guichet pour demander : « comment faire pour que mon projet rentre dans l'article 51 ? ». **Il ne s'agit pas de déformer le projet pour le rendre éligible à l'article 51. Le projet doit être adapté à un écosystème organisationnel territorial.** Si le projet est pertinent et convint les autres acteurs de santé, les porteurs de projets auront à disposition des moyens d'accompagnement gradués en fonction de leur taille.

Bruno Rougier : *Thomas Deroche, pouvez-vous nous donner des exemples concrets de dérogations permises par l'article 51 ?*

Thomas Deroche : Il ne faut pas se méprendre sur le cadre de l'article 51 qui n'est pas un guichet pour obtenir des financements. **L'article 51 est fait pour déroger au cadre de loi**, c'est par exemple mettre en place une nouvelle organisation sur telle pathologie chronique qui permette de travailler de manière moins compartimentée entre la ville et l'hôpital, et partager un financement par forfait entre tous ces acteurs pour mieux s'organiser. Dans ce cas, le dispositif proposé s'oppose à une règle de droit au niveau législatif et l'article 51 permet de contourner ce blocage.

Dans la mise en œuvre des expérimentations, l'article 51 permet principalement de déroger aux règles de tarification applicables aux acteurs de soins (règles de paiements directs des honoraires, participation de l'assuré aux tarifs). Il permet également de déroger aux règles relatives aux partages d'honoraires entre professionnels de santé ou aux autorisations d'activités de soin. En faisant fi de ces dispositions, il devient possible de trouver des organisations nouvelles qui bénéficient au patient. Ce dernier reçoit des soins de meilleure qualité, plus adaptés et mieux coordonnés.

Bruno Rougier : *Au niveau de la DGOS, vous allez être contraints de modifier complètement vos grilles actuelles d'évaluation ?*

Thomas Deroche : L'élaboration des critères d'évaluation des projets ne se situe pas uniquement à la DGOS, car le pilotage des dispositifs de l'article 51 est géré de manière très transversale au Ministère. Il s'agit de construire une grille d'évaluation qui assure une généralisation rapide du projet en cas de réussite et qui empêche tout projet de s'éterniser s'il ne démarre pas. Ce n'est pas la DGOS mais la DREES ou l'Assurance Maladie qui pilote le cadre d'évaluation posé. Chaque projet au moment de son instruction est soumis à une méthodologie d'évaluation à la fois rigoureuse (critères quantitatifs) et pragmatique (*via* des indicateurs permettant de statuer rapidement sur l'intérêt de généraliser le projet). L'évaluation se déroule à la fin de la présentation.

Bruno Rougier : *Philippe Denormandie, vous êtes assez curieux de voir comment les tutelles vont s'emparer de cet article 51, est-ce bien cela ?*

Philippe Denormandie : Je suis curieux notamment quand j'entends les acteurs qui ne sont pas d'accord entre eux sur les modalités d'application de l'article 51. Dans le rapport que je rédige actuellement pour le gouvernement sur l'accès au soin des handicapés, le constat est celui d'un système extrêmement cloisonné qui nécessite d'être repensé.

L'article 51 doit être mis en œuvre au niveau de l'organisation institutionnelle nationale, c'est-à-dire *via* des initiatives partant du haut. Montrer les ordres d'en haut facilitera leur application dans les territoires. J'ai une pré-interrogation sur la nécessité d'évaluer systématiquement le projet pour le reproduire à l'échelle nationale. Penser que tous les territoires sont identiques est une erreur fondamentale. L'essence même de l'article 51 est de donner la priorité au territoire pour apporter l'innovation, or le risque actuel est de remonter dans une logique nationale qui veut en tirer des conclusions générales et non spécifiques à chaque territoire. Les professionnels de santé sont épuisés des expérimentations sans continuité entre elles. Comment donc avoir l'assurance qu'une région qui juge une expérimentation profitable dans son écologie puisse voir ce projet perdurer même s'il n'a pas de portée nationale ?

