

Chapitre IV

Expérimenter pour reformer

l'organisation et la tarification des soins

PRÉSENTATION

Les réformes successives engagées pour adapter, moderniser et transformer le système de santé¹⁴⁷, peinent à changer les organisations qui demeurent cloisonnées (notamment entre secteurs d'activité ou entre métiers et prérogatives de chaque profession) et dispersées, en particulier pour les soins de ville.

Pour remédier à ces obstacles profondément ancrés dans l'organisation du système de santé, les gouvernements successifs ont jugé que le recours à des expérimentations préalables était nécessaire.

Durant deux décennies, des expérimentations se sont succédé sans lien les unes avec les autres, sans réelle articulation, sans vision d'ensemble et sans exigence en matière d'évaluation.

Le législateur a donc décidé, par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS)¹⁴⁸ pour 2018, de définir un cadre juridique pérenne afin d'expérimenter de nouvelles organisations de soins et les conditions de leur financement. Un budget pluriannuel a été réservé au programme d'expérimentation (511 M€ autorisés depuis 2018).

À la fin de l'année 2022, 122 expérimentations avaient été autorisées. La Cour a analysé les modalités de gestion de ce programme et cherché à évaluer la capacité à transposer dans le droit commun les règles dérogatoires testées. Six projets seulement étant arrivés à terme, la Cour n'a pu toutefois en tirer tous les enseignements sur la pertinence au fond des dispositifs expérimentés.

Il apparaît que, si le cadre général de conduite et d'évaluation des expérimentations a été modifié en profondeur (I), des adaptations du dispositif sont à envisager à très court terme afin d'assurer sa contribution à la transformation du système de santé (II).

¹⁴⁷ Notamment la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹⁴⁸ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

I - Une méthode renouvelée pour tenir compte des expérimentations passées

Des tentatives de transformation du système de santé ont été conduites depuis 20 ans, notamment par le biais d'expérimentations qui, faute d'avoir été planifiées et coordonnées, n'ont pas produit les effets attendus. En tirant les enseignements, les pouvoirs publics ont défini un nouveau cadre expérimental, autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

A - Des expérimentations antérieures peu concluantes

1 - Des évolutions nécessaires en matière de santé publique

Le système de santé français est caractérisé par de profondes rigidités organisationnelles et la persistance de forts cloisonnements selon les modalités d'intervention et les métiers (approche préventive ou curative, médecine générale ou médecine spécialisée, soins en ville ou secteur hospitalier, secteur sanitaire ou secteur médico-social, etc.) et par les prérogatives de chaque profession.

Intégrer la prévention ou passer d'une approche centrée sur la gestion des épisodes pathologiques aigus à une médecine privilégiant la pertinence et la continuité du parcours de prise en charge du patient par les différents professionnels de santé nécessite des évolutions en profondeur pour favoriser la coordination et la collaboration des professionnels.

Des besoins d'accès aux soins ou d'assistance auxquels répond difficilement le système de santé : exemples

M. X, 85 ans, vit à domicile avec son épouse du même âge. Son état de santé se dégrade. Les infirmiers qui se succèdent à son domicile pour réaliser les soins prescrits par le médecin perçoivent une rémunération fondée sur la réalisation d'actes techniques et non sur le temps nécessaire à consacrer au patient pour qu'il retrouve un peu plus d'autonomie.

Résidente dans un établissement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Mme Y, est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Son état nécessite des soins dentaires mais elle ne peut plus se déplacer. L'Ehpad est en difficulté pour trouver un chirurgien-dentiste qui accepte de la recevoir malgré ses troubles du comportement et qui dispose d'un espace suffisamment grand pour accueillir son fauteuil roulant. Pour répondre à cette situation, il conviendrait d'organiser le parcours préventif et curatif de cette patiente, en faisant évoluer les modes d'intervention des chirurgiens-dentistes et des assistants dentaires.

Mme Z souffre de diabète gestationnel. Les allers-retours réguliers entre son domicile et le lieu de consultation sont contraignants et l'amènent à renoncer à certains déplacements. Pour répondre à cette situation, en complément des consultations spécialisées traditionnelles, il conviendrait d'organiser des séances d'éducation thérapeutique au bénéfice de la patiente et de mettre en place un suivi à distance *via* une télésurveillance en relation avec l'équipe de soins, dont le financement, n'est pas prévu dans le cadre actuel.

Scolarisé en CP, le jeune F a des difficultés de lecture et de concentration. Son maître suggère à ses parents de consulter un orthophoniste. Malgré plusieurs séances, F ne progresse pas. Il conviendrait de former les médecins généralistes au dépistage de ces troubles et de mettre en place une organisation graduée pour que l'enfant puisse accéder au bon niveau d'expertise médicale, bénéficier précocement de bilans et de prises en charge rééducatives adaptées à sa situation avec un financement des soins rééducatifs. Ce travail en commun de plusieurs professionnels nécessiterait qu'ils puissent échanger les informations relatives à chacun des patients, *via* un système d'information partagé.

2 - Le principe du recours à des expérimentations pour surmonter les rigidités organisationnelles

Face aux évolutions profondes nécessaires, l'expérimentation des solutions possibles est souvent jugée indispensable. Il s'agit de mettre à l'épreuve de nouveaux modèles d'organisation, que l'Organisation mondiale de la santé¹⁴⁹ (OMS) qualifie d'« innovations organisationnelles » et d'en évaluer les effets de manière objective.

Les innovations peuvent porter sur de nouvelles technologies de santé comme sur de nouvelles pratiques ou de nouveaux métiers. Elles peuvent être initiées par des acteurs de terrain ; leur acceptabilité est d'autant plus grande que les parties prenantes y ont été associées.

¹⁴⁹ En 2018, l'organisation mondiale de la santé (OMS), associée à l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, a proposé une définition de l'innovation organisationnelle des services de santé par la réunion de quatre facteurs : (i) un ensemble nouveau de comportements, d'habitudes, de pratiques et de manières de travailler, (ii) qui s'inscrit en discontinuité ou en rupture avec les pratiques précédentes, (iii) qui vise à améliorer les résultats de santé, l'efficacité administrative, le rapport coût/efficacité des soins ou de l'expérience du patient, et (iv) qui est mise en œuvre de manière planifiée et coordonnée.

