



**Université
de Rennes**

**Master 2 Mention Santé publique
Parcours : Pilotage des politiques et
actions en santé publique**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **Septembre 2024**

**L'innovation peut-elle être institutionnalisée ?
Analyse d'expérimentations article 51 concernant
les parcours de soins.**

Mila LUCAS



EHESP

Remerciements

Je tiens à exprimer ma gratitude à Monsieur François-Xavier Schweyer pour m'avoir encadrée, accompagnée et conseillée tout au long de la réalisation de ce mémoire de recherche.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à ma tutrice de stage Madame Claire Oget-Gendre pour avoir été à l'écoute et de m'avoir guidée tout au long du stage.

Je remercie chaleureusement Madame la Rapporteuse générale du Conseil stratégique de l'innovation en santé de m'avoir accueillie au sein de l'équipe nationale dédiée à l'article 51.

Un grand merci à tous les membres de l'équipe nationale dédiée à l'article 51 pour la disponibilité dont ils ont fait preuve et pour m'avoir permis de travailler à leurs côtés.

Je tiens également à remercier toutes les personnes interrogées et rencontrées dans le cadre de ce mémoire.

Je souhaite remercier Monsieur Arnaud Campéon et Madame Alis Sopadzhiyan pour leur accompagnement dans le cadre de l'unité d'enseignement professionnalisation et pour la note de cadrage qui a été utile à la rédaction de ce mémoire.

Enfin, je remercie toutes les personnes ayant contribué à la relecture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	15
Partie 1. Le processus de construction d'un parcours expérimental à partir d'une invention	23
1.1 Entrer dans un processus d'innovation organisationnelle et financière	23
1.1.1 L'article 51, un cadre dérogatoire normé	23
a) L'article 51, un espace d'innovation encadré par des dispositions législatives et réglementaires.....	23
b) L'expérimentation, un cadre d'action à part entière.....	25
1.1.2 Le processus de sélection des futures expérimentations	27
a) Au niveau national	27
b) Au niveau régional	28
1.1.3 Faire le pari de l'innovation	30
a) Un cadre d'action entre organisation et incertitude	30
b) Des préoccupations initiales différentes selon les acteurs.....	32
1.2 Besoins des territoires, initiatives des acteurs et sens de l'innovation	34
1.2.1 L'article 51, un processus collectif pour répondre aux besoins des professionnels de santé	34
a) Impliquer les acteurs locaux dans le processus de construction de l'expérimentation	34
b) Trouver une réponse à des problèmes quotidiens	36
1.2.2 La posture des acteurs face au dispositif article 51 et au processus d'innovation	37
a) L'article 51 une nouvelle réponse à des problèmes persistants malgré une logique de transformation du système de santé.....	37
b) L'article 51, plus qu'une simple voie de financement	39
1.2.3 Le caractère innovant au sens de l'article 51.....	40

a)	Paradoxe vécu de l'innovation dans l'article 51	40
b)	Innover selon les règles	42
1.3	Le parcours, un outil au service de l'innovation organisationnelle article 51	44
1.3.1	Raisonner en matière de parcours	44
a)	La démarche d'innovation : une rupture utile à la construction d'une expérimentation parcours	44
b)	Construire un parcours qui s'inspire de l'existant pour s'en démarquer	45
1.3.2	La construction d'une expérimentation parcours, un travail de trajectoire	48
a)	L'entrée dans le parcours, un moment crucial des expérimentations parcours ...	48
b)	Adopter la logique de la trajectoire de maladie pour délimiter le périmètre d'une expérimentation parcours et ses acteurs	49
Partie 2.	Le parcours, un outil au cœur de la démarche d'innovation organisationnelle et financière article 51	53
2.1	Les possibilités offertes par une expérimentation parcours	53
2.1.1	Le financement dérogatoire d'une expérimentation parcours	53
a)	Liberté d'action	53
b)	Effets sur le parcours, vers une approche plus globale et personnalisée	55
2.1.2	Favoriser une approche holistique du patient et de son parcours	59
a)	Visualiser un parcours personnalisé	59
b)	Bénéfices d'une approche holistique pour les acteurs d'un parcours	61
2.1.3	Le parcours, une approche devenue nécessaire pour aider à la gestion des maladies chroniques	63
a)	Maladies chroniques et contingences	63
b)	Le patient acteur de son parcours, jusqu'à quel point ?	66
2.2	La coordination des professionnels, un élément essentiel et structurant des expérimentations parcours	68
2.2.1	Les différents niveaux de coordination mobilisés dans les expérimentations	68
a)	Différentes coordinations au service d'un parcours	68
b)	Coordonner : structurer et décloisonner malgré la difficulté que cela représente	71

2.2.2	De la coordination au changement de pratiques ?	73
a)	La coordination, un travail complexe à définir	73
b)	Encourager la concertation et les changements de pratiques	75
Partie 3. Pérenniser l'innovation, une nouvelle phase entre construction et intégration		
.....		79
3.1	Préparer la sortie du cadre expérimental, enjeux de pérennisation d'une innovation	
article 51	79
3.1.1	Étayer la décision de généralisation d'une expérimentation.....	79
a)	L'évaluation	79
b)	Les ateliers de fin d'expérimentation : préparer les esprits	82
3.1.2	Institutionnaliser une innovation article 51 : enjeux d'intégration dans le droit commun.....	84
a)	Entrer dans une période transitoire, un sas avant l'entrée dans le droit commun.....	84
b)	Mettre en cohérence des dynamiques de réforme parallèles.....	86
3.2	Créer une innovation parcours et pérenniser le changement	89
3.2.1	Le parcours coordonné renforcé, un vecteur de sortie innovant	89
a)	La mesure et ses principes : une innovation financière.....	89
b)	Construire un parcours coordonné renforcé : l'exemple du parcours addictions .	91
3.2.2	Pérenniser des innovation parcours : faire face à des enjeux de changements institutionnels.....	94
a)	Mobiliser les acteurs pour pérenniser l'innovation	94
b)	Pérenniser l'innovation et envisager l'avenir du dispositif.....	97
Conclusion		100
Bibliographie.....		103
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

ACI : Accord conventionnel interprofessionnel

ACO : *Accountable Care Organizations*

ALD : Affection de longue durée

AMI : Appel à manifestation d'intérêt

APA : Activité physique adaptée

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CAI : Crédits d'amorçage et d'ingénierie

CDS : Centre de santé

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé

CSP : Code de la santé publique

CSS : Code de la sécurité sociale

CTIS : Comité technique de l'innovation en santé

DCGDR : Direction de la coordination et de la gestion du risque

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DirAC : Direction d'administration centrale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESP : Equipe de soins primaires

ETAPES : Expérimentations de la télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

ETP : Education thérapeutique du patient
FIR : Fonds d'intervention régional
FISS : Fonds pour l'innovation du système de santé
HAS : Haute autorité de santé
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IDEL : Infirmier diplômé d'Etat en libéral
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IPA : Infirmier en pratique avancée
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MSMA : Microstructure médicale addictions
MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
PCMH : *Patient-centered medical home*
PCR : Parcours coordonné renforcé
PPS : Plan personnalisé de santé
RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle
SGMCAS : Secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales
SMR : Soins médicaux et de réadaptation
UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

Table des figures

Figure 1 : Etat de l'instruction des projets au 31 août 2023.....p.30

Introduction

- La genèse de l'étude

Ce mémoire prend racine dans un terrain de stage d'une durée de 24 semaines au Ministère de la Santé au sein de l'équipe nationale dédiée à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (LFSS). L'objet de ce mémoire s'est construit au fil de la réalisation de différentes missions exécutées en immersion au sein de l'équipe chargée du pilotage du dispositif article 51.

Sous l'autorité de la Rapporteuse générale du Conseil stratégique de l'innovations en santé (CSIS), le rôle des huit membres de cette équipe est de piloter et d'accompagner le développement des expérimentations autorisées au titre de l'article 51. A la date du 1^{er} avril 2024, 148 expérimentations ont été autorisées depuis 2018, dont 104 sont en cours de déploiement. Cette équipe a également pour mission de produire annuellement un rapport au Parlement qui donne une vision globale de l'avancée du dispositif et de son actualité. La Rapporteuse générale est rattachée au Secrétariat général des Ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS). Cependant, l'équipe nationale dédiée à l'article 51 n'a pas encore « atterri » institutionnellement selon l'expression de la Rapporteuse générale, ce qui signifie que l'équipe nationale dédiée n'apparaît pas officiellement sur l'organigramme du SGMCAS.

L'objet de ce stage est d'assister l'équipe nationale dédiée dans l'accompagnement des projets article 51 et dans la conception du rapport au Parlement 2024. Les missions qui ont jalonné ce stage sont diverses et ont permis d'appréhender la mission de l'équipe dans sa globalité. Il a pu s'agir d'analyser de nouveaux projets d'expérimentation afin d'étudier leur éligibilité au titre du dispositif. Une des missions a été de participer à l'instruction d'un projet d'expérimentation en lien avec le porteur du projet et une Agence régionale de santé (ARS). L'enjeu de cette mission a été d'accompagner et de guider le porteur du projet dans la rédaction du cahier des charges de cette expérimentation d'un suivi renforcé entre médecin et infirmier en pratique avancée (IPA). Deux autres missions ont porté sur des expérimentations arrivant en fin de période expérimentale. Il s'est agi de participer à la préparation des suites à donner à ces expérimentations en appui des membres de l'équipe chargés du suivi de ces expérimentations. A titre d'exemple, sous la supervision du référent chargé d'une expérimentation consacrée aux addictions (Cf. *infra*. p.19), la mission a consisté à participer aux travaux de généralisation de cette expérimentation et notamment à des réunions dédiées. Ce stage ayant été jalonné de nombreuses réunions, la rédaction des comptes rendus a fait partie des missions. Chaque semestre, l'équipe nationale dédiée produit un « atlas »

qui regroupe des présentations de toutes les expérimentations en cours¹. La mise à jour de ce document a également été une de mes missions.

Ces missions ont nourri et inspiré le dispositif d'enquête qui fonde ce travail de recherche autour de la démarche d'innovation développée au sein du dispositif article 51. La problématisation qui suit est organisée en axes afin de décomposer l'analyse qui conduit à l'annonce de l'objet du mémoire. Tout d'abord, il s'agit d'inscrire le dispositif article 51 dans le contexte de transformation du système de santé auquel il participe. Ensuite, nous allons examiner la nature du dispositif et la manière dont il est pensé pour accompagner les réformes du système de santé.