Thomas Deroche : Il ne s'agit pas que chaque projet dans son cadre de démarrage soit de portée nationale puisque l'article 51 repose d'abord sur une initiative locale. Tous les territoires ne sont certes pas les mêmes, mais si un territoire a trouvé une solution à un problème qui se pose peut-être ailleurs, il peut-être pertinent d'importer cette solution au territoire qui rencontre la même difficulté.

Bruno Rougier : *Dans l'article 51, il est indiqué qu'un projet doit être généralisable. Cela signifie qu'un projet non généralisable ne sera pas accepté ?*

Yannick Le Guen : Cela dépend, ce qui est généralisable à l'échelle d'une région n'est pas forcément généralisable à l'échelle de la France entière. L'idée n'est pas de ré-uniformiser le même mode d'organisation à tous les territoires, cela serait contre-productif.

Bruno Rougier : *Comment l'ARS accompagne concrètement les porteurs de projet à portée locale ?*

Yannick Le Guen : Porter un projet local ne signifie pas être seul. Le porteur de projet doit parler de son initiative à d'autres acteurs de santé locaux car il aura besoin de trouver d'autres porteurs de projets prêts à répartir différemment la chaîne de valeurs pour travailler sur une organisation.

De manière très concrète, nous avons effectivement mis en place une organisation décloisonnée entre l'Assurance Maladie et l'ARS, avec une équipe dédiée pluridisciplinaire autour d'un guichet unique. L'ARS fera appel si nécessaire en fonction de la nature du projet à une expertise.

Bruno Rougier : *Comment aidez-vous à développer le projet ? Est-ce qu'il y a une lettre d'intention ?*

Yannick Le Guen : **Les acteurs sont invités à prendre rendez-vous à l'ARS avant d'envoyer la lettre d'intention.** Cet entretien vise à échanger sur le projet de manière à voir conjointement quel est son niveau de réalisation, sa pertinence, sa chance de prospérer et si le projet correspond bien ou non aux critères l'article 51. Le rôle de l'ARS est d'être un tiers de confiance, d'assurer la transparence entre les acteurs et d'accompagner les porteurs de projet. Ce n'est pas au porteur de projet mais aux agences d'intégrer la complexité juridique liée aux procédures administratives. Les porteurs de projet doivent se concentrer sur le développement de leur projet.

Bruno Rougier : *Thomas Deroche, si j'ai un projet inter-régional ou national, c'est vers la DGOS qu'il faut se tourner ? Comment se déroule ensuite le processus de sélection des projets ?*

Thomas Deroche : Initialement, une distinction est réalisée selon la portée du projet : soit une visée locale ou régionale soit une visée à portée interrégionale ou nationale. C'est vers l'équipe-projet nationale en charge de l'article 51 que le porteur de projet doit s'orienter.

Pour les initiatives locales ou régionales, il suffit de contacter l'ARS par un simple mail. Il s'agit de prendre contact pour mesurer la recevabilité du projet et s'il s'inscrit ou non dans l'article 51. Une fois que le projet a suffisamment mûri pour faire l'objet d'une lettre d'intention, **le porteur de projet rédige un rapport clair et concis de l'ordre de 3 à 5 pages. Le dépôt de la lettre d'intention déclenche la saisine officielle du comité technique de l'article 51**, composé des directions du ministère, de la CNAM, et des secrétaires généraux des ARS. Ce comité technique se réunit tous les 15 jours, ce qui garantit un niveau de réactivité élevé. **Le comité a 3 mois pour se prononcer** sur le projet à partir du moment où il le reçoit. Si aucune réponse n'est envoyée dans le délai, le projet est approuvé. La phase de validation des projets est rallongée à 4 mois concernant les dérogations au code de santé publique qui nécessitent un avis de la HAS. Enfin, **s'il y a validation par le comité technique, le projet est autorisé soit par arrêté ministériel si c'est un projet national, soit par arrêté du DG de l'ARS si c'est un projet local ou régional.**

Bruno Rougier : *En quoi consiste l'évaluation ? Comment allez-vous mesurer l'impact du projet ?*

Yannick Le Guen : Effectivement, il est important de préciser les objectifs du projet. Les équipes-projets doivent être capables d'évaluer les éventuels défauts du projet et de les corriger. Ils doivent aussi mesurer les impacts sur la qualité de vie au travail des aidants. Chaque projet définit ses propres évaluations. Le bureau national labellisera des équipes qui valideront ces évaluations. Il n'est pas attendu que les porteurs de projets possèdent leur propre équipe d'évaluation. Ce travail sera réalisé par les équipes d'évaluation. La majorité des projets aura besoin d'avoir accès aux bases de données du SNDS (Système National des Données de Santé), du DMSI (Département Méthodes Système d'Information), et du SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie).