3 - Jusqu'en 2018, une absence de cadre général pour les expérimentations

Entre 2007 et 2017, 23 expérimentations ont permis d'encourager des initiatives de professionnels de terrain destinées à décroiser les soins. Qu'elles aient relevé d'un plan national (programme territoire de santé numérique, plan Alzheimer, plan cancer) ou non, chacune d'elles s'est inscrite dans un cadre dérogatoire spécifique, prévu par une loi de financement de la sécurité sociale.

Cependant, rares sont celles qui ont donné lieu à généralisation comme l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé, qui a abouti au développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), intégrées dans le droit commun en 2017¹⁵⁰, l'expérimentation de « travail aidé » au sein de la filière visuelle¹⁵¹ ou encore le déploiement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad)¹⁵².

Des limites nombreuses

En 2018, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a relevé les limites des expérimentations engagées auparavant.

La mise en œuvre de chaque expérimentation était retardée par le délai nécessaire à la préparation et à l'adoption d'une loi fixant les règles de dérogation la concernant. La prise en compte d'éventuelles évolutions de périmètre, de financement ou de durée d'expérimentation, nécessitait une nouvelle loi pour apporter les ajustements nécessaires¹⁵³.

¹⁵⁰ Par l'accord interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles du 20 avril 2017. Les MSP bénéficient d'un forfait complémentaire à la rémunération à l'acte, accordé en contrepartie du respect d'un certain nombre d'engagements et d'objectifs.

¹⁵¹ Par la mobilisation d'auxiliaires autour du médecin ophtalmologue : orthoptistes et opticiens lunetiers. Le décret du 5 décembre 2016 a élargi le champ de compétences des orthoptistes et de nouveaux actes ont été inscrits à la NGAP.

¹⁵² L'article 49 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement a permis d'expérimenter, sur une période de deux ans, une évolution des modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des Spasad pour assurer une plus grande mutualisation des organisations, des outils ainsi que des prestations au bénéfice de la qualité globale de la vie de la personne, et promouvoir la bientraitance.

¹⁵³ Ainsi, l'extension du cadre géographique de l'expérimentation de la télé-médecine, engagée en 2014, a nécessité une évolution législative adoptée en 2016.

Les parties prenantes ne disposaient pas de visibilité sur le mode de calcul du financement envisagé au-delà de la période expérimentale.

Les évaluations n'étaient pas systématiques ni toujours conduites de manière suffisamment rigoureuse. Les décisions prises à l'issue des expérimentations n'étaient donc pas toujours étayées par une appréciation objective. Dans les faits, un grand nombre d'entre elles ont été reconduites sans évaluation. L'expérimentation relative aux réseaux de santé a ainsi été prolongée malgré un bilan contrasté, réalisé après plus de 10 années de mise en œuvre, qui a mis notamment en évidence les écarts, d'un réseau à l'autre, du nombre de patients suivis (entre 25 et 1 605) et des coûts de fonctionnement (de 1 334 € à 2 901 €)¹⁵⁴.

Prévue par la LFSS pour 2013¹⁵⁵ et lancée en 2014, l'expérimentation relative au parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) a, en dépit d'une première évaluation mitigée en 2017, été reconduite et étendue jusqu'en 2020 puis arrêtée, au vu d'une seconde évaluation confirmant les premiers résultats.

Des expérimentations présentant une logique dilatoire

Certaines expérimentations¹⁵⁶ prévues par la loi n'ont pas été mises en œuvre, ou l'ont été partiellement, comme celle relative à la tarification du parcours de soins du patient atteint d'une insuffisance rénale chronique.

D'autres n'ont pas été poursuivies, comme celle relative au parcours pour le traitement du cancer par radiothérapie. Cette dernière a pourtant éprouvé et vérifié un modèle de paiement forfaitaire rémunérant l'ensemble des soins nécessaires pour le traitement de deux grands groupes de tumeurs, et a permis d'identifier les travaux à poursuivre pour préparer la généralisation de la réforme. Faute d'arbitrage, ces travaux n'ont pas été réalisés et la réforme, attendue depuis 2003¹⁵⁷, n'a pas été mise en œuvre.

¹⁵⁴ Les réseaux de santé ont été introduits par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé afin de renforcer la coordination des soins. Leur évaluation, présentée par le rapport d'activité du fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (Ficqs) de 2011, a été jugée insuffisamment rigoureuse et objectivée, sans mise en perspective des enseignements tirés par rapport aux enjeux d'une généralisation. La dépense relative à ces réseaux en 2010 atteignait 173,6 M€ pour 700 réseaux.

¹⁵⁵ LFSS n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, art. 48.

¹⁵⁶ LFSS n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 pour 2014 : expérimentations relatives au parcours de soins et à la prise en charge des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (article 43 I) et au parcours de soins et à la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe (article 43 II).

¹⁵⁷ Inscrite dans le premier plan cancer 2003-2007.

Le recours à des expérimentations peut ainsi constituer une façon détournée de ne pas mettre en œuvre des réformes pourtant nécessaires.

Les pouvoirs publics ne disposaient pas d'une vision consolidée du coût de ces expérimentations, engagées séparément de manière isolée. Enfin, les expérimentations étant généralement locales, elles ne portaient pas toujours sur des échantillons de taille suffisante pour permettre de vérifier la pertinence des règles dérogatoires testées.

Dans son rapport de 2016 sur l'innovation en santé¹⁵⁸, le Hcaam a relevé une méthode de conduite de projet peu structurée et, surtout, l'absence d'explicitation stratégique des évolutions à engager. Il formulait, au regard de l'expérience, une triple recommandation : la mise en place d'un cadre juridique et financier stable pour favoriser l'émergence d'initiatives innovantes dérogeant au droit commun ; un accompagnement des porteurs de projets ; et l'intégration, très tôt dans la procédure, de l'exigence d'une évaluation.

B - Une nouvelle approche pour les expérimentations dérogeant aux règles d'organisation et de tarification des soins

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 marque une évolution dans le recours aux expérimentations. À l'instar de certains pays étrangers, la France a créé, à travers ce dispositif doté d'un budget spécifique (511 M€ engagés entre 2018 et 2022), un cadre propice aux innovations organisationnelles et de financement.