- Axe 1 : Un contexte de transformation du système de santé
 - a. Modèle historique, entre approche curative, paiement à l'acte et cloisonnement

Le modèle du système de santé français est historiquement fondé sur une approche curative et individuelle. Ce modèle se caractérise également par la place centrale occupée par l'hôpital et plus généralement par le secteur sanitaire (Hassenteufel et al., 2020, p.14 ; Schweyer et al., 2022, p.1 ; Varroud-Vial, 2019, p.11). Outre l'organisation, le système de santé français repose également sur un mode de financement traditionnel. Les professionnels de santé libéraux sont, en effet, principalement rémunérés à l'acte depuis le XIX^{ème} siècle (Bras, 2017, p.72 ; Marin, 2021, p.415²). L'action publique en santé cherche à réformer ce modèle en le réorganisant en encourageant un virage ambulatoire, c'est-à-dire un rééquilibrage entre soins hospitaliers et soins de ville (Hassenteufel et al., 2020, p.14). Néanmoins, le système de santé est confronté à des difficultés organisationnelles de partage entre les différents secteurs et notamment les soins de ville et l'hôpital. Dans une logique curative et individuelle, cette absence d'articulation concerne également le secteur social et médico-social (Hassenteufel et al., 2020, p.14; Schweyer et al., 2022, p.1). C'est pourquoi l'enjeu est également de décroisonner les différents secteurs en développant la coordination soit l'articulation entre les professionnels et leurs interventions (Bloch & Hénaut, 2014, p.3). Néanmoins, le décroisonnement du système semble constituer un défi organisationnel et structurel au vu de la problématique générale qu'il soulève. En effet, la coordination constitue un problème pour les professionnels qui éprouvent des difficultés à collaborer au quotidien du fait du fonctionnement en silo du système, ce qui influe sur la capacité des professionnels à orienter le

¹Expérimenter et innover pour mieux soigner. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 21 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

²En raison du format numérique de cet article de revue, seule la première page est indiquée.

patient (Bloch & Hénaut, 2014, p.4). De manière générale, la nécessité de décloisonner le système de santé et d'articuler les interventions des professionnels semble s'inscrire dans un changement de logique qui vise l'adoption d'une logique qui ne soit pas uniquement curative et individuelle. Ainsi, la dynamique actuelle de réforme tente de dépasser ce modèle centré sur les soins pour y adjoindre une approche préventive et populationnelle, c'est-à-dire prenant en compte les conditions de vie d'une population sur un territoire (Schweyer et al., 2022, p.2). Néanmoins, ce changement logique semble devoir passer par la mise en place de nouvelles formes d'organisation afin de réformer et de structurer l'offre de santé en surmontant les rigidités organisationnelles du système.

- b. L'expérimentation, une voie de transformation

L'expérimentation est un mode d'action publique qui, depuis une vingtaine d'années est utilisée pour réformer l'action publique en santé (Cours des comptes, 2023, p.147 ; Gaudin, 2007, p.7). En tant que forme renouvelée d'action publique, l'expérimentation s'est progressivement diffusée en France, comme en témoigne son inscription dans la Constitution à l'article 37-1 à l'occasion de la révision constitutionnelle de 2003 (Gaudin, 2007, p.219 ; Marin, 2021, p.415). L'expérimentation peut être perçue comme un instrument propice à l'accompagnement des réformes du système de santé puisqu'elle permet de tester de nouvelles manières de faire, de proposer des solutions dans un cadre circonscrit avant de s'appliquer à l'ensemble du système (Cour des comptes, 2023, p.148). Dans cette optique, 23 expérimentations ont été initiées entre 2007 et 2017 afin de tenter de décloisonner le système de santé grâce à des initiatives venant du terrain (Cour des comptes, 2023, p.149). Cependant, une expérimentation a vocation à être diffusée par le biais de sa généralisation, ce qui a concerné peu de ces dites expérimentations (Cour des comptes, 2023, p.149 ; Gaudin, 2007, p.225). Nous pouvons préciser que chacune de ces expérimentations a été autorisée dans le cadre d'une LFSS. Ce qui implique que le cadre dérogatoire de chacune a été fixé par une loi nécessitant préparation et adoption, il en a été de même pour tous les ajustements qui ont dû faire l'objet d'une nouvelle loi (Cour des comptes, 2023, p.149).

Ainsi, le dispositif article 51 semble se distinguer des expériences passées en instaurant un cadre juridique générique propice à l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation et de financement (Lemaire et al., 2020, p.35 ; Marin, 2021, p.415). Le principe de l'article 51 est, en effet, fondé sur la dérogation au droit commun qui permet d'expérimenter de nouvelles organisations de santé reposant sur des modes de financement dérogatoires (Bourgeois et al, 2021. p.1). Ces nouvelles formes d'organisation qu'il s'agit d'expérimenter afin de contribuer à la réforme du système de santé, sont qualifiées « d'innovations organisationnelles » par l'Organisation Mondiale

de la Santé (OMS) (Cour des comptes, 2023, p. 148). Le lien entre démarche expérimentale et innovation à des fins de réforme de l'organisation et du financement du système de santé apparaît clairement dans les réformes menées depuis 2010 aux Etats-Unis. En effet, *le Patient Protection and Affordable Care Act* ou « Obamacare » semble accorder une place centrale à l'expérimentation et à l'innovation dans la dynamique de réforme du système de santé (Marin et al., 2020, p.527 ; Pelletan, 2022, p. 1 ; 4-5). Dans cette optique, la réforme par l'expérimentation passe par la création d'une structure dédiée à l'innovation organisationnelle et financière qu'est le *Center for Medicare & Medicaid Innovation* (Marin et al., 2020, p.527 ; Pelletan, 2022, p.2). Cette structure définit le cadre des modèles expérimentés, parmi lesquels certains semblent avoir inspirés des expérimentations article 51. Il s'agit, d'une part, des *Accountable Care Organizations* (ACO), un modèle de prise en charge coordonnée par divers offreurs de soins reposant sur un intéressement, qui a inspiré une expérimentation de prise en charge partagée basée sur un intéressement collectif. D'autre part, le programme *Patient-centered medical home* (PCMH), a inspiré une expérimentation sur le même modèle de rémunération forfaitaire collective de professionnels de santé en ville (Marin et al., 2020, p.527 ; Pelletan, 2022, p.4). Ainsi, si le dispositif article 51 a pu s'inspirer du modèle de réforme américain pour tenter de transformer le système de santé français, il s'agit de s'intéresser à l'approche adoptée par l'article 51 afin d'apporter de nouvelles réponses.

- c. Aller vers une médecine de parcours pour répondre à de nouveaux besoins

La notion de parcours semble occuper une place importante et non négligeable dans l'article 51 de la LFSS pour 2018. Plusieurs objectifs du dispositif semblent avoir trait au parcours et notamment à sa structuration et à son amélioration grâce à la coordination des intervenants à cet effet³. Le parcours est une notion relativement récente qui, par sa polysémie, est employé fréquemment dans divers champs dont celui de la santé (Borgetto, 2021, p.393⁴). Il s'agit de tenter de donner une première définition du parcours afin de comprendre ce qui fait qu'un parcours dans le champ de la santé est considéré comme tel. Les métaphores sont un appui apprécié par les référents de l'équipe nationale interrogés sur cette définition. L'un d'eux utilise la métaphore du rail sur lequel le patient est pris en charge sans avoir à réfléchir plus avant. Un autre décrit un chemin sur lequel le patient peut être amené à reculer, à prendre des chemins de traverse ou à faire des boucles. Ces métaphores pointent chacune un aspect différent du parcours et une

³Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1)—*Légifrance*. (s. d.). Consulté 13 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

⁴En raison du format numérique de cet l'article de revue, seule la première page est indiquée.

conception spécifique des objectifs qu'ils poursuit. Pour compléter ces métaphores et avant de donner une définition plus empirique du parcours, nous pouvons caractériser le parcours de manière générique. Il est défini comme un « déplacement déterminé accompli ou à accomplir d'un point à un autre » ainsi que comme « l'espace correspondant » autrement dit le chemin sur lequel le déplacement est effectué⁵. Si l'on applique la notion de parcours au champ de la santé pour continuer à l'appréhender, il peut être compris comme une prise en charge globale du patient qu'il faut accompagner tout au long du processus⁶. Le parcours d'un patient est également influencé par l'évolution de son état de santé. C'est dans cette optique que le parcours peut s'apparenter à une succession d'états (Morin, 2004, p.96). Ces états de santé ou de maladie se succèdent et peuvent être perçus comme définissant un parcours alors que dans l'ouvrage *Parcours de santé*, le terme n'est pas utilisé. Dans le prolongement de cette observation, nous pouvons préciser que l'objectif de ce travail de définition est d'aider à la compréhension de l'objet du mémoire et non pas de remettre en question l'usage du terme officiel employé dans les discours publics ou dans les textes de lois (Bloch & Hénaut, 2014, p.95). Nous pouvons faire l'hypothèse que la non-définition de la notion de parcours permet d'en faire un usage opérationnel et fonctionnel.

Sur un plan réglementaire, le parcours de soins apparu dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, se concentre sur l'accès aux consultations de premier recours en incitant les assurés à désigner un médecin traitant. Par ailleurs, il confie au médecin traitant l'articulation des interventions des différents professionnels de santé pour un patient (Dourgnon et al., 2007, Fournier, 2014, p.69 ; Saison, 2021⁷, p.395). Le médecin traitant est donc également chargé de l'orientation du patient vers d'autres lieux de prise en charge tels les soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁸. Le parcours de soins semble obéir à une vision curative de la prise en charge (Cf. *supra*. p.2). Le parcours de santé relève d'une compréhension plus large du parcours et de ses étapes. Il adjoit au parcours de soins curatif, des actions appartenant au champ de la prévention comme des recommandations nutritionnelles et de l'accompagnement médico-social et social. Un tel accompagnement peut, par exemple, permettre le maintien à domicile d'une personne âgée

⁵PARCOURS : Définition de PARCOURS. (s. d.). Consulté 21 août 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/parcours>

⁶SGMCAS. (2016). *PARCOURS DE SOINS. PARCOURS DE SANTÉ. PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z.*

⁷En raison du format numérique de cet l'article de revue, seule la première page est indiquée.

⁸*Parcours de santé, de soins et de vie.* (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 22 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

(Borgetto 2021, p.393)⁹. L'organisation du parcours de santé est inscrite à l'article L.1411-1 du Code de la santé publique (CSP), en tant qu'axe de la politique de santé. Cet article évoque l'objectif qui sous-tend cet axe :

« Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale. »¹⁰.