Bruno Rougier : *Avez-vous déjà reçu beaucoup de projets ?*

Yannick Le Guen : J'ai reçu beaucoup de porteurs de projet qui m'ont présenté des ébauches de projet, et de lettre d'intention. Ces projets ont pour objet par exemple le respect de l'observance de produits de santé, avec une gamme de porteurs de projet qui part des startups jusqu'aux professionnels de santé, en passant par des laboratoires pharmaceutiques.

Bruno Rougier : *Même question, recevez-vous beaucoup de projets au niveau national ?*

Thomas Deroche : A ce stade, toutes les modalités ne sont pas encore formalisées et les porteurs de projet viennent prendre contact avec les équipes-projets. Pour le moment, nous les réorientons vers d'autres acteurs.

Dans le cadre du dispositif des expérimentations pour l'innovation en santé, **le ministère de la Santé et la CNAM lancent conjointement trois appels à manifestation d'intérêt (AMI)** afin d'accélérer le lancement d'expérimentations nationales et d'en favoriser leur réussite par l'implication des acteurs de terrain dès la phase de conception.

Trois modèles innovants font l'objet d'une initiative nationale en 2018 :

- paiement à l'épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales
- incitation à une prise en charge partagée
- paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville

La démarche proposée repose ainsi sur une logique de volontariat et de co-construction avec les acteurs qui pourront proposer les améliorations qui leur paraissent correspondre au mieux aux nouvelles transformations du système de santé. Les équipes sélectionnées en décembre 2018 aideront la DGOS à co-construire des modèles innovants. Ces AMI ne sont pourtant pas au cœur de l'article 51. Il vise à promouvoir avant tout les projets qui viennent d'un environnement local.

Philippe Denormandie : Deux remarques sur le fond de l'article 51 qui a pour but de décloisonner le sanitaire du médico-social :

La CNSA, l'équivalent de la CNAM dans le secteur médico-social, n'est pas membre du comité de pilotage national. Ce n'est pas la DGS qui représente le médico-social. Au niveau du ministère, il faut faire attention à ne pas faire de l'article 51 un article sanitario-centré, alors que le médico-social est un sujet majeur.

Le médico-social est une source d'innovations fréquemment négligée. Même si les porteurs de projets individuels se sentent faibles par rapport à des mastodontes comme les hôpitaux ou des syndicats, il est important de leur dire qu'ils vont recevoir un accompagnement sur-mesure.

Questions de la salle

(Remarque) Dr Gérard-Henri Genty, Conseil régional d'Île-de-France de l'Ordre des médecins: L'équipe dédiée de l'ARS Île-de-France devrait intégrer un représentant du Conseil régional de l'ordre des médecins. Cette présence est nécessaire pour que l'Ordre puisse partager sa position en matière d'éthique et de déontologie sur les projets présentés.

Claude Pigement, Vice-président de l'Agence du médicament : *D'abord, sur la forme, est-ce que trop d'expérimentations ne complexifient pas davantage le système de santé ? Puis, ne pensez-vous pas que le fonds dédié à l'article 51 est sous-doté notamment si une grande quantité de projets abondent vers votre structure ? Sera-t-il possible de recourir éventuellement aux fonds de la CNAM pour mieux financer la coordination ?*

Yannick Le Guen : Le fait de labelliser des projets et de requérir à des dérogations limitera le nombre de projets éligibles à l'article 51. **L'ARS Île-de-France s'engage à un objectif de 10 projets par an en moyenne.** L'importance n'est pas la quantité mais la capacité du projet à transformer le système. L'ARS Île-de-France dépense déjà 60 millions d'euros par an pour la « coordination ». L'article 51 ne consiste pas à recruter une énième infirmière de coordination. Il faut distinguer dans votre question ce qui relève de l'amorçage du projet c'est-à-dire de sa finalité et ce qui relève de l'exploitation. Si le projet est jugé pertinent par l'agence, des moyens d'accompagnement régionaux lui sont octroyés, en sus potentiellement des 30 millions nationaux. De plus, si le projet correspond aux attentes de la région, cette dernière financera l'amorçage et non pas l'exploitation.