Pour qu'une innovation soit éligible au dispositif de « l'article 51 », deux critères doivent être remplis : d'une part le projet doit avoir une finalité organisationnelle¹⁵⁹, d'autre part son financement doit déroger aux règles de tarification de droit commun. Ce dispositif repose sur une démarche collaborative et sur un processus de décision et de suivi structurés. Son but principal est de lever les obstacles à l'innovation organisationnelle, constitués par les règles de financement traditionnelles. Il mobilise un financement pluriannuel et systématise les évaluations.

¹⁵⁸ Hcaam, *Innovation et système de santé*, 2016.

¹⁵⁹ Amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé ou de l'accès aux soins dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Les modèles étrangers d'innovations organisationnelles en santé

Aux Etats-Unis, le *Center for Medicare and Medicaid innovation* (CMMI), créé en 2010, conçoit et teste en priorité de nouvelles modalités de paiement des soins de santé devant réduire les dépenses de santé, tout en maintenant ou en améliorant la qualité des soins fournis. Il dispose d'un budget de 1 Md€ par an.

En Allemagne, l'*Innovations funds*, créé en 2015, sélectionne des projets de recherche ou de nouvelles formes de soins dont l'objectif est d'améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge et des soins. Il dispose d'un budget de 200 M€ par an (300 M€ en 2019).

En Angleterre, depuis 2013, quinze *Academic Health Science Networks* (AHSNs) ont pour mission de créer un environnement favorable au développement, au repérage et à la diffusion d'innovations, en facilitant les échanges entre acteurs locaux. Chaque année, 70 M€ leur sont alloués.

1 - Une méthode participative et une gestion de programme structurée

Les expérimentations s'élaborent au travers d'échanges entre les porteurs de projets et les « *référénts article 51* » nationaux et régionaux de l'État et de l'assurance maladie, depuis le stade de la lettre d'intention jusqu'au cahier des charges et, pour les projets autorisés, jusqu'au terme de l'expérimentation. Les porteurs de projets peuvent bénéficier d'un accompagnement *via* une structure dénommée « *accélérateur 51* ».

« Accélérateur 51 », incubateur des projets d'expérimentation

Les projets recevables peuvent bénéficier d'une ou de plusieurs séances dites d'accélérateur¹⁶⁰, sous la forme d'ateliers pilotés par la Cnam qui réunissent, autour du porteur de projet, des compétences nationales aussi bien que régionales. Ils sont animés par des consultants et permettent notamment de co-construire le modèle économique de l'expérimentation.

L'apport qualitatif de « *l'accélérateur 51* » est reconnu, aussi bien par les porteurs de projets que par les équipes ayant participé aux séances. Depuis 2018, 129 ateliers ont été organisés au bénéfice de 141 porteurs.

¹⁶⁰Ateliers : « *bienvenue* », « *cahier des charges* », « *mise en œuvre* », « *accompagnement renforcé* », « *rétrospective* », « *projets d'envergure* ».

Dans cette démarche collaborative et partenariale, la place donnée aux usagers reste cependant limitée, même si la prise en compte du retour d'expérience des patients *via* des questionnaires est prévue dans le dispositif d'évaluation¹⁶¹. Une participation des représentants des usagers pourrait être prévue au sein de chaque expérimentation, notamment en la valorisant dans les cahiers des charges, s'agissant des expérimentations à venir.

Le processus de décision s'inscrit dans un cadre de gouvernance structuré.

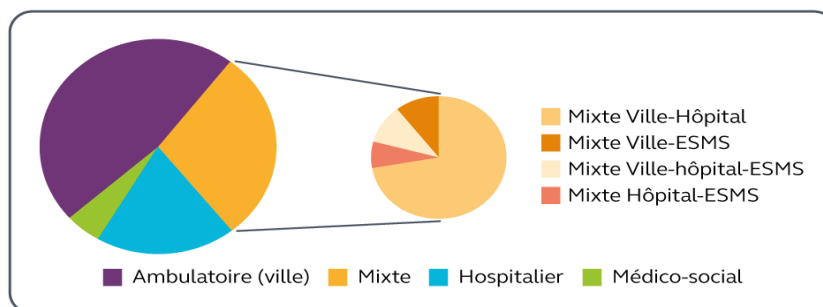
La gouvernance nationale du dispositif de « l'article 51 »

Une rapporteure générale assure le pilotage, le suivi et la coordination nationale du dispositif. Elle anime un « *comité technique de l'innovation en santé* » (Ctis), composé de huit membres¹⁶², qui émet un avis sur ces expérimentations, leur mode de financement ainsi que leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.

Un « *conseil stratégique* »¹⁶³ (Csis) a un rôle d'information de l'ensemble des parties prenantes du système de santé.

De 2018 à fin 2022, 122 projets ont été sélectionnés parmi 1 073 dossiers de candidature déposés.

Graphique n° 16 : répartition des expérimentations à fin 2022



Source : Rapport d'activité au Parlement 2022, article 51 de la LFSS pour 2018

¹⁶¹ Les modalités de recueil sont à améliorer, au vu du faible taux de réponse des patients.

¹⁶² Équipe dédiée composée de personnels mis à disposition par l'assurance maladie, le ministère chargé de la santé et par les agences régionales de santé.

¹⁶³ Le Csis, présidé par le ministre de la santé, réunit chaque année les 62 membres représentant la diversité des acteurs de la santé. Il est chargé de se prononcer sur les grandes orientations du dispositif et de formuler des avis en vue de la généralisation des expérimentations.