Plusieurs notions fondamentales sont définies : tout d'abord, la continuité, essentielle au parcours, se réfère à la triple logique d'organisation préconisée par la Haute Autorité de Santé (HAS). D'une part, la recherche de continuité est centrale dans l'analyse des risques dont le but est d'identifier les points critiques de la prise en charge pour éviter les ruptures de parcours (Marin et al., 2020, p.515). D'autre part, la continuité de la prise en charge est reliée à la continuité territoriale de la prise en charge qui fait écho à l'accessibilité. Elle peut être entendue comme l'accessibilité temporelle et géographique aux soins, services et infrastructures (*accessibility*) et comme l'accessibilité financière à cette même prise en charge (*affordability*) (Penchansky et Thomas, 1981). L'accessibilité temporelle et géographique à une prise en charge renvoie également à la nécessité d'assurer la prise en charge de la population « en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire ». Chaque parcours est intrinsèquement ancré géographiquement sur un territoire, lié à sa population et doit donc être construit grâce aux moyens matériels et humains, infrastructures et professionnels disponibles. Le parcours semble donc se définir par une visée globalisante, en ce sens qu'il tente de dépasser le volet sanitaire restreint à « une prise en charge coordonnée par le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire » (Saison, 2021, p.395) pour y adjoindre les dimensions sociales et médico-sociales. C'est en cela que nous pouvons considérer qu'il participe à la dynamique de réforme actuelle du système de santé (Cf. *supra* p.3). Cette ambition globalisante du parcours semble également se traduire par la considération que les professionnels qui interviennent sur un parcours ont pour la personne au-delà de sa situation pathologique. Concernant la logique de parcours, la HAS insiste sur la nécessité d'analyser « le contexte propre à l'individu » afin de mettre en place son parcours. « Le contexte propre à l'individu » invite les professionnels à inscrire la pathologie de leur patient dans une

⁹*Ibidem*

¹⁰Article L1411-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

compréhension plus globale incluant, notamment, les déterminants de santé tels qu'ils s'expriment chez la personne (Marin et al., 2020, p.515). Dans cette optique, il peut être intéressant d'interroger le point de départ d'un parcours. La question est de savoir si le parcours part du patient ou d'une pathologie. Cette question qui semble renvoyer à un enjeu de construction du parcours se pose particulièrement dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques. En effet, le parcours semble être une approche adaptée à la prise en charge de situations de polyopathie ou de dépendance grâce à l'accompagnement sur la durée qu'il met en œuvre. Dans la même optique, le parcours permet d'assurer la gestion de la maladie chronique et de prévenir les épisodes aigus dans un contexte où la guérison n'est plus pleinement envisageable (Baszanger, 1986, p.11 ; Marin et al., 2020, p.515). Néanmoins, la mise en œuvre de la logique de parcours, c'est-à-dire d'une prise en charge globale par de multiples intervenants semble se heurter au mode de rémunération traditionnel à l'acte (Cf. *supra*. p.2). En effet, ce modèle de financement ne permet pas de rémunérer les prises en charge organisées en parcours (Marin, 2021, p.415). La transformation des modes de financement vers un financement global paraît indispensable à l'organisation du parcours. Le financement représente également un enjeu en matière de coordination des professionnels intervenant sur un parcours puisqu'il s'agit d'encourager une approche collaborative.

- d. L'exercice coordonné, un essentiel de la gestion d'un parcours

Si l'article L.1411-1 du CSP détermine les objectifs du parcours de santé, il évoque également le moyen par lequel ils peuvent être atteints. Il s'agit de la « coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux »¹¹. Afin de saisir les enjeux que recouvre l'articulation des professionnels autour d'un parcours (Bloch & Hénaut, 2014, p.3), il semble pertinent de s'appuyer sur les structures d'exercice coordonné que sont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)¹² et les Centres de Santé (CDS)¹³ ainsi que sur les équipes de soins primaires (ESP)¹⁴. Ces modes d'organisation sont dits d'exercice coordonné car les professionnels exercent en appliquant un projet de santé. Ce projet de santé vise à harmoniser les pratiques des professionnels qui partagent ainsi une vision commune de la prise en charge de leurs patients et de leurs parcours (Marin et al., 2020, p.516). Hormis cette idée de partage de valeurs et de vision commune, ces structures

¹¹*Ibidem*

¹²Article L6323-3—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615

¹³DGOS. (s. d.). *Guide relatif aux centres de santé*. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf

¹⁴Article L1411-11-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353

d'exercice coordonné doivent permettre avant tout un partage d'informations entre les professionnels. Partage d'informations qui est essentiel au parcours du patient et qui en est également un des principaux obstacles (Saison, 2021, p.395 ; Vezinat, 2019, p. 24). Ainsi, comme en dispose l'article 1411-1 du CSP, la coordination doit assurer la continuité, la qualité, la sécurité et l'efficacité des prises en charge. La coordination des professionnels paraît d'autant plus essentielle que les professionnels impliqués dans le parcours du patient sont nombreux à intervenir de manière successive ou simultanée (Marin et al., 2020, p. 515).

La coordination est donc un moyen de mise en œuvre du parcours du patient et plus précisément un prérequis à l'organisation de ce parcours. La coordination permet de faire le lien avec une autre composante indispensable du parcours, son financement. En effet, pour saisir la nature du parcours du patient, la question des modalités de financement de ce parcours et de rémunération des professionnels est incontournable. L'Accord national des centres de santé signé en juillet 2015 introduit une rémunération forfaitaire spécifique aux CDS qui « a pour objectif de permettre aux centres de santé d'optimiser leur organisation en renforçant notamment la coordination et les échanges d'information entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients ». Le travail en équipe et la coordination constituent le deuxième axe des « engagements socles et prérequis » qui conditionnent le calcul de cette rémunération spécifique¹⁵. Ce qui ressort principalement à la lecture des engagements relatifs au travail en équipe et à la coordination est l'obligation de dégager du temps de coordination. En effet, la coordination peut prendre plusieurs formes mais elle ne semble pas pouvoir être mise en œuvre si du temps dédié ne lui est pas consacré par les professionnels. Ce financement de la coordination des professionnels est d'ailleurs étendu en MSP par la signature de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) en avril 2017¹⁶. Si l'article 51 n'est donc pas l'unique mode de financement de la coordination, il s'agit de questionner l'apport que peut représenter ce financement dérogatoire en matière de coordination et de structuration des parcours expérimentés. Il s'agit également d'examiner un potentiel apport en matière de collaboration des professionnels et de changement de pratiques.

- Axe 2 : L'article 51, un instrument innovant pour accompagner les réformes

Toujours dans la perspective de construction de l'objet de ce mémoire, nous allons revenir de manière plus détaillée sur les objectifs du dispositif et sur son fonctionnement.

¹⁵Centre de santé et assurance maladie. (s. d.). <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Presentation-accord-national-centres-sante.pdf>

¹⁶ACI pour les structures de santé. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-referance/accord-national-structure-sante/aci-pour-les-structures-de-sante>

- Les objectifs du dispositif article 51, accompagner les réformes en adoptant une démarche innovante

L'objectif général de l'article 51 est de faire émerger des expérimentations proposant des organisations innovantes ainsi que des modes de financement innovants participant à améliorer la prévention en santé, la prise en charge et le parcours du patient, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins¹⁷. Ainsi, pour être autorisées dans ce cadre, les expérimentations doivent poursuivre au moins l'un des objectifs suivants que sont, par exemple, une meilleure coordination du parcours de santé ou une plus grande pertinence et qualité de la prise en charge. Elles peuvent aussi concourir à l'organisation d'une séquence de soins ou au développement des modes d'exercice coordonné. Enfin, elles peuvent viser le renforcement de la présence de professionnels de santé dans des zones sous-denses caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins¹⁸. Cette série d'objectif semble s'inscrire dans la continuité d'une dynamique de réforme déjà engagée comme en témoignent les lois n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Cette participation à une dynamique de réforme apparaît également dans les liens pouvant être établis entre les expérimentations et les priorités ministérielles. En effet, comme le montre le Rapport au Parlement produit par l'équipe nationale dédiée, les expérimentations permettent de mettre en œuvre et de décliner des priorités ministérielles telles qu'elles figurent, par exemple, dans la Stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022 », dans la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 ou encore dans la Feuille de route du numérique en santé 2023-2027. (Annexes du Rapport au Parlement, 2023, p.47-53).

Si les objectifs de l'article 51 sont cohérents avec une dynamique de réforme déjà engagée, il semblerait que l'enjeu soit d'adopter une nouvelle manière de conduire et d'accompagner ces réformes. L'article 51 aspire, en effet, à réformer grâce à des organisations et des financements innovants. La singularité du dispositif résiderait dans un caractère innovant qu'il est nécessaire d'examiner et d'interroger. Nous pouvons, à cet effet, donner une première définition d'une innovation organisationnelle en santé : « [...] innovation de procédés, non technologiques, qui englobe les nouvelles pratiques managériales, les nouvelles stratégies, procédures, politiques et structures organisationnelles. » (Grandclaude et al., 2021, p.332). Cette définition met en exergue

¹⁷Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1)—*Légifrance. Op.cit.*

¹⁸*Ibidem*

l'existence de différents types d'innovation dont l'innovation organisationnelle qui se distingue d'une innovation au sens technologique du terme, c'est-à-dire une innovation de produit qui pourrait consister en l'invention d'un nouvel objet (Alter, 2013, p. 10-11 ; 116). Outre l'organisation, l'article 51 cherche à innover en matière de financement de ces organisations. Ainsi, l'innovation article 51 est une innovation non seulement organisationnelle mais qui est, en un sens, soutenue par une innovation financière. Innovation financière qui consisterait à mettre en place, à organiser un mode de financement adapté à l'organisation innovante qu'il s'agit de tester. Nous pouvons cependant préciser que les dérogations au titre de l'article 51 sont soit financières soit organisationnelles mais qu'il n'y a pas d'obligation de déroger aux deux volets pour voir une expérimentation autorisée. Néanmoins, nous observons que, jusqu'à présent, les expérimentations autorisées semblent allier nouvelles organisations et financements dérogatoires. Ainsi, nous pouvons interroger le lien qui semble exister entre organisation et financement dans une perspective de réforme du système de santé et de son organisation. Cette démarche innovatrice portée par l'article 51 fait appel à de divers acteurs du système de santé.

- Panorama des acteurs impliqués

Si la Rapporteuse générale et l'équipe nationale dédiée pilotent le dispositif article 51, d'autres acteurs participent à son fonctionnement. La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) joue un rôle quant à la construction des modèles économiques des expérimentations, quant à l'élaboration de conventions de financement et quant au suivi de la facturation et de la mise en œuvre. Par ailleurs, elle prend part au processus d'évaluation des expérimentations au sein de la cellule d'évaluation composée de la CNAM et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Sous l'égide d'un responsable de l'innovation article 51, cette équipe CNAM participe au pilotage du dispositif en complémentarité avec l'équipe nationale dédiée. Dans chaque Direction d'administration centrale (DirAC) que sont la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), un référent article 51 suit le dispositif et assure l'interface entre l'équipe nationale et les bureaux des DirAC. Dans chaque ARS un référent régional article 51 assure le suivi du déploiement du dispositif en région, il est l'interlocuteur privilégié des porteurs de projets régionaux. Le référent régional article 51 fait fonction d'intermédiaire entre les porteurs de projets régionaux et l'équipe nationale dédiée. Un référent article 51 est également identifié dans chaque Direction de la coordination et de la gestion du risque (DCGDR) pour accompagner les porteurs dans la construction de leur projet en lien avec le référent régional et l'ARS. Le référent DCGDR est également chargé de coordonner l'action de la Caisse

primaire d'assurance maladie (CPAM) relativement aux expérimentations (Bourgeois et al., 2021, p. 2)¹⁹.