Bruno Rougier : *Est-ce que les 30 millions suffiront à financer tous les projets ?*

Thomas Deroche : Les financements prévus (20 millions pour le fonds d'intervention nationale et 10 millions à travers les fonds d'intervention régionale) ne sont pas conçus à pérenniser une équipe sur un projet. **Ces fonds doivent accélérer le démarrage du projet en autorisant une dérogation à la loi pour s'organiser différemment**, mais ce guichet n'est pas conçu pour être un accès aux financements.

Jean-Michel Mrozowski, CVAO : *Implication et utilité (liée à l'attente des patients) sont deux critères à considérer pour que l'article 51 prenne de l'ampleur. Prendre en compte ces critères permettra-t-il d'aider les patients à retrouver une qualité de vie ?*

Philippe Denormandie : La finalité de l'article 51 n'est pas de réaliser uniquement des économies, comme l'était la loi HPST. Il est absolument essentiel de redonner le sens de soin et d'économie à notre système.

Robert Launois, économiste : *L'évaluation semble être très centralisée car elle est effectuée par la DREES et l'Assurance Maladie. Existe-t-il une évaluation au niveau local ou universitaire ?*

Yannick Le Guen : L'évaluation n'est pas réalisée par la DREES, la DGOS ou la CNAM mais sur la base d'un cahier des charges qui permettra de former un consortium d'acteurs de divers horizons, incluant des universitaires, pour répondre aux différents projets. L'essentiel est que cette évaluation n'est pas centralisée dans un bureau du Ministère et que des acteurs locaux aussi s'empareront de l'évaluation des projets.

Nicolas Duquesne, CAPIO (cliniques privées pionnières dans la RRAC) : *Est-ce que l'article 51 remet en cause le paiement à l'acte ?*

Thomas Deroche : Actuellement, il s'agit de poursuivre la conception d'une rémunération à l'épisode de soins avec les acteurs intéressés. Ce nouveau mode de rémunération doit s'appuyer sur une meilleure articulation entre les professionnels de santé, entre la médecine hospitalière et de ville, et il sera conçu à partir des bases de données que nous disposons. Nous souhaitons expérimenter ce nouveau mode de rémunération via les appels à manifestation d'intérêt.

Philippe Denormandie : Le paiement à l'acte est un sujet de l'ordre générationnel, les nouveaux modes de rémunération ne suscitent pas de débats de la part des jeunes médecins.

Concernant l'évaluation, il faut sortir des modèles classiques au niveau national. Il serait intéressant de s'inspirer des publications sur le Goal Attainment Scaling (échelle de réalisation des objectifs) qui décrit un système d'évaluation des soins par les patients eux-mêmes.

Josée de Felice, Présidente d'association de malades âgés : *Est-ce que vous exigez dans les projets que des associations de patients soient partenaires ?*

Yannick Le Guen : Les représentants des associations de patients sont parties prenantes dans les prises de décisions et donnent leur avis sur l'ensemble des projets validés par la région. Une commission de la transparence au niveau régional intégrera nécessairement les usagers afin de mener un débat éthique avec les porteurs de projets et les acteurs institutionnels.

Thomas Deroche : Les projets ne sont pas impérativement associés aux usagers, mais les associer est une aubaine pour le projet, car leur participation prouve que le projet agit au profit de l'intérêt général et de manière éthique.