2 - Des règles de rémunérations dérogatoires pour inciter les professionnels à travailler ensemble

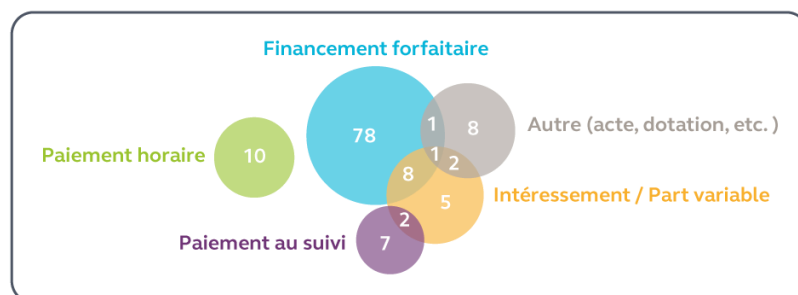
Ce cadre dérogatoire a pour but d'encourager les professionnels de santé, parties prenantes des expérimentations, et les partenaires institutionnels (assurance maladie et directions du ministère de la santé) à adopter une approche transversale des enjeux de santé sans être bloqués par les règles de financement habituelles. À la différence du cadre général de fonctionnement de l'offre de soins, il permet des financements partagés entre établissements de santé et professionnels de santé libéraux, les financements des soins de ville et de l'hôpital étant habituellement distincts et étanches.

Un levier de la réforme du financement prévue par la stratégie « Ma santé 2022 »

L'article 51 s'est inscrit dans le cadre de la préparation de la réforme du financement, au sein de la stratégie « Ma santé 2022 ».

La quasi-totalité des expérimentations comportent des innovations en matière de financement, qu'il s'agisse du champ des prises en charge partagées (notamment entre la ville et l'hôpital) ou de nouvelles modalités de rémunération des soins réalisés en ville (notamment concernant l'intervention conjointes de plusieurs professionnels libéraux). La rémunération forfaitaire pluriprofessionnelle et collective d'une séquence de soins, en substitution à la rémunération à l'acte de chaque professionnel considéré séparément, concerne plus des deux tiers des projets. La répartition du forfait entre les professionnels a nécessité une seconde dérogation introduite par la loi du 27 juillet 2019.

Graphique n° 17 : les nouveaux modes de financement testés (en nombre d'expérimentations)



Source : ministère de la santé et de la prévention

À titre d'exemple, l'expérimentation « Équilibres »¹⁶⁴ introduit de nouvelles pratiques professionnelles pour les infirmières, avec un paiement au temps passé auprès du patient qui se substitue au paiement à l'acte. Dans l'expérimentation « CoPa¹⁶⁵ », le déplacement à domicile d'un auxiliaire puériculteur hospitalier est coordonné avec celui d'un professionnel sage-femme libéral. Ces interventions combinées sont rémunérées de manière forfaitaire, avec un partage de rémunération entre les deux professionnels.

3 - Un pilotage financier structuré mais incomplet

Jusqu'en 2018, les pouvoirs publics ne disposaient pas d'une vision consolidée du coût des nombreuses expérimentations engagées ni sur le plan national, ni sur le plan régional. En effet, le plus grand nombre était financé dans les régions par les fonds d'intervention régionaux (FIR)¹⁶⁶ gérés par les ARS, sans qu'un suivi national, exhaustif et consolidé, puisse être réalisé.

La création en 2018 d'un fonds pluriannuel pour l'innovation du système de santé (Fiss)¹⁶⁷ a permis de réserver, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), une enveloppe destinée au financement des dépenses relatives aux expérimentations « article 51 », qu'il s'agisse, à titre principal, de nouveaux modes de rémunération, remédiant à l'étanchéité des enveloppes de financement entre soins de ville et hôpital, ou de dépenses d'amorçage et d'ingénierie nécessaires aux expérimentations nationales¹⁶⁸.

Cependant, des expérimentations ont été engagées depuis 2018 en dehors du cadre relevant de l'article 51.

¹⁶⁴ Équipes d'infirmières libres et responsables. Le projet est inspiré du modèle *Buurtzorg* ayant fait ses preuves aux Pays-Bas.

¹⁶⁵ CoPa (« coaching parental ») teste une nouvelle forme d'aide aux parents durant le parcours périnatal.

¹⁶⁶ Créé par l'article 65 de la LFSS de 2012 par regroupement de crédits auparavant dispersés, les crédits FIR constituent un sous-objectif de l'Ondam depuis 2014. La responsabilité du choix des actions et des montants alloués relève des ARS afin de mieux prendre en compte les besoins spécifiques de chaque territoire.

¹⁶⁷ LFSS du 30 décembre 2017.

¹⁶⁸ Les dépenses d'amorçage et d'ingénierie des projets régionaux sont imputées sur le FIR. Au sein du FIR, ces dépenses s'élèvent à 13 M€, ce qui représente 31 % des dépenses totales d'amorçage et d'ingénierie au titre de « l'article 51 ».

L'engagement d'expérimentations hors dispositif de « l'article 51 »

Depuis 2018, une vingtaine d'expérimentations ont été autorisées par des lois de financement de sécurité sociale, en dehors du cadre expérimental prévu par « l'article 51 », sans logique apparente : ces expérimentations comportent une dimension organisationnelle et financière et auraient logiquement dû être évaluées dans les mêmes conditions que celles de « l'article 51 »¹⁶⁹. À titre d'exemple, les expérimentations d'accès direct aux orthophonistes, aux masseurs kinésithérapeutes ou aux infirmières en pratique avancée (IPA), prévues par la LFSS pour 2022, concernent la place et les prérogatives de ces professionnels de santé dans le système de soins et auront nécessairement des conséquences financières, ce qui les différencie peu des expérimentations de « l'article 51 ».

Chaque expérimentation fait l'objet d'un cahier des charges et d'une convention qui détaille le montant annuel des financements autorisés. Le total des dépenses prévisionnelles (jusqu'en 2026) des projets aujourd'hui autorisés atteint 511 M€. De 2018 à 2022, les dépenses effectives cumulées se sont élevées à 180 M€. Ce montant est à comparer aux 323 M€ de dépenses prévisionnelles inscrites sur la même période dans les cahiers de charges de l'ensemble des expérimentations, soit un taux de réalisation de 56 %.

Ce rythme de dépenses reflète le caractère progressif de la montée en charge des expérimentations, lié à plusieurs facteurs parmi lesquels la crise sanitaire, des phases de démarrage des expérimentations plus longues que prévu et un nombre de patients inclus inférieur à celui attendu.