Le dispositif article 51 repose sur deux instances de décision. D'une part, le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) qui est animé par la Rapporteuse générale et composé « de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé »²⁰. Il émet un avis sur l'autorisation des projets en s'attachant à leur mode de financement ainsi qu'à leurs modalités d'évaluation et à leur champ d'application territorial²¹. Il se prononce également quant à l'opportunité de généraliser les expérimentations. Le CTIS se réunit mensuellement afin d'informer les acteurs sur l'avancée du dispositif et sur les sujets qui appellent une décision formalisée tels que les suites à donner à une expérimentation. Une réunion hebdomadaire fait, d'après un référent de l'équipe nationale dédiée, office de CTIS pour les affaires courantes. C'est également lors de ces réunions hebdomadaires que le CTIS mensuel est préparé. Quant au CSIS, il est composé de 62 membres représentant la diversité des acteurs du système de santé dont, à titre d'exemple, des membres du Conseil national de l'Ordre des médecins, (CNOM), de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), d'Unicancer et de France assos santé²².

Il se réunit deux fois par an et se prononce sur les grandes orientations du dispositif. Il permet également de donner la parole à des porteurs de projets par le biais de retours d'expérience. En dehors des réunions plénières, il est sollicité afin de rendre un avis sur l'opportunité de généraliser les expérimentations arrivant à leur terme (Morize et al., 2021, p.3).

Cette description des acteurs impliqués a pour but d'illustrer leur diversité. Cette diversité invite à s'interroger sur la manière dont l'ensemble de ces acteurs parviennent à coopérer et à accompagner la démarche innovatrice portée par l'article 51. Ce panorama des acteurs met en avant la manière dont les instances de pilotage du dispositif semblent être intégrées aux différentes administrations participant du système de santé. Ce qui peut nous amener à nous demander dans quelle mesure la logique de l'innovation parvient à influencer sur l'élaboration des politiques publiques en santé.

Pour appuyer le fonctionnement du dispositif, l'Accélérateur est un outil, qui semble participer au caractère innovant de l'article 51. Il permet d'accompagner les porteurs lors d'ateliers

¹⁹LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PORTEURS DE PROJET ARTICLE 51. (2020). https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/A51_Livret_accompagnement_porteur_VJuillet2020%28003%29.pdf

²⁰Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1)—Légifrance. Op.cit.

²¹Ibidem

²²Arrêté du 29 mars 2018 modifiant l'arrêté du 28 février 2018 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil stratégique de l'innovation en santé.

dédiés à leur projet ou à leur expérimentation tout au long du processus. A titre d'exemple, les ateliers proposés sont : des ateliers d'accompagnement à la rédaction du cahier des charges, des ateliers de mise en œuvre au lancement des expérimentations ou encore un atelier de fin d'expérimentation permet d'envisager les suites possibles des expérimentations. Des ateliers de capitalisation sur une thématique peuvent également être organisés réunissant ainsi plusieurs expérimentations. Ces ateliers doivent être examinés en tant qu'espace de dialogue entre les différents acteurs et les porteurs de projets. L'Accélérateur et les ateliers permettent de commencer à appréhender le processus que paraît constituer l'innovation.

- Objet du mémoire

Nous pouvons faire l'hypothèse que l'article 51 de la LFSS pour 2018 crée un instrument d'action publique. Le cadre dérogatoire issu de cet article peut s'apparenter à un instrument d'action publique défini comme « un type d'institution sociale » (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.14). En effet, le cadre dérogatoire instauré par l'article 51 semble constituer « un ensemble de règles et de procédures » qui encadre les comportements des acteurs, qu'il s'agisse de ceux des acteurs administratifs et des instances de pilotage ou de ceux des porteurs de projets et des professionnels expérimentateurs (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.15-16). Nous pouvons donc considérer que le dispositif article 51 est un instrument d'action publique qui structure l'action collective des acteurs impliqués dans la démarche d'innovation. Néanmoins, l'instrument comme institution sociale établit un cadre d'action qui permet de réduire les incertitudes (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.15). Or, puisqu'en tant qu'instrument, le dispositif article 51 tente de se démarquer par son caractère innovant, l'incertitude semble être une composante irréductible de l'innovation organisationnelle. Cet instrument doit, ainsi, établir un cadre qui permette de structurer l'action collective tout en composant avec l'incertitude (Alter, 2013, p.3). Le cadre dérogatoire semble pouvoir être considéré comme un instrument d'action publique parce qu'il est institué et reconnu par l'article de la LFSS. Cependant, nous pouvons considérer que ses frontières, ses contours peuvent se discuter. Les expérimentations sont, en effet, des espaces qui ont pour objectif de sortir du cadre institué du système de santé grâce au caractère dérogatoire. Dès lors, bien qu'étant autorisées à ce titre, on peut se demander si elles sont instituées. C'est pour cette raison que le terme de dispositif sera utilisé au même titre que celui d'instrument pour se référer au cadre dérogatoire et expérimental article 51. De même qu'un instrument, le dispositif article 51 offre des ressources et des capacités d'actions aux acteurs qui s'y impliquent (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.16). C'est dans cette optique que nous proposons de considérer que le parcours est un outil qui permet d'utiliser cet instrument de manière opérationnelle ; bien que nous ne retenions pas la

distinction entre technique et outil établie par Lascoumes et Le Galès (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.15). Outil dont les acteurs se saisissent pour exercer leurs capacités d'action qui grâce au caractère dérogatoire s'apparentent à une certaine liberté d'action.

Nous allons, ainsi, interroger la création d'une innovation organisationnelle et financière dans le cadre article 51, *via* l'outil qu'est le parcours et ce précisément en s'intéressant à la manière dont il est construit et mis en œuvre grâce aux capacités d'action offertes par le cadre dérogatoire. En ce qui concerne la définition du parcours, nous considérons qu'un parcours renvoie à un accompagnement global et au long cours d'une personne. Cependant, nous ne retenons ni la dénomination « parcours de soins » au sens de la loi du 13 août 2004 jugée trop restrictive, ni celle de « parcours de santé » à cause de la place importante accordée à la prévention, qui ne semble pas suffisamment significative dans les expérimentations parcours pour justifier cette appellation. Ce parcours sera examiné à l'aune de la notion de « trajectoire de maladie » théorisée par Anselm Strauss. Cette conception paraît, d'une part, adaptée à l'étude d'un parcours globalisant dans un contexte de chronicisation des maladies. D'autre part, elle permet de mettre en lumière un double travail de trajectoire, celui relevant du parcours du patient et celui ayant trait à la l'articulation des différents professionnels qui est essentielle à la réalisation du parcours.

Ainsi, si nous allons nous concentrer sur les innovations parcours créées dans le cadre de l'article 51, nous allons considérer que l'innovation est un processus (Alter, 2013, p.9). L'innovation n'apparaît en tant que telle qu'à l'issue d'un processus de développement qui se clôt sur l'institutionnalisation de ce qui est, en un sens, devenu une innovation (Alter, 2013, p.94 ; 105). Ce processus peut être appréhendé grâce au vocabulaire utilisé dans le cadre du dispositif article 51. Il s'agit, ainsi, d'examiner les mécanismes par lesquels un projet devient une expérimentation qui peut *in fine* être transformée en innovation. Enfin, puisque le dispositif article 51 s'inscrit dans une dynamique de réforme, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ce processus d'innovation participe à la transformation du système de santé. Nous pouvons considérer que la transformation du système de santé voulue par l'article 51 amène à un changement en faveur d'une logique de parcours globalisante, coordonnée et décloisonnée. Il semblerait que la diffusion d'une logique d'innovation chez les acteurs participant du système de santé soit indispensable pour contribuer à la transformation du système.

Nous pouvons synthétiser le questionnement qui guide ce mémoire de la manière suivante :
Peut-on organiser et financer un parcours coordonné et pluriprofessionnel par le biais d'un instrument d'action publique réputé innovant et porteur de changement ?

Dans un premier temps, il s'agit d'examiner le début du processus d'innovation qui renouvelle la construction du parcours pour apporter de nouvelles réponses innovantes (Partie 1.). Ensuite, seront analysés les éléments qui font du parcours un outil incontournable dans une démarche expérimentale visant la transformation du système de santé (Partie 2.). Enfin, il convient d'étudier les enjeux de pérennisation de l'innovation parcours dans une perspective de diffusion d'une logique de changement (Partie 3.).

Méthodologie

Ce mémoire s'appuie en premier lieu sur une revue de littérature initiée en amont du stage afin de s'acculturer à l'article 51 de la LFSS pour 2018 et de cerner le sujet de ce mémoire. Cette revue de littérature a mêlé littérature académique sur des sujets tels que l'innovation organisationnelle, la coordination des professionnels ou encore l'émergence de la notion de parcours ; et littérature grise notamment les rapports au Parlement sur les expérimentations innovantes en santé produits annuellement par l'équipe nationale dédiée à l'article 51. La Rapporteuse ayant mentionné la réalisation d'un rapport par la Cour des comptes sur l'article 51 et sur l'évolution du dispositif, le dit rapport a été consulté dans le cadre de la revue de littérature. Pour ce qui est de la littérature académique, la revue de littérature a été effectuée principalement avec la base de données Cairn et à l'aide du catalogue de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP). Les principaux termes recherchés sont « article 51 », « innovation », « organisation », « parcours de soins », « parcours de santé », « coordination », « maladie chronique », « exercice coordonné », « instrument d'action publique » ou encore « outil ».

Le cadrage théorique a été affiné avec l'aide de mon directeur de mémoire qui m'a conseillé des ouvrages et des articles scientifiques. Nous pouvons noter que le dispositif article 51 étant relativement récent, la littérature dédiée est encore peu fournie notamment en ce qui concerne le pilotage du dispositif et son fonctionnement. On remarque qu'il y a davantage d'articles consacrés aux expérimentations nationales portées par le ministère et l'assurance maladie qu'aux expérimentations régionales. L'objectif de ce mémoire étant de mettre en perspective les apports de l'article 51 en matière d'organisation du parcours, la revue de littérature ne s'est pas uniquement concentrée sur l'article 51 mais également sur des outils tels que les réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) ou le chemin clinique. Sur ce point, la documentation produite par la Haute Autorité de Santé a été mobilisée.