Deuxième table-ronde : opportunités et attentes des acteurs des pour une optimisation des parcours de santé

Bruno Rougier : *Est-ce que l'article 51 est de nature à améliorer le parcours des patients ?*

Catherine Cerisey : L'article 51 a vocation à améliorer le parcours des patients. Cependant, les principaux absents des discussions sont les patients. Voici les 5 points que je souhaite aborder :

- La prise en compte des besoins des patients
- La possibilité pour les associations de patients de porter ou de co-construire un projet
- L'absence d'association de patient dans la commission technique au niveau national
- La prise en compte de la qualité de vie dans les critères d'évaluation
- La non généralisation des projets comme source d'inégalités entre régions

Bruno Rougier : *L'article 51 est-il novateur ou est-ce un dispositif de plus parmi d'autres ?*

Jean-Philippe Alosi : L'article 51 est, à ce stade, de l'innovation administrative et politique. Nous sommes dans l'expectative, car il est vrai que nous avons pu être échaudés par l'échec des dispositifs précédents. Des questions demeurent sur la capacité à instruire, financer, évaluer et ensuite à généraliser les projets.

En tant qu'acteur de santé impliqué dans le *value-based healthcare*, une démarche axée sur la valeur (une notion qui relie les résultats de santé à leur coût), nous sommes confrontés systématiquement à des blocages dans l'optimisation des parcours de soin des patients. Nous ne pouvons que saluer l'intérêt d'un dispositif qui permet des dérogations et des évaluations.

David Corcos : L'article 51 arrive au moment idéal car le système de santé est en train de se fissurer. L'innovation a du mal à être financée aujourd'hui et à remplir son rôle de régulateur entre l'offre et la demande. La France est effectivement en décrochage sur toute une série d'innovations. De plus, la T2A (tarification à l'activité) est un financement qui dans certains domaines a atteint ses limites, puisque les professionnels de santé ne sont pas rémunérés pour produire de la qualité.

Bruno Rougier : *L'article 51 est-il de nature à éviter l'organisation en silo ?*

Julie Mazet : L'article 51 est un signal très positif de la Ministre. Il témoigne d'une réelle volonté de faire émerger des projets innovants, mais cet article ne doit pas devenir un arbre cachant la forêt. C'est ce qui est en train de se passer sur l'appel à manifestation d'intérêt sur la coordination. L'initiative regroupe 10 projets, soit une patientèle de 50 000 personnes. Ce projet ne suffira pas à décroiser la ville de l'hôpital et à mieux les coordonner, il faut poursuivre d'autres initiatives.

Bruno Rougier : *Certains disent que l'article 51 est « la » solution, qu'en pensez-vous ?*

Gilles Bonnefond : L'article 51 doit répondre à de nombreux défis comme cela a été évoqué précédemment. Ce n'est certes pas un article « miracle » mais il tente de réaliser ce qui n'a pas pu être accompli par la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire. La loi HPST n'a pas eu la possibilité de décroiser les activités dans le cadre des délégations de compétences. L'article 51 s'oriente vers une modification des modes de rémunérations. Actuellement, le paiement à l'acte est un frein qui désincite à une nouvelle organisation. Réformer le mode de rémunération est un sujet extrêmement sensible auprès des professionnels de santé.

Il s'agit d'appliquer des politiques de coordination avec des médecins et des infirmières sur des parcours de soin primaires. Notre profession est prête à relever ce défi. Les pharmaciens ont en effet

choisi de faire évoluer leurs modes de rémunération et d'organisation. Par rapport aux dispositifs précédents, il est important de noter que les acteurs institutionnels (CNAM et ARS) avancent dans le même rythme. La compétition ARS-CNAM n'existe plus aujourd'hui.

Bruno Rougier : *Cet article ouvre-t-il des portes à des nouveaux modes de rémunération ?*

Jean-Philippe Alosi : Les modes de rémunération sont parfois des obstacles à l'harmonisation et à la fluidification des parcours de soin et de santé. Déroger à certaines règles de droit commun ouvre la voie à une modification des modes de financement. Des innovations se mettent en place au niveau des indicateurs de qualité de vie des patients et il est heureux que l'on puisse déroger à des règles établies qui empêchent cela aujourd'hui pour les mettre en place.