4 - Un dispositif évaluatif organisé mais fragile

Le modèle d'évaluation de « l'article 51 » fait intervenir trois critères¹⁷⁰ : la faisabilité, l'efficacité et la reproductibilité. Pour mesurer l'atteinte des objectifs initialement fixés par les porteurs de projets, il est parfois nécessaire d'apparier les données des patients, issues des systèmes d'information des professionnels intervenant dans l'expérimentation, avec les données issues du système national de données de santé (SNDS).

¹⁶⁹ Rapport Igas, *Expérimentation de l'accès direct aux actes de masso-kinésithérapie*, février 2022.

¹⁷⁰ Cnam-Drees, *Guide méthodologique de l'évaluation des projets*, 2019.

**Une analyse de la recevabilité des projets et leur évaluation
autour trois grands critères¹⁷¹**

La faisabilité et l'effectivité du montage expérimental : il s'agit de s'assurer de la capacité des acteurs à élaborer et faire fonctionner les dispositifs conformément au modèle envisagé et à structurer les organisations innovantes, mais aussi d'observer la manière dont celles-ci modifient durablement les pratiques professionnelles et les prises en charge.

Les conséquences de ces organisations dans différentes dimensions : il s'agit de mesurer l'effet des mesures expérimentées sur les patients ou usagers, sur les conditions de travail des professionnels, sur la qualité et la pertinence des soins et des prises en charges, sur les dépenses de santé et sur la recomposition de l'offre de soins. L'évaluation économique vise à mettre en regard la dépense engendrée avec le niveau d'atteinte des objectifs.

La reproductibilité : il s'agit de mesurer la capacité de l'expérimentation à donner naissance à un modèle systémique et structurant de l'offre ou l'organisation des soins, et sa possible duplication à des échelles territoriales plus larges.

Chaque projet doit faire l'objet d'une évaluation systématique et indépendante. Une cellule d'évaluation des projets réunit les équipes du ministère (Drees) et de la Cnam. Elle supervise les travaux d'évaluation depuis l'autorisation des projets jusqu'à la remise de leur évaluation finale, réalisés par des prestataires externes¹⁷². Cette cellule suit simultanément plus d'une centaine d'évaluations. Sa capacité à produire dans les délais impartis des évaluations de qualité, première étape obligée de la sortie du temps de l'expérimentation, est cependant incertaine¹⁷³.

L'obtention de l'autorisation d'accès aux données indispensables aux évaluations a nécessité de très nombreux échanges avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), en raison de la complexité du dossier. La décision attendue pour janvier 2022 a été accordée en juin 2022¹⁷⁴, ce qui a conduit à resserrer les délais, déjà très courts, de réalisation des certaines évaluations.

¹⁷¹ Cnam, Drees, *Note cadre d'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018)*. Janvier 2018.

¹⁷² Ils sont sélectionnés selon des procédures de marchés publics réalisée par la Cnam, principalement un accord cadre. Les évaluations développées en-dehors de l'accord-cadre concernent les trois projets Peps, Ipep, EDS, compte tenu des enjeux et de leur complexité qui s'y attachent, et certaines expérimentations qui préexistaient à « l'article 51 ». L'évaluation d'EDS est réalisée par un consortium EHESP-Sc.Po-Hospinomics, Ipep et Peps par l'Irdes. La Cnam a engagé vis-à-vis de deux des cabinets de consultants une procédure de « titulaire défaillant » en raison de la qualité estimée insuffisante de leurs travaux. La procédure est close.

¹⁷³ Dans un rapport commandité par la Cnam, deux experts relevaient dès 2020 l'insuffisance de l'effectif de cette cellule pour assurer l'évaluation des projets en cours et à venir ; cf. Mme Christine Meyer, Pr Jean-Claude Moisdon, Rapport de mission : *Mise en place et suivi de la procédure d'évaluation « article 51 »*, octobre 2020.

¹⁷⁴ Délibération n° 2022-072 du 23 juin 2022, portant décision unique et autorisant la Cnam et le ministère de la santé et de la prévention (Drees) à mettre en œuvre des

II - Une priorité à accorder désormais à la sélection des innovations pertinentes et à la préparation de leur généralisation

L'intérêt suscité auprès des porteurs de projets innovants par le cadre de l'article 51 constitue en soi une forme de réussite. Pour autant, le nombre très élevé d'expérimentations, qui ne pourront pas toutes être généralisées, amène à s'interroger sur la stratégie d'ensemble et sur le mode de gestion du dispositif. La sortie du champ expérimental, qui n'est, pour l'essentiel, pas encore engagée plus de quatre ans après le lancement du dispositif, constitue désormais l'étape prioritaire.

A - Une stratégie et des modalités de suivi à redéfinir

1 - Le choix délibéré d'un grand nombre d'expérimentations disparates, sans stratégie suffisamment définie

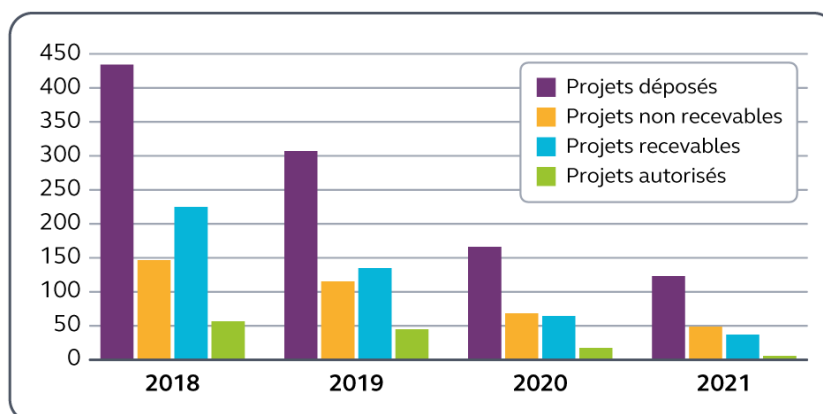
En janvier 2019, face au nombre réduit de projets autorisés (trois), la ministre de la santé a demandé aux directeurs d'ARS d'intensifier le mouvement engagé afin que plusieurs expérimentations aient été engagées dans chaque région avant la fin de l'année 2019. À la suite de cette mobilisation, le nombre de projets présentés a fortement augmenté¹⁷⁵. Cette dynamique est à l'origine de l'important volume de projets actuellement autorisés. La part des projets autorisés a été multipliée par cinq entre 2018 et 2021.