Ce mémoire est également étayé par de la littérature interne à l'équipe nationale dédiée qui a été consultée et analysée tout au long du stage. Il s'agit, par exemple, des rapports intermédiaires d'évaluation des expérimentations qui ne sont pas publiés ou encore d'un guide à usage interne décrivant le fonctionnement du dispositif. La rubrique consacrée à l'article 51 sur le site internet du ministère et les documents qu'elle contient ont été grandement utilisés dans le cadre de ce mémoire. Cette rubrique regroupe les documents relatifs à toutes les expérimentations

article 51, en cours²³, terminées²⁴ ou en attente de généralisation²⁵. Il s'agit, par exemple, du cahier des charges, de l'avis CTIS d'autorisation, d'une carte de présentation de l'expérimentation ou encore du rapport final d'évaluation pour les expérimentations terminées. Dans un souci d'anonymisation, les noms des expérimentations analysées ont été remplacés par des dénominations décrivant l'objet de l'expérimentation. Dans la même optique, les cahiers des charges ou les rapports finaux cités ne sont pas référencés.

Ce mémoire ayant été réalisé dans le cadre d'un stage, l'observation participante a été mobilisée afin d'alimenter la recherche. Les données recueillies grâce à cette observation, l'ont, par exemple, été lors des diverses réunions qui ont jalonné le stage ; une liste de ces réunions est disponible en annexe (**Annexe 1**). Il semble important de préciser que les réunions ou échanges organisés afin de préparer les différentes réunions n'ont pas été listés de manière systématique du fait de leur caractère souvent informel. Néanmoins, ces réunions de cadrage préalables à une réunion ou à un groupe de travail ont été très instructives pour analyser les enjeux relatifs à une réunion et aux objectifs poursuivis par les participants. L'observation de réunions ou d'événements organisés par l'équipe nationale dédiée a également permis de recueillir les propos de professionnels expérimentateurs. L'observation participante ou non a été favorisée par l'espace de travail partagé par l'équipe nationale dédiée. Cependant, elle a parfois été compliquée à mener du fait du télétravail. C'est pourquoi la participation à des réunions et leur observation s'est révélée indispensable à l'élaboration de ce travail de recherche. L'observation participante a également été facilitée par la participation quotidienne à la vie de l'équipe, ce qui a, par exemple, permis d'assister à des échanges informels et internes entre des membres de l'équipe. Néanmoins, il a parfois été difficile de mettre à distance ces données informelles du fait de l'immersion quotidienne au sein de l'équipe et du dispositif. Les données qui nourrissent ce mémoire ont également été recueillies au gré des missions réalisées dans le cadre du stage. Tous ces éléments ont été rassemblés dans un carnet de terrain que j'avais en permanence en ma possession afin de noter mes observations ou

²³Expérimentations en cours. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 14 juin 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

²⁴Expérimentations terminées. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 19 juillet 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-terminees>

²⁵Innovation—Période transitoire post-expérimentation. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 20 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/innovation-periode-transitoire-post-experimentation>

les remarques issues de mon analyse de certaines situations. L'analyse de ces données a été faite de manière thématique en fonction des grands thèmes qui jalonnent ce mémoire, tels que les différentes étapes du processus d'innovation, l'organisation d'un parcours, le financement au parcours, la coordination ou encore les changements de pratiques.

Le carnet de terrain, tenu tout au long du stage, témoigne de la complexité du dispositif article 51 et des difficultés de compréhension que j'ai rencontrées. Compte tenu de cette difficulté à s'acculturer au dispositif, les données recueillies au cours des premiers mois du stage sont moins exploitables. Plusieurs mois ont, en effet, été nécessaires pour acquérir une compréhension globale du fonctionnement du dispositif. Afin d'être accompagnée dans ce processus d'acculturation, des entretiens informels ont été organisés avec des référents de l'équipe nationale pour qu'ils me présentent leur fonction et les expérimentations dont ils assurent le suivi. La difficulté liée à ce dispositif d'enquête ne tient pas uniquement au sujet du stage mais également à son déroulement. Ce mémoire ayant été réalisé dans le cadre d'un Master 2 Pilotage des politiques et actions en santé publique à l'EHESP, le dispositif d'enquête a dû être adapté au rythme de l'alternance. Le rythme alterné a consisté en une à deux semaines de cours par mois sur une durée de huit mois, ce qui a pu influencer sur la continuité de l'enquête et des données recueillies. Le fait d'être absente plusieurs jours et de m'éloigner du fonctionnement quotidien du dispositif et donc de son observation a nécessité une mobilisation spécifique au retour en stage afin de m'immerger de nouveau dans le dispositif. C'est également pour m'adapter aux contraintes du rythme alterné que j'ai décidé de me concentrer sur les échanges informels et l'observation participante, ainsi que de réaliser un nombre réduit d'entretiens semi-directifs. Ainsi, de nombreux échanges informels ont permis de recueillir des données tout au long du stage. Ces échanges ont pu avoir lieu dans le bureau partagé, en visioconférence ou par téléphone en fonction des jours de télétravail de chacun. Par ailleurs, j'ai fait le choix d'arrêter la collecte de données *via* l'observation participante un mois avant la fin du stage à l'exception de données qui faisaient évoluer la compréhension des analyses déjà effectuées. Ce choix se justifie par le fait que le dispositif article 51 est, en quelque sorte, encore en construction ou du moins en constante évolution, ce qui peut avoir une incidence sur les données recueillies puisque les faits ont pu évoluer depuis l'écriture du présent mémoire.

Ce mémoire, dont la démarche est qualitative est nourri par quatre entretiens semi-directifs dont la liste est disponible en annexe (**Annexe 2**). Deux référents régionaux article 51 ont été interrogés et un guide d'entretien a été réalisé à cet effet (**Annexe 3**). Ces deux entretiens ont été retranscrits intégralement pour faciliter leur analyse (**Annexe 4**). Les deux entretiens semi-directifs réalisés avec les membres de l'équipe nationale dédiée ont une approche thématique afin d'approfondir un sujet spécifique tel que la mesure Parcours coordonné renforcé de la LFSS pour 2024. L'objectif est également d'approfondir la connaissance du dispositif en confrontant ma

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

compréhension du dispositif aux explications des référents. Sur les quatre entretiens semi-directifs, trois ont eu lieu en visioconférence, le dernier s'est déroulé dans le bureau partagé par l'équipe nationale dédiée. Initialement, il a été envisagé d'interroger un professionnel participant à une des expérimentations qui alimentent ce mémoire. Néanmoins, face à une absence de réponse, il a été décidé de ne pas interroger de professionnels expérimentateurs et de se concentrer sur les équipes chargées du pilotage du dispositif. Ce choix est apparu cohérent, dans la mesure où, le stage n'a pas été réalisé sur le terrain des expérimentations mais auprès de l'équipe nationale dédiée à l'article 51. Le nombre réduit d'entretiens semi-directifs a participé d'un dispositif d'enquête adapté aux contraintes d'une équipe sur-sollicitée. En effet, l'intensité avec laquelle cette équipe travaille, n'aurait pas été compatible avec la réalisation d'une démarche d'enquête classique reposant sur grand nombre d'entretiens. C'est pourquoi, l'observation participante et les échanges informels ont été privilégiés afin que ce dispositif d'enquête pèse le moins possible sur une équipe par ailleurs surchargée.

Pour ce qui est de la construction de l'objet du mémoire, après une première période d'acculturation, ma tutrice de stage a soumis mon projet de travailler sur la notion de parcours au sein de l'article 51 à l'ensemble de l'équipe. Les projets, expérimentations ou innovations sur lesquels j'ai travaillé sous la supervision des référents ont donc été choisis en conséquence. En parallèle, j'ai sollicité auprès d'un référent de l'équipe un premier entretien à visée exploratoire sur la question du parcours au sein de l'article 51 afin de commencer à cerner le sujet de ce mémoire. L'ambition initiale était de centrer la recherche sur la nature du parcours construit dans le cadre du dispositif article 51. Il se serait agi d'examiner la manière dont l'article 51 permet d'innover en matière de mise en œuvre de parcours et ainsi de transformer le système de santé. Le dispositif d'enquête, les données recueillies et leur analyse m'ont conduite à revenir sur ce projet initial qui est apparu trop large. C'est pour cette raison que l'objet de ce mémoire se concentre sur la manière dont le parcours en tant qu'outil participe à la construction du processus d'innovation article 51 que l'on peut assimiler à un instrument d'action publique. Pour analyser ce processus d'innovation qui recourt au parcours et à ses composantes, les expressions « expérimentation parcours » ou « innovation parcours » seront utilisées pour faire référence aux parcours expérimentaux construits et mis en œuvre dans le dispositif article 51.

Enfin, dans une optique d'anonymisation des acteurs mais surtout pour alléger la lecture, le nom des différentes instances impliquées dans le pilotage de l'article 51 a été remplacé par des références littéraires ou culturelles permettant de les identifier par associations d'idées. Ces noms sont les suivants : la Direction « Harpagon » et la « Cassette » ou encore la Direction « Nightingale » et la Direction « Hygie ». L'appellation de l'équipe « Elixir » a été choisie en référence à l'élixir

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

parégorique dont l'un des ingrédients entre dans la composition d'une boisson alcoolisée au numéro significatif. Dans le même ordre d'idée, le masculin a été utilisé de manière systématique pour faire référence aux différentes personnes interrogées et rencontrées, à l'exception de la Rapporteuse générale. Dans le prolongement de cette méthodologie, et pour clore cette partie introductive, deux expérimentations ont été décrites afin d'aider à la compréhension du mémoire et du dispositif article 51. Ces deux expérimentations sont celles qui ont occupé une grande place dans les missions réalisées au cours du stage en appui des référents de l'équipe « Elixir ». Les deux descriptions qui suivent sont faites à partir des cahiers des charges rédigés par les porteurs de projets accompagnés par les équipes nationales ou régionales (Cf. *infra*. p.26). Ils ne seront ni cités ni référencés conformément aux choix méthodologiques évoqués précédemment (Cf. *supra*. p.16). Certains éléments de ces descriptions sont également issus de la paraphrase des rapports intermédiaires et finaux consacrés aux expérimentations.

- Description de deux expérimentations
 - *Les microstructures médicales addictions, un parcours addictions*

Tout d'abord, nous pouvons préciser qu'il s'agit d'une expérimentation terminée, devenue une innovation et qui est actuellement en période transitoire dans l'attente d'un passage dans le droit commun. Cette expérimentation de parcours addictions est interrégionale et a été menée dans cinq régions de France métropolitaine sur une durée totale de 3 ans et demi. Cette expérimentation a consisté en la création de microstructures médicales addictions (MSMA) pour permettre le suivi de patients souffrant d'addictions dites complexes et qui ne sont pas pris en charge dans une structure ou un dispositif préexistant en ville. Une MSMA est un lieu d'accueil de patients par une équipe pluriprofessionnelle composée d'un médecin généraliste associé à un psychologue ainsi qu'à un travailleur social. Il s'agit pour cette équipe de suivre ses patients au sein de son lieu de consultation -cabinet, MSP ou CDS-. Ainsi, une MSMA est composée d'une ESP en exercice coordonné elle-même constituée de ces trois professionnels.