Catherine Cerisey : C'est important que les associations aient la possibilité d'être porteurs de projet. Une grande concertation citoyenne a été organisée par CancerAdom intitulée « construire ensemble le virage ambulatoire en cancérologie ». Le travail a été réalisé dans trois régions et des méthodes très pertinentes mériteraient d'être exportées dans d'autres régions.

Je vois souvent des startups qui ont la solution sur la chirurgie ambulatoire, mais ils n'interrogent pas les acteurs concernés : les patients ou les médecins de ville. C'est aberrant mais il ne faut pas financer une innovation qui ne serve pas car elle n'a pas été co-construite avec les acteurs concernés.

Bruno Rougier : *Est-ce que les médecins généralistes parviendront à s'emparer de l'article 51 en dépit de leur emploi du temps généralement très rempli ?*

Julie Mazet : J'aimerais revenir sur l'intervention de Madame Cerisey. Des régions pilotes ont dépensés des millions pour créer des territoires de santé numérique, il s'agit notamment de l'Auvergne-Rhône-Alpes qui a eu recours à de la co-construction entre les URPS et les associations de patients. Il existe des dispositifs comme le carnet de santé numérique ou le réseau social des professionnels de santé qui sont performants. Les instances nationales doivent s'en emparer, mais rajouter des feuilles à ce millefeuille déjà très complexe n'améliorera pas la qualité du parcours de soin ou de santé.

Concernant les médecins généralistes, il est certain qu'au stade actuel, l'article 51 ne s'adresse pas suffisamment aux médecins qui ont à cœur de monter des équipes de soins primaires, ni aux médecins engagés au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Les CPTS comportent des médecins qui sont familiers des procédures administratives. Leur rôle est d'expliquer et de démocratiser ces notions (article dérogatoire, critères d'application à l'article 51) aux médecins « lambdas ».

Bruno Rougier : *Est-ce que le milieu hospitalier va l'emporter sur le milieu libéral ?*

Julie Mazet : C'est une évidence structurelle. Il serait souhaitable en revanche qu'une petite partie de ces fonds soient dédiés aux médecins libéraux. Pour mettre l'accent sur les soins primaires, le rapport ACO (Accountable Care Organization) a préconisé de mobiliser l'ensemble des fonds sur la médecine libérale.

Bruno Rougier : *Existe-t-il des freins à l'article 51 ?*

Gilles Bonnefond : L'article 51 n'est pas encore opérationnel que certains l'ont déjà condamné. L'équipe-projet doit effectivement apporter de la cohérence au dispositif mais je demeure optimiste sur son application. Les ARS pourraient inciter leurs équipes à accompagner administrativement les

acteurs de terrain dans la rédaction des rapports car ils ne disposent pas des structures adaptées comme il en existe dans les hôpitaux ou les industries pharmaceutiques.

Le véritable enjeu de l'article 51 est l'organisation de la médecine de ville. Comment la ville peut travailler en coordination avec l'hôpital sur la prise en charge des patients qui sortent plus tôt de l'hôpital ? De même pour les chimiothérapies orales, comment entourer ces patients à domicile ? Comment améliorer la communication entre professionnels ? Ce sont plusieurs enjeux auxquels l'article 51 doit répondre.

David Corcos : Un certain nombre d'acteurs incontournables comme la CNAM s'engagent avec volontarisme dans ce dispositif. Ce ne sont pas les porteurs de projets individuels qui changeront le système. Une émulation au niveau national est indispensable car le financement est national puis décliné localement. Même si nous avons fait face à l'échec du forfait innovation, nous sommes optimistes en observant ces multiples acteurs croire sincèrement en la réussite de cet article.

Bruno Rougier : *Quels types de projets innovants souhaitez-vous voir mis en place ?*

Catherine Cerisey : Je crains que la non-généralisation des projets crée des inégalités entre patients. Le parcours de soin n'est pas le même à Paris ou en Auvergne. Les problématiques sont les mêmes et les startups doivent s'inspirer des expérimentations réalisées dans d'autres régions.