Afin de ne pas écarter *a priori* des initiatives de terrain, les pouvoirs publics ont décidé de ne déterminer ni thématique prioritaire ni nombre maximal de projets à autoriser, au-delà des quelques grandes orientations fixées par la stratégie nationale de santé et les plans nationaux (santé mentale, structuration des soins primaires, maladies chroniques, décroisement de la prise en charge, personnes âgées et handicapées, pertinence et qualité des soins). Les projets à portée nationale sont examinés par le cabinet du ministre au fur et à mesure de leur arrivée, sans vision globale ni comparative entre eux.

traitements automatisés à des fins d'évaluation des expérimentations au titre de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 de LFSS pour 2018. Il convient de souligner le caractère innovant de cette autorisation, qui vaut pour l'ensemble des expérimentations de « l'article 51 ».

¹⁷⁵ De nombreux projets qui consistaient soit en des demandes de subvention soit à des projets de recherche n'ont pas été retenus car ils ne répondaient aux critères de dérogation.

Graphique n° 18 : dynamique de dépôt et d'autorisation des projets depuis 2018 (en nombre de projets)



Source : Cour des comptes, à partir des rapports annuels d'activité au Parlement

Les expérimentations autorisées sont très variées en termes de taille, de délai¹⁷⁶, de territoire de déploiement, de ressources mobilisées, d'objet, d'organisation et de financement ; certaines semblent se faire concurrence. À titre d'exemple, 16 expérimentations portent sur les personnes âgées ; 11 sur l'obésité ; 13 sur la santé mentale.

2 - Quelques expériences particulièrement prometteuses

Les expérimentations « article 51 » préparent deux grandes voies d'évolution des modes de financement : d'une part, des prises en charge forfaitaires pour une meilleure coordination d'une séquence de soins, intégrant des prestations de soins ou des services qui n'étaient jusqu'à présent pas remboursés ; d'autre part, des approches novatrices, comme les expérimentations « paiement en équipe de professionnels de santé » (Peps), « incitation à une prise en charge partagée » (Ipep), « épisode de soins » (EDS), favorisant des prises en charge intégrées et donnant une part plus importante à la rémunération de la qualité et de l'efficacité. D'autres expérimentations apparaissent également très innovantes, comme « *Équilibres* », relative au paiement horaire des infirmiers, ou « *Pharma Osys* », recourant aux pharmaciens d'officine pour apporter une réponse de premier recours à des situations identifiées.

¹⁷⁶ 46 % des expérimentations ont une durée de moins de trois ans ; 54 % de trois à cinq ans.

Trois expérimentations structurantes en matière de rémunération des soignants

L'expérimentation « Épisode de soins » (EDS) teste une rétribution forfaitaire sur la base d'un ensemble continu de soins, alternative à la tarification à l'activité et au paiement à l'acte. Ont été ciblées trois prises en charge chirurgicales¹⁷⁷. EDS vise l'inclusion de 23 347 patients (17 527 inclus en octobre 2022) pour un coût total estimé de 36,6 M€.

L'expérimentation « Paiement en équipe de professionnels de santé » (Peps) consiste à rémunérer un ensemble de professionnels de santé exerçant en structure d'exercice coordonné, de manière globale et collective, en les laissant libres de l'utilisation et de la répartition de cette rémunération forfaitaire, en substitution au paiement à l'acte. Peps vise à inclure 74 982 patients (54 480 inclus en octobre 2022) pour un coût total estimé de 15 M€.

L'expérimentation « Incitation à une prise en charge partagée » (Ipep) vise à inciter collectivement des professionnels de santé volontaires à s'organiser en groupements, pour mettre en place des actions au service de la population : amélioration de l'accès aux soins, de la coordination des prises en charge, de la pertinence des prescriptions médicamenteuses, des actions de prévention. Les groupements pourront recevoir un intéressement collectif en fonction de leur performance, mesurée à partir d'indicateurs de qualité, de l'expérience du patient et de la maîtrise des dépenses. Trente groupements ont été constitués¹⁷⁸, représentant 480 000 patients pour un coût total, complémentaire au paiement à l'acte, estimé à 22,4 M€.

Autorisées en juillet 2019, ces trois expérimentations sont prévues pour une durée de cinq ans. La complexité de leur modélisation laisse penser qu'un report de ce terme n'est pas à exclure.

3 - Une nécessaire revue sélective des projets

Le grand nombre d'expérimentations autorisées rend complexe le tri permettant d'identifier ceux des dispositifs dérogatoires susceptibles d'entrer dans le droit commun.

Le recours à de nouvelles expérimentations devrait désormais être particulièrement sélectif. En tout état de cause, il ne devrait pas être un prétexte pour différer les décisions de modification du cadre législatif ou réglementaire nécessaires à la généralisation de celles des expérimentations déjà engagées, et dont la pertinence ne fait pas de doute.

¹⁷⁷ En orthopédie : la prothèse totale de genou et celle de la hanche ; en chirurgie digestive : la colectomie programmée pour cancer.

¹⁷⁸ Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), MSP, centres de santé, groupements hospitaliers de territoire (GHT), CHU ou CH, dispositifs d'appui à la coordination (DAC).

Des critères de sélection à définir

Tout en continuant à encourager les initiatives locales, le choix des expérimentations autorisées mérite d'être davantage guidé par la stratégie à servir et accompagné de critères de sélection déterminés à cet effet. Ainsi, il pourrait être envisagé de cibler les nouveaux projets sur des thèmes ou des besoins non couverts, de définir la part réservée aux expérimentations à l'initiative des acteurs et celle laissée aux projets ministériels et d'étudier l'intérêt de maintenir une réception des projets au fil de l'eau. Les expérimentations dont les effets attendus sont les plus structurants pour le système de santé pourraient ainsi être privilégiées.