Le parcours commence par une phase d'orientation du patient, deux cas de figure sont possibles : soit un médecin généraliste participe à l'expérimentation et appartient donc à une MSMA, soit un autre acteur de santé, par exemple, un médecin généraliste tiers adresse son patient au médecin de la MSMA. La phase d'inclusion se fait en deux temps, le médecin fait une première vérification de l'éligibilité du patient, effectue un bilan de ses comorbidités et une première évaluation de ses besoins en matière de suivi psychologique et d'aide sociale. Dans un second temps, l'inclusion du patient est décidée collectivement lors d'une RCP entre le médecin

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

généraliste, le psychologue et le travailleur social. Si l'inclusion est actée, cette réunion est également l'occasion de valider le plan personnalisé de santé (PPS) qui détaille le parcours du patient. La phase de suivi dure un an en théorie et peut être renouvelée chaque année. En moyenne, le suivi d'un patient dure 2 ans. L'inclusion du patient déclenche la prise en charge forfaitaire qui correspond au parcours. En théorie, une fois l'inclusion faite, le parcours se compose de sept consultations avec un psychologue et de six entretiens avec un travailleur social dont la durée est d'une heure. Dans l'intermède, d'autres RCP ont lieu environ tous les deux mois et demi. En comptant la RCP initiale, 5 RCP sont prévues dans le forfait. L'arrêt du parcours peut être décidé lors de ces RCP en raison de l'amélioration de l'état de santé, de l'arrêt sollicité par le patient ou d'un abandon de suivi. Ces RCP peuvent également être l'occasion de décider de l'orientation du patient vers un autre dispositif.

Dans le cadre de cette expérimentation, d'après le rapport final d'évaluation, au printemps 2023, 126 MSMA sont en activité et plus de 5 000 patients ont été suivis. La dynamique se poursuit durant la période transitoire qui prévoit plus de 8 000 inclusions supplémentaires et un total de 149 MSMA ouvertes au printemps 2025. La MSMA s'inscrit sur un territoire et repose sur l'articulation entre un médecin généraliste appartenant à une ESP, à une structure d'exercice coordonné ou en cabinet isolé et une structure médico-sociale, Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). Une MSMA s'apparente plus à une équipe qu'à une structure puisqu'il y a MSMA dès lors qu'un médecin généraliste s'associe à un psychologue et à un travailleur social pour suivre des patients. Chaque microstructure est portée par une structure dite concentratrice, dans 97 % des cas ces microstructures sont adossées à des CSAPA. Le psychologue et le travailleur social sont majoritairement salariés de structures médico-sociales comme les CSAPA et les CAARUD et sont ainsi mis à disposition de la MSMA. Certains psychologues libéraux exerçant dans des MSP peuvent également participer à ces microstructures. Ce parcours consiste donc en un suivi coordonné au sein d'une MSMA composée de ces trois professionnels que sont le médecin généraliste, le psychologue et le travailleur social. En théorie, d'autres professionnels comme un pharmacien d'officine ou un psychiatre libéral peuvent intervenir dans le suivi du patient. En tant qu'ESP, une MSMA s'organise autour du médecin généraliste dont le cabinet, le CDS ou le MSP est le lieu d'exercice des trois professionnels dans le cadre de la MSMA et du parcours proposé. Ainsi, le patient ne se rend jamais dans un CSAPA ou dans un CAARUD et se déplace uniquement au cabinet du médecin généraliste y compris pour ses consultations avec le psychologue et ses entretiens avec le travailleur social. Il est important de noter que cette organisation autour du cabinet de médecine générale permet l'adhésion et l'inclusion de patients

et notamment de patientes qui ne se rendraient pas dans une structure médico-sociale dédiée. La venue au cabinet de médecine générale semble moins stigmatisante d'après l'évaluation qui a été menée. 50 % des patients accueillis dans les MSMA sont des femmes²⁶.

Il est important de noter que des MSMA ont préexisté à cette expérimentation et que le caractère innovant du projet réside dans son mode de financement et donc dans un modèle économique qui doit permettre de renforcer l'accès aux soins en addictologie de premier recours grâce à la création de nouvelles MSMA. L'objectif de cette expérimentation et des MSMA de manière générale est d'améliorer les capacités de suivi de ces patients souffrant d'addictions complexes par les médecins généralistes. Les médecins généralistes peuvent, en effet, rencontrer des difficultés face aux problématiques sociales ou psychologiques pouvant advenir chez ces patients dits complexes. Nous pouvons remarquer que la définition de la complexité et le ciblage des patients sont cruciaux dans les discussions relatives à la construction de l'innovation (Cf. *infra*. p.92).

- *Un suivi renforcé à domicile*

La deuxième expérimentation qu'il paraît pertinent de décrire est un suivi de proximité coordonné entre un médecin généraliste et un infirmier diplômé d'Etat en libéral (IDEL). Ce suivi est destiné à des personnes âgées ou en situation de handicap qui n'ont plus la capacité de sortir de leur domicile et par conséquent de se déplacer au cabinet du médecin généraliste. Cette expérimentation qui est une initiative régionale est portée par une structure d'exercice coordonnée. Cette expérimentation est intrinsèquement liée à un contexte démographique extrêmement contraint, pour reprendre les termes du référent régional. En effet, les médecins de cette expérimentation exercent dans une ville où la démographie médicale est en diminution constante alors que des médecins partent à la retraite et que les jeunes ne souhaitent pas s'installer en tant que médecin traitant. Les objectifs de cette expérimentation sont d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité ainsi que les conditions de travail des professionnels de santé en libérant du temps médical consacré aux visites à domicile du médecin généraliste et en renforçant la coordination entre le médecin généraliste et l'IDEL.

En matière d'organisation, cette expérimentation consiste en un parcours d'un an renouvelable jusqu'à la fin du temps expérimental, qui commence par l'étape de l'inclusion. Si le patient n'a plus de médecin traitant, son aidant ou lui-même peut contacter la structure d'exercice coordonnée sur les conseils d'un IDEL qui le suit ou d'un pharmacien d'officine. Lors de cette prise

²⁶Les *microstructures médicales, de quoi parle-t-on ?* | MILDECA. (s. d.). Consulté 6 avril 2024, à l'adresse <https://www.drogues.gouv.fr/les-microstructures-medicales-de-quoi-parle-t>

de contact, dès lors que le médecin a accepté de suivre le patient, il se met en lien avec l'IDEL du patient et après étude du dossier en RCP, les deux professionnels s'accordent pour former un binôme et suivre le patient dans le cadre de l'expérimentation. Il est important de préciser que lorsque l'IDEL ne fait pas partie de la structure d'exercice coordonné, il peut participer à l'expérimentation sans rejoindre la structure mais certains IDEL ont décidé de rejoindre la structure porteuse.

Le suivi commence par une visite dite initiale, réalisée conjointement par le médecin et l'IDEL, cette visite dure environ une heure. A cette occasion, le dispositif est présenté au patient et à son aidant qui donnent leur accord. Le binôme de professionnels fait connaissance avec le patient, avec son aidant. Lors de cette visite, le binôme prend également connaissance du domicile du patient et de son environnement ; il remplit le PPS en tenant compte des problématiques spécifiques rencontrées par le patient qu'elles soient médicales mais également sociales et environnementales. Dans la même optique, le binôme recense les aides dont dispose le patient ou qu'il est nécessaire de lui apporter comme une aide pour la préparation des médicaments, à la toilette ou au ménage. Cette visite conjointe d'inclusion a lieu tous les ans lors du renouvellement du suivi en tant que visite conjointe annuelle à l'issue de laquelle l'IDEL met à jour le PPS et le fait valider par le médecin en RCP.

Par la suite, l'IDEL passe au domicile du patient une fois par mois, il fait un bilan global de l'état de santé du patient. Il informe le médecin de chacun de ses passages par voie électronique. Soit aucune modification de la situation n'est relevée et l'IDEL fait simplement valider la poursuite du suivi par le médecin ; si un élément bénin le justifie, l'IDEL le signale au médecin qui peut être amené à donner un avis, faire une prescription ou réaliser une légère adaptation du suivi. Enfin, si la situation du patient se dégrade, l'IDEL sollicite un passage du médecin. En dehors de ces passages non programmés, le médecin passe au domicile du patient après 6 mois de suivi. Il est à noter que ce suivi mensuel par l'IDEL ne se substitue pas au suivi pour des soins infirmiers quotidiens dont bénéficient de nombreux patients inclus dans l'expérimentation.

Enfin, ce qui concerne le modèle économique correspondant à ce parcours, il s'agit d'un forfait annuel par patient complémentaire au droit commun. En effet, les visites non programmées du médecin traitant ainsi que sa visite à 6 mois de parcours, continuent à relever du droit commun. Pour ce qui est du calendrier, cette expérimentation a été autorisée à l'été 2019 pour une durée de 5 ans, elle arrive donc à échéance à l'été 2024, les réflexions sur la transposition en droit commun ont été initiées.

Partie 1. Le processus de construction d'un parcours expérimental à partir d'une invention

L'article 51 permet d'initier un processus d'innovation afin de tenter de répondre à des besoins exprimés par les acteurs grâce à la construction d'un parcours considéré comme innovant.

1.1 Entrer dans un processus d'innovation organisationnelle et financière

Pour construire une innovation, les acteurs impliqués dans la démarche article 51 doivent trouver un équilibre entre la logique d'innovation et la logique d'organisation qui encadre le dispositif.

1.1.1 L'article 51, un cadre dérogatoire normé

a) *L'article 51, un espace d'innovation encadré par des dispositions législatives et réglementaires*

Nous pouvons considérer que l'article 51 de la LFSS pour 2018 introduit un instrument innovant en cela qu'il autorise la mise en œuvre d'expérimentations dites dérogatoires. Ces dérogations concernent notamment des articles du Code de la sécurité sociale (CSS) et du CSP. La création de ce cadre expérimental dérogatoire modifie la rédaction de l'article L.162-31-1 du CSS²⁷. A l'article L.162-31-1 du CSS, est ainsi établie une liste des dispositions et articles auxquels les expérimentations sont autorisées à déroger²⁸. L'originalité du dispositif article 51 est d'être inscrit dans un cadre constitutionnel, légal et réglementaire. Les innovations organisationnelles et financières sont développées dans un espace dérogatoire créé en application d'une décision politique (Morize et al., 2023, p.3)²⁹. Ce cadre dérogatoire est délimité par des dispositions législatives et réglementaires qui conditionnent la construction et le développement des innovations article 51. Ainsi, bien qu'elles soient des innovations organisationnelles, de par le cadre dans lequel elles s'inscrivent, les innovations

²⁷Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1) Op.cit.

²⁸Article L162-31-1—Code de la sécurité sociale—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 mai 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044404184

²⁹Prononcé le 5 avril 2018—Agnès Buzyn 05042018 Conseil stratégique de l'innovation en santé | vie-publique.fr. (2018, avril 5). <https://www.vie-publique.fr/discours/206201-agnes-buzyn-05042018-conseil-strategique-de-linnovation-en-sante>

article 51 se distinguent des innovations développées dans les entreprises. En effet, nous pouvons considérer que le cadre constitutionnel, légal et politique de la LFSS et donc de l'article 51 revêt une dimension plus complexe que les règles de l'entreprise.