Bruno Rougier : *Avez-vous des projets en tant que président du syndicat des pharmaciens ?*

Gilles Bonnefond : L'article 51 est un levier idéal pour monter des projets car le syndicat des pharmaciens est une structure physique qui rassemble déjà les professionnels de santé.

Les chimiothérapies orales représentent un véritable enjeu. Nous venons de lancer avec Nicolas Revel un avenant pour réaliser un suivi des patients au début de l'année prochaine. Quand un patient est en chimiothérapie en ville, un hôpital se plaint de perdre un « client ». Cependant, si l'hôpital organise une opération de coordination avec les acteurs des soins de ville permettant aux patients d'être en sécurité, nous parviendrons alors à établir un véritable suivi en ville.

Bruno Rougier : *Vous avez des projets par rapport à l'article 51 ?*

David Corcos : Philips est un leader mondial dans le domaine de la réanimation, précisément dans le monitoring. Les logiciels basés sur de l'intelligence artificielle seront capables d'anticiper la détérioration de l'état de santé d'un patient qui se situe dans un secteur peu aigu.

Pourquoi cette innovation, générant des économies de dépenses en santé, n'a pas d'acheteur ? Hélas, la durée de séjour dans des secteurs de réanimation est une source de revenus pour l'hôpital. Non pas que cela soit organisé, les hôpitaux assurent effectivement leur mission de service public mais ils reçoivent davantage pour des séjours de longue durée sur des secteurs aigus. C'est le système actuel de la T2A qui désincite à investir dans des innovations efficaces. Nous espérons que l'article 51 facilitera le déploiement de nouvelles technologies qui sont fondamentalement positives pour le patient.

Jean-Philippe Alosi : Amgen réfléchit aussi à certains projets concrets. Dans le cadre de la chimiothérapie injectable, la prise en charge à domicile parvient difficilement à se développer. L'une des raisons est que l'hôpital continue à soigner plusieurs patients en HAD sans rémunération.

De plus, nous avons constaté une absence d'approche complète du diagnostic jusqu'au suivi de l'observance dans le parcours de patientes atteintes d'ostéoporoses. Par exemple, une patiente qui

s'est fracturée la hanche est soignée pour sa hanche mais personne ne vérifie si cela est dû à une fragilité osseuse. Cela révèle un manque de coordination entre les services. L'objectif est d'harmoniser la rémunération et de mettre en contact à la fois l'Ehpad, le médecin à domicile et le rhumatologue même si c'est un parcours de soin difficile.

Bruno Rougier : *Que pensez-vous de toutes les innovations proposées ?*

Julie Mazet : Ce ne sont pas des gadgets, mais ces innovations me semblent éloignées de la réalité du terrain. Je ne souhaite pas me substituer aux laboratoires ni aux startups, mais il ne faut pas oublier la promesse de co-construction des professionnels de santé des territoires.

Concernant le terrain, il est certain que le défi principal est celui de la coordination entre les médecins généralistes et les soins de premier recours. L'équation est très simple : moins de médecins, plus de patients, plus de maladies chroniques, une population vieillissante et des patients plus exigeants qui demandent plus de réponses. Nous aimerions résoudre cette équation, l'article 51 nous aidera peut-être mais cela ne pourra pas suffire.

Bruno Rougier : *Vous avez le sentiment que les services administratifs seront complètement noyés sous des projets ou ces derniers vont-ils rester un flux marginal ?*

Julie Mazet : Yannick Le Guen parlait de vague mais ce ne sera certainement pas un tsunami. Actuellement, les lettres d'intention déposées sont peu nombreuses.

Gilles Bonnefond : Les ARS vont recevoir plein de demandes et c'est pour cela qu'elles ont restreint la longueur des lettres d'intention. Il n'y a pas 20 à 30 millions pour financer le projet, cette somme est destinée à structurer les projets et à leur évaluation.