La poursuite ou l'arrêt des expérimentations dont les conditions de mise en œuvre ne sont pas satisfaisantes devraient être décidés, au regard de critères à définir tels que l'insuffisance du nombre de patients inclus¹⁷⁹. Ainsi, l'expérimentation de forfait de réorientation des urgences¹⁸⁰ n'a inclus, au bout de 22 mois, que 18 % des patients prévus. La poursuite de cette expérimentation pourrait, en outre, être réexaminée compte tenu des évolutions intervenues depuis 2020. En effet, dans un contexte d'accroissement des tensions aux urgences, de nouvelles mesures ont été prises afin de réduire la venue spontanée de patients aux urgences.

De manière générale, il serait opportun de réexaminer l'ensemble des projets au regard des évolutions intervenues sur le plan réglementaire, législatif ou conventionnel et de décider, selon le cas, l'arrêt sans suite de l'expérimentation, sa poursuite jusqu'à son terme ou sa généralisation immédiate.

Enfin, compte tenu du grand nombre d'expérimentations dont les objets sont proches, une analyse plus transversale des évaluations est nécessaire. La préparation de la sortie du cadre expérimental ne devrait pas être traitée au cas par cas, mais au vu d'un ensemble de résultats issus d'expérimentations de dispositifs présentant des caractéristiques communes ou interagissant les uns avec les autres.

Des évaluations communes d'innovations de même nature

En 2020, des groupes d'experts ont été constitués pour réaliser des évaluations regroupées de plusieurs expérimentations : c'est le cas de la télésurveillance (huit expérimentations) et de l'obésité (onze expérimentations). Cette approche mérite d'être développée pour d'autres expérimentations, portant par exemple sur la même pathologie ou la même population ou une composante transversale commune (organisationnelle, technologie de santé, etc.).

¹⁷⁹ L'examen des projets laisse apparaître des situations disparates. Ainsi le projet « Topase », autorisée en août 2020, et ayant démarré en décembre 2021 n'incluait aucun patient en octobre 2022 ; « SPADepress », autorisée en janvier 2020 et démarrée à la même date, 13 % seulement.

¹⁸⁰ Autorisée en janvier 2020, elle a démarré en janvier 2021. Son échéance initialement prévue au 31 janvier 2022 a été reportée au 30 avril 2023.

B - Une sortie du cadre expérimental à préparer

Cinq ans après le lancement du programme d'expérimentations relevant de « l'article 51 », deux principaux écueils sont à éviter. Le premier serait de poursuivre les expérimentations de manière prolongée sans échéance précise, au risque de ne pas aboutir à des transformations effectives et générales des organisations en santé, tout en dépassant l'enveloppe financière autorisée. Le second serait de gérer les évolutions du droit commun expérimentation par expérimentation, sans perspective globale, sans méthode générale d'accompagnement des professionnels de santé et sans maîtrise de l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.

Pour réussir l'étape essentielle de la sortie du champ expérimental par des généralisations sélectives, il convient de clarifier les objectifs stratégiques poursuivis et d'asseoir les décisions de généralisation sur un bilan rigoureux de l'expérimentation, identifiant les améliorations attendues en matière de prise en charge des patients et d'impact net sur les dépenses d'assurance maladie.

1 - Une réflexion sur les modalités de sortie encore embryonnaire

À ce jour, seules cinq expérimentations¹⁸¹ sont arrivées à échéance et une seule a été arrêtée, à la demande du porteur. Parmi les 122 expérimentations engagées, 35 arriveront à échéance en 2023 et 38 en 2024.

En 2021, la LFSS pour 2022 a intégré des dispositions permettant de préparer la généralisation pour deux expérimentations lancées avant 2018 et réintégrées dans le dispositif « *article 51* »¹⁸².

Cependant, préparer la généralisation de l'ensemble des expérimentations considérées comme réussies nécessite de définir une méthode de travail ainsi qu'un pilotage très anticipé par rapport aux échéances. Cela suppose notamment de disposer du rapport d'évaluation avant la fin de l'expérimentation, à l'instar du dispositif *France expérimentations*¹⁸³. Or, dans le cas de « *l'article 51* », le législateur a

¹⁸¹ Trois expérimentations antérieures à l'article 51 et réintégrées : Paerpa, MRTC et Ecout'Emoi ; deux expérimentations natives de l'article 51 : Depist'C Pharma et T3T auxquelles il n'a pas été donné suite, au vu des résultats non probants. À la demande de son porteur, l'expérimentation de parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital a été arrêtée de manière anticipée.

¹⁸² « Mission Retrouve ton Cap », qui permet aux enfants de bénéficier d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire, initialement lancée en 2016 par la Cnam ; « Ecout'Emoi », qui permet une prise en charge le plus en amont des jeunes en situation de souffrance psychique grâce à un meilleur accès aux psychologues, initialement lancée en 2021 par la DGS.

¹⁸³ *France expérimentations*, lancé en 2016, est un dispositif interministériel qui permet de lever des blocages juridiques entravant la réalisation de projets innovants d'acteurs économiques (entreprises, associations, etc.), grâce à la mise en place de dérogations, à titre expérimental. Porté par la direction interministérielle de la transformation publique

prévu une restitution du rapport final d'évaluation, six mois au plus tard¹⁸⁴ après la date de fin de l'expérimentation, créant ainsi le risque d'une interruption avant l'éventuelle entrée du dispositif expérimenté dans le droit commun. Une mesure législative introduite dans la LFSS pour 2022¹⁸⁵ rend possible le maintien de l'expérimentation en condition opérationnelle, pour un délai maximal de 18 mois supplémentaires.

2 - Des arbitrages à préparer

L'élaboration d'une stratégie de généralisation est d'autant plus urgente que 35 expérimentations arriveront à terme en 2023 et que le processus a été engagé depuis presque cinq ans sans qu'il se soit traduit par des transformations visibles.

Trois issues possibles sont envisageables pour une expérimentation. La première consiste à tester un passage à plus grande échelle tout en restant dans un cadre expérimental, en particulier pour les expérimentations de petite taille. Celui-ci pourrait être combiné à un nouveau cahier des charges et associer des expérimentations proches, réorientées à cette occasion. La deuxième consiste à autoriser l'entrée dans le droit commun, de manière plus ou moins modulée ou progressive, à travers des évolutions législatives, réglementaires ou des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Enfin, la troisième modalité consiste à décider l'arrêt, au vu d'évaluations négatives.