Les organisations innovantes permises au titre de l'article 51 peuvent être mises en regard des innovations organisationnelles observées et étudiées par Norbert Alter dans *L'Innovation ordinaire*. En effet, dans l'analyse qu'il fait des innovations organisationnelles dans le monde de l'entreprise, Alter les distingue des innovations de produit telles que l'utilisation d'appareils électroménagers ou la consommation de médicaments. D'après Alter, la spécificité des innovations organisationnelles ne concerne pas l'ensemble du processus d'innovation mais porte sur le fait qu'en matière d'organisation, les innovations ne peuvent pas être détachées des règles de gestion et des pouvoirs hiérarchiques à l'œuvre dans l'entreprise. S'il affirme donc que « l'innovation organisationnelle est encadrée par des règles qui sont définies et contrôlées par le sommet de l'entreprise », cette considération semble pouvoir s'appliquer aux expérimentations article 51 qui dépendent du cadre dérogatoire dans lequel elles sont autorisées (Alter, 2013, p.116-117).

La démarche innovatrice développée au sein du dispositif article 51 s'inscrit dans un cadre expérimental et dérogatoire qui est reconnu dans le droit commun et dont le périmètre est délimité par des textes législatifs, réglementaires et d'actes administratifs. En tant que mode d'action publique, l'expérimentation permet de transformer les lois et le cadre réglementaire qui régissent le système de santé (Gaudin, 2007, p.7). La création de ce cadre dérogatoire au droit commun a pour objectif d'accompagner les innovateurs dans leur démarche tout en garantissant le cadre légal du système de santé. On peut considérer que le législateur exerce la fonction d'arbitrage qu'Alter repère comme relevant de la direction de l'entreprise. Le législateur se fait arbitre de l'introduction de l'innovation et de la transformation dans le système de santé. Il s'agit d'accompagner la transformation tout en encadrant les modalités selon lesquelles elle peut advenir. Cette fonction d'arbitrage correspond à la recherche d'équilibre entre la logique d'innovation et la logique des règles dont l'innovation organisationnelle dépend, à savoir dans le cas présent un corpus composé de textes législatifs, réglementaires et d'actes administratifs. Le législateur s'appuie sur ce corpus pour arbitrer et donc pour assurer le contrôle du processus d'innovation organisationnelle (Alter, 2013, p.104). Pour illustrer cette mission d'arbitrage et de contrôle, nous pouvons nous référer à l'arrêté relatif au montant de la dotation annuelle du Fonds pour l'Innovation du système de santé (FISS) pour l'exercice de l'année³⁰. Cet arrêté est indispensable puisqu'il conditionne la publication de tout autre arrêté relatif à des

³⁰Arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024. (s. d.). Consulté 17 juillet 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049068091>

expérimentations. En effet, il est nécessaire de se référer à cet arrêté initial à chaque autorisation d'une expérimentation ou modification du cadre expérimental pour justifier le modèle de financement.

b) L'expérimentation, un cadre d'action à part entière

Le dispositif article 51 vise à participer à la transformation du système de santé grâce à des expérimentations conçues pour nourrir la dynamique de réforme de l'organisation et du financement du système de santé³¹. Pour Alter, la transformation des normes peut advenir à l'issue du processus d'innovation si des compromis sont trouvés entre les logiques d'ordre et d'innovation. Ainsi, pour parvenir à cet objectif, la logique d'innovation doit nécessairement commencer par transgresser les règles établies et par entrer en conflit avec les lois et les normes (Alter, 2013, p.33). Néanmoins, nous avons vu que les innovations article 51, en tant qu'innovations organisationnelles, sont étroitement liées aux règles qui les encadrent et les autorisent à déroger aux normes régissant le système de santé (Alter, 2013, p.116). L'expérimentation est donc un espace délimité par des normes législatives et réglementaires mais c'est également un espace dans lequel les acteurs peuvent mettre en pratique des organisations qui bousculent l'ordre du système de santé tel qu'il est construit.

Bien qu'Alter utilise le terme d'innovation, il insiste sur le fait que l'innovation est avant tout un processus qui peut aboutir à la transformation d'une invention -qu'elle concerne un produit, une technique ou un mode d'organisation- en nouvelles pratiques adoptées par un grand nombre d'utilisateurs (Alter, 2013, p.9). Si l'on applique ce processus à l'article 51, nous pouvons assimiler l'expérimentation à une étape de ce processus d'innovation. Une étape qui se situerait entre l'invention, c'est-à-dire le projet d'expérimentation et l'innovation destinée à entrer dans le droit commun. L'expérimentation article 51 est donc un préalable à toute innovation issue de ce dispositif mais un préalable qui doit être construit avant d'être autorisé et mis en œuvre. Dans ce processus de passage de l'invention à l'innovation, Alter identifie une phase d'appropriation qui suit l'invention d'un dispositif. Cette phase repose sur la capacité des acteurs à s'emparer de l'invention dans leur activité quotidienne et implique de les « laisser faire » (Alter, 2013, p.17 ; 21-22 ; 105). En ce qui concerne l'article 51, nous pouvons considérer que le temps de l'expérimentation est un premier temps d'appropriation d'une invention. Le « laisser faire » quant à l'usage de cette invention est cependant encadré par un cahier des charges qui circonscrit théoriquement l'expérimentation notamment en matière de durée, de modalités d'organisation et de financement.

³¹Prononcé le 5 avril 2018—Agnès Buzyn 05042018 Conseil stratégique de l'innovation en santé. *Op.cit.*
Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Si l'expérimentation semble s'apparenter à une étape du processus d'innovation et à un premier temps d'appropriation, elle doit être distinguée de l'invention en tant que telle. En effet, d'après Alter, « une invention organisationnelle est souvent bizarre, dysfonctionnelle [...] ou tout simplement inadaptée » (Alter, 2013, p.90). Or, pour devenir une expérimentation, le projet doit avoir été instruit par les équipes qui travaillent à rendre son autorisation possible. Nous pourrions donc considérer que le processus d'instruction doit permettre de donner un sens pratique consensuel au projet qui peut en être dénué initialement afin de construire une expérimentation pertinente de l'avis de tous les acteurs.

Le processus d'instruction d'un projet d'expérimentation « à l'initiative des acteurs »

Tout d'abord, une lettre d'intention qui décrit un projet est soumise par un porteur de projet. Sa recevabilité est étudiée par le référent régional concerné ou par un référent national quand le périmètre du projet est interrégional. Si le projet est recevable, il est présenté aux référents des DirAC et de la « Casette » par le référent concerné lors d'une réunion hebdomadaire. Les référents ayant assisté à la présentation doivent, par la suite, se prononcer sur l'opportunité de poursuivre l'instruction du projet. Pour faire suite aux retours d'avis des référents, des précisions peuvent être demandées au porteur de projet. Une présentation du projet faite par le porteur peut être organisée afin de lui permettre de répondre directement aux questions des équipes. Dans ce processus d'itérations sur la lettre d'intention, le porteur de projet est aidé par une ARS ou par un référent national. Si l'opportunité du projet est finalement validée, le porteur, accompagné par son référent, travaille sur le cahier des charges. Le cahier des charges peut également faire l'objet de multiples itérations et de plusieurs présentations en réunion hebdomadaire en fonction des réserves des DirAC et de la « Casette ». Un atelier d'accompagnement à la rédaction du cahier des charges peut être organisé afin que le porteur de projet puisse échanger avec plusieurs acteurs, dont des DirAC, pour expliciter son projet et structurer le cahier des charges. Ainsi, durant le processus d'instruction, le porteur est amené à clarifier et à préciser le projet au fil des interrogations des directions afin que tous les acteurs s'accordent pour l'autoriser. Si le processus d'instruction aboutit, il est clôt par la rédaction de l'avis CTIS d'autorisation de l'expérimentation et par la publication de l'arrêté régional ou national ainsi que du cahier des charges au recueil des actes administratifs.

A ce titre, l'expérimentation serait un premier espace d'articulation entre deux logiques, celle de la découverte ou de l'invention proposée à l'essai et celle d'usage social qui consiste à trouver le moyen de tirer profit de l'invention (Alter 2013, p.11). En un sens, l'expérimentation a ceci de spécifique qu'elle parvient à conserver « une certaine indépendance vis-à-vis des contraintes externes » tout en donnant à l'invention un sens pratique consensuel qui la mettrait en cohérence avec la logique de transformation du système de santé et qui permettrait d'envisager une généralisation et donc une institutionnalisation par la suite (Alter 2013, p.11).

1.1.2 Le processus de sélection des futures expérimentations

a) *Au niveau national*

En ce qui concerne le dispositif article 51, le processus d'innovation commence par la sélection des projets d'expérimentation. Cette sélection conditionne l'instruction du projet et donc le travail de construction de l'expérimentation. Il est intéressant de remarquer que la sélection des futures expérimentations et la phase d'instruction ont une teneur stratégique. En effet, une réflexion à propos de ces étapes a été initiée dans le cadre de réunions de préparation d'un séminaire dit stratégique organisé pour réunir l'ensemble des équipes travaillant sur l'article 51 au niveau national autour d'enjeux ayant trait au pilotage du dispositif. Ce séminaire est destiné aux acteurs nationaux impliqués dans le pilotage du dispositif dont les DirAC et la « Casette ». Nous pouvons préciser que le séminaire en tant que tel n'a pas pu être observé dans le cadre de cette enquête puisqu'il a été reporté à une date ultérieure pour que la Direction « Harpagon » puisse être présente. Ce séminaire semble avoir pour but de permettre aux différents acteurs nationaux de réfléchir et de s'accorder quant à la stratégie qui pourrait être adoptée pour continuer à faire évoluer le dispositif. Nous pouvons préciser que ce séminaire est construit sur le principe d'une projection dans l'avenir aux moyens de l'élaboration différents *scenarii* et d'une mise en situation. Dans cette optique, la sélection et l'instruction des projets sont deux sujets qui permettent de penser l'avenir du dispositif dans les prochaines années. La question des nouveaux projets est un levier pour tenter de répondre à la question de savoir comment continuer à innover « *en allant plus loin que ce qui a déjà été expérimenté* » pour reprendre les termes d'une personne présente à l'une de ces réunions. Pour aider à saisir la dynamique d'autorisation, on peut rappeler qu'au 1^{er} avril 2024, 148 expérimentations sont autorisées, sachant qu'au 31 décembre 2021, ce nombre était de 110.