Questions de la salle

Stéphane Lemasson, Théragora : *Ne faudrait-il pas s'inspirer du système des pays francophones ? Ne serait-ce pas plus simple d'étudier ce qu'il se passe ailleurs plutôt que de réinventer tout le système ?*

Gilles Bonnefond : Oui, nous faisons déjà cela. Les porteurs de projets se réfèrent dans leur présentation à des expérimentations réalisées à l'étranger pour rassurer notamment les administrations. Cependant, il ne faut pas oublier que nos amis belges, québécois, suisses et anglophones s'intéressent de près à notre système de santé français. Il ne faut pas complexer en affirmant que la France est en retard dans tous les domaines. Les pays développés sont confrontés à la même situation : déclin des populations de professionnels de santé, évolutions technologiques à intégrer et vieillissement démographique.

David Corcos : Philips est un groupe international présent dans toutes les parties du monde. Nous sommes témoin du déploiement des innovations dans différents pays. C'est très frustrant de voir que le Japon possède des dizaines de scanners spectraux qui permettent de repérer des pathologies difficilement détectables alors que la France n'en compte que deux actuellement. Grâce à cette vitrine internationale, il nous est possible d'apporter en France ce témoignage précieux. Notre message est de prévenir les acteurs de santé sur le retard à ne pas accumuler dans des projets aux bénéfices du patient.

Julie Mazet : Il est très intéressant de comparer les systèmes de santé étrangers. Pour avoir travaillé à Boston et actuellement à proximité de la frontière suisse, je peux vous assurer que la France n'a pas grand-chose à envier à ses pays voisins concernant le quotidien des médecins ou des patients.

Des projets à découvrir

Session de « pitches » de 5 minutes par 5 porteurs de projets innovants et répondant aux critères de l'article 51.

- **Chimiothérapies orales à domicile** (*Laurent Vincent, Directeur Développement Santé chez Bien-être Assistance*)

Public cible : patients en chimiothérapies orales à domicile. Expérimentation à portée nationale.
Plateforme de coordination médicosociale avec un suivi distant du patient à domicile au quotidien.
Objectifs : rapprocher l'hôpital des professionnels de santé de proximité et réduire de 50% la non-adhérence chez les patients suivant une chimiothérapie orale.

- **PEGASE** (*Dr. Daniel Rousseau, pédopsychiatre libéral attaché au CHU d'Angers*)

Public cible : 299 600 enfants pris en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Expérimentation à portée nationale dans 20 pouponnières sociales adhérentes d'un groupe de travail du GEPSO.
Programme d'expérimentation de la prise en charge structurée de la santé de 1 000 enfants placés avant l'âge de 5 ans à l'Aide Sociale à l'Enfance (PEGASE).
Objectifs : assurer des soins plus précoces et un meilleur suivi de santé.

- **Frailcoach** (*Olivier Kryszewski, médecin gériatre et directeur médical Sharecare France*)

Public cible : personnes âgées en état de fragilité entre la dépendance et l'autonomie
Expérimentation multicentrique dans 4 régions : Grand-Est, PACA, Occitanie et Nouvelle-Aquitaine
Projet de dépistage et d'accompagnement par entretien téléphonique réalisé par des infirmières spécifiquement formées à la fragilité.
Objectifs : retarder l'entrée dans la dépendance, améliorer la qualité de vie et l'autonomie, générer des économies de coûts de santé.

- **ASIL** (*Dr. Denis Serruques, médecin et économiste, ancien médecin coordonnateur de la Plateforme de coordination de la vaccination du Val-de-Marne*)

Public cible : demandeurs d'asile en CADA et mineurs isolés des Maisons d'Accueil. Expérimentation à portée nationale opérée par France Terre d'Asile.
Affiliation santé immédiate et limitée associée à une consultation médicale précoce avec une vaccination en un temps.
Objectif : améliorer la couverture médicale et vaccinale.

- **Geco Plaies** (*Dr. Reuben Veerapen, chirurgien vasculaire à la Réunion, président de Geco Plaies*)

Public cible : population diabétique de La Réunion souffrant de plaies chroniques ou complexes.
Organisation d'un parcours de soin coordonné entre médecins et infirmiers, sans délégation de tâche avec recours possible à une application qui permet une prise en charge par télé-expertise.
Objectifs : améliorer la coordination de la prise en charge ambulatoire, réduire de 50% le nombre d'amputations et optimiser les dépenses de santé en évitant l'errance thérapeutique.