Le choix des dispositifs à généraliser et la méthode pour y procéder doivent résulter d'une évaluation globale, s'appuyant sur les critères, déjà mentionnés, de reproductibilité, de faisabilité et d'efficacité. L'impact de la généralisation sur l'organisation du système de santé et sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie doit être en particulier être pris en compte.

3 - Une méthode à définir et un processus à piloter

Les travaux de généralisation qui relèvent de la compétence de chaque direction du ministère et de la Cnam devraient être conduits sous l'autorité d'une structure de coordination.

Les actions à engager concernent en particulier les systèmes d'information, l'évolution des compétences et des métiers, la formation et la coordination.

(DITP) et la direction générale des entreprises (DGE), *France Expérimentation* permet de tester des besoins d'adaptation de normes aux innovations.

¹⁸⁴ Dans la pratique, le CTIS demande dans la mesure du possible aux cabinets d'évaluation de transmettre leur rapport final trois mois avant la fin de l'expérimentation.

¹⁸⁵ Article 80 de la LFSS pour 2022.

Les chantiers à venir, dont certains ont déjà été identifiés par le Hcaam¹⁸⁶, auraient dû faire l'objet d'une programmation et d'un pilotage resserré bien avant l'échéance des expérimentations, ce qui aurait raccourci la phase de préparation d'entrée dans le droit commun. À titre d'exemple, les deux expérimentations « Candiss » et « MyDiabby » qui réorganisent le suivi et les soins des femmes enceintes diabétiques grâce à la télésurveillance, ont été prolongées du fait du retard pris pour autoriser la télésurveillance de manière générale.

Les enseignements tirés de la mise en œuvre des expérimentations permettent de cerner les travaux d'envergure qui restent encore à engager pour préparer l'entrée dans le droit commun.

Ainsi, des prérequis techniques et juridiques à atteindre ont d'ores et déjà été repérés par la Cnam¹⁸⁷. Trois principaux chantiers à engager sans tarder ont été identifiés pour préparer la phase de déploiement des trois expérimentations structurantes sur les rémunérations (Peps, Ipep et EDS). Il s'agit du développement d'un cadre de tarification des forfaits, reposant sur l'élaboration d'une nomenclature nouvelle permettant, notamment, de décrire le plus grand nombre possible de forfaits selon des règles communes permettant notamment l'intervention financière des complémentaires de santé¹⁸⁸ ; de l'évolution du cadre juridique pour prévoir et préciser le rôle des structures qui auront à répartir les forfaits reçus entre les professionnels de santé mobilisés ; enfin, de l'adaptation des systèmes d'information pour mettre en œuvre les forfaits.

L'adaptation nécessaire des systèmes d'information

La parcellisation des systèmes d'information en santé et leur insuffisante interopérabilité continuent de freiner le partage d'informations nécessaires pour assurer le suivi continu du patient et la coordination renforcée des interventions des différents professionnels. Une adaptation des systèmes d'information est indispensable, freinée jusqu'ici par les stratégies des éditeurs de logiciels et les limites des stratégies régionales du numérique en santé, qui ont abouti à une grande disparité des modes opératoires et des outils.

Comme le prévoit la stratégie du numérique en santé¹⁸⁹, l'État doit donc veiller à la définition et à la mise en œuvre effective d'un cadre général de normes, pour faciliter les évolutions des systèmes d'information nécessaires au déploiement de nouveaux modes d'organisation et de financement des soins.

¹⁸⁶ Hcaam, *Contribution à la stratégie de transformation du système de santé*, 2018.

¹⁸⁷ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023*, juillet 2022.

¹⁸⁸ En dehors du paiement à l'acte et de la prise en charge du ticket modérateur, il n'existe pas de processus organisé de participation financière des complémentaires de santé, l'assurance maladie étant jusqu'ici le seul financeur des expérimentations.

¹⁸⁹ Ministère de la Santé et de la solidarité, *Feuille de route « accélérer le virage numérique »*, 2019 ; *Stratégie d'accélération « santé numérique »*, 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Présenté comme une rupture avec les pratiques expérimentales antérieures, « l'article 51 » constitue en soi une innovation : par l'approche intersectorielle qu'il couvre pour répondre en particulier aux enjeux de financement partagé entre les acteurs hospitaliers et de soins primaires, par l'encouragement des pratiques collaboratives qu'il porte, et notamment la collaboration inédite entre les services de l'État et de l'assurance maladie, par la méthode de soutien aux porteurs qu'il déploie, enfin par l'évaluation systématique de chaque projet.

Cependant, au vu du grand nombre de projets, l'évaluation des résultats de ces expérimentations et, surtout, l'identification de celles destinées à être généralisées constituent des étapes essentielles, qui restent à franchir. Par ailleurs, l'anticipation des travaux nécessaire à la sortie du cadre expérimental et à la généralisation a jusqu'ici largement fait défaut. L'enjeu est donc désormais, face à la vague d'expérimentations devant arriver à échéance en 2023 et 2024, de réussir la sortie du cadre expérimental et d'engager sans tarder les chantiers d'entrée dans le droit commun, dont la finalité est de répondre aux défis auxquels est confronté le système de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes (ministère de la santé et de la prévention) :

- 12. limiter le flux d'entrée de nouveaux projets, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires ;*
 - 13. procéder à une analyse globale de l'évaluation des expérimentations relevant d'une même thématique et des impacts qui en résulteraient sur le système de santé et les dépenses d'assurance maladie avant de décider de leur généralisation ;*
 - 14. prévoir la généralisation anticipée des expérimentations les plus prometteuses et l'arrêt avant leur terme de celles n'ayant pas répondu aux attentes ;*
 - 15. identifier, dès la mise en œuvre des expérimentations, les conditions pratiques de leur généralisation, notamment en matière de compétences attendues des professionnels de santé ou d'évolution des systèmes d'information de prise en charge des patients et de facturation des soins ;*
 - 16. organiser la conduite des chantiers de généralisation des expérimentations dans un cadre coordonné entre les services de l'État et ceux de l'Assurance maladie.*
-