Les critères de sélection tels que la nécessaire dérogation à une des dispositions législatives concernées ou la réponse à un des objectifs énoncés par l'article 51 de la LFSS pour 2018, font partie des fondamentaux auxquels s'attachent l'équipe « Elixir » quand elle reçoit pour analyse des projets nationaux, interrégionaux ou exclusivement relatifs à des produits de santé sur la plateforme de dépôt nationale. Néanmoins, si ces critères de sélection sont inchangés depuis la création du dispositif, l'équipe « Elixir » semble chercher à les affiner notamment en ce qui concerne les sujets ou domaines d'actions recherchés. A ce sujet, un référent de l'équipe « Elixir » insiste sur le fait que les nouveaux projets doivent se différencier des expérimentations précédemment autorisées. Toujours d'après ce référent, un des nouveaux critères pris en compte serait la complémentarité avec le portefeuille actuel du dispositif, c'est-à-dire avec les

expérimentations déjà autorisées. Le fait de privilégier l'aspect complémentaire a pour objectif de continuer à créer des réponses à des problématiques encore insuffisamment traitées comme le diabète de type 2 ou la prévention primaire, selon les référents de l'équipe « Elixir ». L'enjeu actuel de complémentarité des nouvelles expérimentations avec le reste du portefeuille semble montrer que l'article 51 a évolué depuis sa création et que la sélection des nouveaux projets reste un des leviers primaires pour que, d'un point de vue stratégique, l'évolution du dispositif continue à s'inscrire dans la dynamique de réforme du système de santé.

Dans cette optique, le dispositif article 51 a dû adapter la sélection des futures expérimentations pour tenir compte des évolutions que le droit commun a pu connaître ces six dernières années. A titre d'exemple, la télésurveillance est un sujet qui suscite des arbitrages stratégiques au niveau national et notamment au sein du CTIS quant à la sélection de nouveaux projets qui pourraient y recourir. En effet, le dispositif article 51 a jusqu'à présent eu vocation à développer des projets dont les modalités d'organisation innovantes ne correspondent pas au périmètre des expérimentations de la télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé, c'est-à-dire au dispositif ETAPES³². Or, le financement de la télésurveillance est entré dans le droit commun depuis le 1^{er} juillet 2023 conformément à la LFSS pour 2022 qui prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale ainsi que la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques³³. Ainsi, la question de la pertinence de la sélection de nouveaux projets contenant de la télésurveillance et de leur articulation avec la prise en charge anticipée est actuellement soumise au CTIS pour avis sur la stratégie à adopter à ce sujet. De manière générale, l'enjeu semble être de continuer à répondre aux besoins locaux tout en conférant une cohérence d'ensemble à la démarche innovatrice.

b) Au niveau régional

Les projets d'expérimentation dont le périmètre est local ou régional sont adressés au référent article 51 de la région concernée qui a pour mission de « *piloter la sélection des projets pertinents* » comme l'explique le référent de la région A³⁴. Ce processus de sélection peut prendre une forme différente selon les régions mais selon le même référent régional « *les ARS travaillent*

³²Article 51 : Foire aux questions. (2022). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/article-51-foire-aux-questions>

³³Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *SANTEXPO 2023 Prise en charge en droit commun de la télésurveillance*.

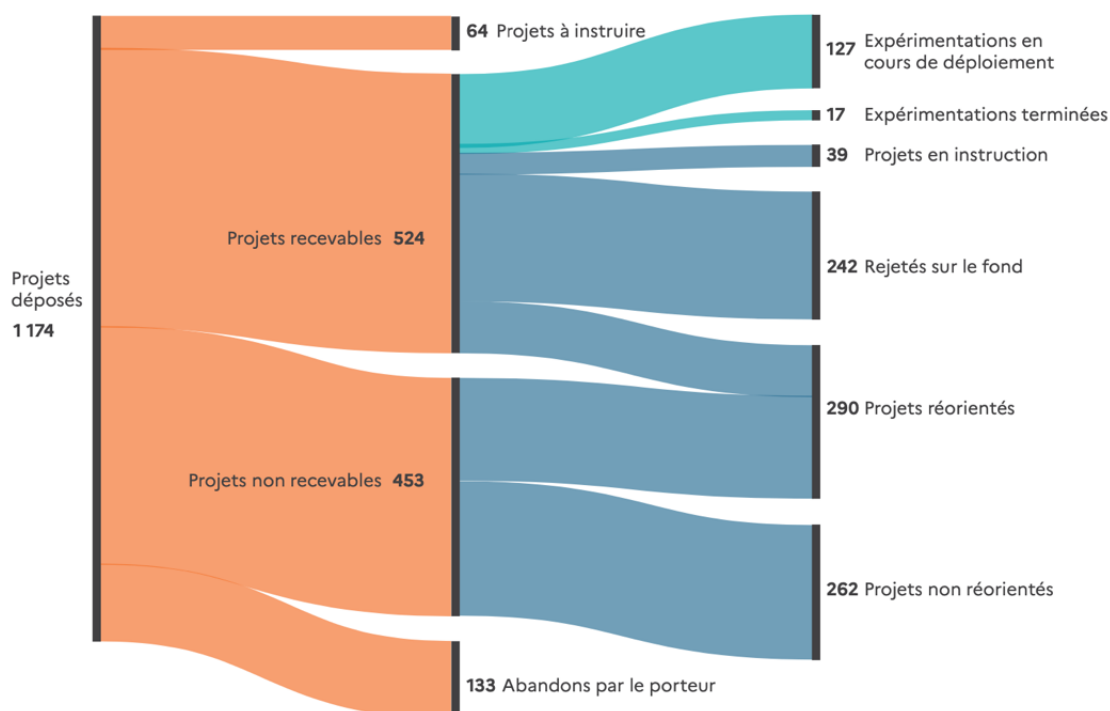
³⁴Pour différencier les différents référents régionaux interrogés et rencontrés, une lettre a été attribuée à leur région.

plus ou moins en proximité avec le DCGDR ». A titre d'exemple, le référent de la région B explique recevoir des porteurs potentiels de projets dans une configuration de cellule d'instruction composée de l'ARS et de la DCGDR. En substance, le référent régional doit, en premier lieu, repérer les projets susceptibles de devenir des expérimentations article 51 et qui méritent d'être soumis au niveau national. A propos de ce rôle de garant de la remontée des projets vers l'équipe « Elixir », le référent de la région A explique : « [...] d'ailleurs c'est assez ambigu, quelque part, j'ai une espèce d'autorité sans qu'elle soit bien bien précisée mais à dire oui ou non à la remontée de projets. » Cette responsabilité d'assurer la transmission des projets à l'échelon national semble revêtir un aspect stratégique dès lors que chaque ARS a sa manière de procéder à cette sélection. En matière de critères de sélection, ce même référent régional affirme que l'enjeu est, à son sens, de « repérer les projets transformateurs » avant de « vérifier qu'ils sont éligibles à l'article 51 ». Le référent de la région B explique ne pas raisonner dès l'étape de sélection en termes de transformation régionale mais commencer l'analyse de l'opportunité d'une expérimentation article 51 en « regard[ant] si oui ou non l'article 51 est la bonne réponse ». Il semble important, à ce stade, de relayer un constat de l'équipe « Elixir » : toutes les ARS ne s'investissent pas de la même manière dans le dispositif article 51 et dans l'accompagnement des porteurs de projet.

Le référent régional article 51 et plus largement la cellule d'instruction joue un rôle quant à l'accompagnement des porteurs de projets dans le processus d'écriture du projet et ce dès la lettre d'intention. Le référent de la région B explique travailler avec une direction métier de l'ARS quand elle a pu être identifiée d'emblée et associer à cet accompagnement la fédération régionale de l'exercice coordonné et de l'innovation en santé qui « sur son volet innovations en santé [...] peut être aussi facilitateur dans la rédaction de la lettre d'intention si c'est une équipe qui travaille en exercice coordonné ». Par ailleurs, cet accompagnement peut s'avérer essentiel quand les lettres d'intention sont lacunaires ou que les projets sont « très mal présentés » pour reprendre les dires du référent de la région A. Le cas échéant, il est du ressort du référent régional qui anime ce processus de maturation des lettres d'intention d'identifier les projets prometteurs pour que la lettre d'intention soit validée au niveau national lors des réunions hebdomadaires prévues à cet effet. Dans ce processus de sélection des futures expérimentations, le référent régional peut être amené à se placer en défenseur d'un projet face aux équipes nationales pour tenter de le faire aboutir notamment en apportant les compléments d'information nécessaires. On peut noter qu'une fois la lettre d'intention validée, le processus d'instruction se poursuit et le référent régional continue à animer et à accompagner la maturation du cahier des charges en vue de l'autorisation du projet (Cf. *supra*. p.26).

Figure 1 : Etat de l'instruction des projets au 31 août 2023

1 174 PROJETS DÉPOSÉS, 144 AUTORISÉS



Source : Rapport au Parlement 2023

Cette figure témoigne de la difficulté que représente le processus d'instruction à l'issue duquel l'autorisation du projet n'est pas garantie même si le projet répond, en théorie, aux critères de l'article 51.

1.1.3 Faire le pari de l'innovation

a) *Un cadre d'action entre organisation et incertitude*

Le dispositif article 51 est piloté et mis en œuvre par l'administration centrale et déconcentrée ce qui semble contribuer à mettre en exergue la nécessaire conciliation entre la logique d'innovation inhérente au dispositif et la logique d'organisation à l'œuvre dans l'administration. A ce sujet, Norbert Alter écrit qu'il existe :

« [...] une concurrence entre la logique de l'innovation, qui suppose d'accepter de vivre dans l'incertitude des moyens et des fins, et la logique de l'organisation, qui suppose au contraire de parvenir à éradiquer l'incertitude, en prévoyant, en programmant, en standardisant. » (Alter, 2013, p.3)

Ainsi, on peut considérer que les règles dont dépend l'innovation organisationnelle incarnées par un corpus législatif et réglementaire (Cf. *supra*. p.24), participent de cette logique d'organisation. Quant à l'incertitude, contrainte qui appartient à la logique d'innovation, elle concerne d'après Alter les moyens et les objectifs que les dirigeants sont censés contrôler pour obéir à la logique d'organisation (Alter, 2013,p.58). Autrement dit, agir dans le cadre d'un processus d'innovation nécessite de composer avec l'incertitude relative aux résultats d'une action ou aux conséquences d'une décision (Alter, 2013, p.59-60 ; 181). Appliquée de manière plus directe aux expérimentations article 51, l'incertitude concerne la mise en œuvre concrète de l'expérimentation, son déroulement et l'atteinte effective des objectifs fixés en amont de son autorisation. En effet, s'il est vrai que l'étape de l'instruction et de la formalisation théorique de l'expérimentation dans un cahier des charges peut être analysée comme un moyen d'organiser et de prévoir le cours que suivra l'expérimentation, l'incertitude n'en est pas moins présente. Il semble même que la part d'incertitude quant à l'atteinte des objectifs et aux effets de cette atteinte ou quant à l'efficience et l'opérationnalité d'une expérimentation soit admise dans le principe d'évaluation de chaque expérimentation. Les éléments sur lesquels l'évaluation doit porter font d'ailleurs partie des informations présentes dans le cahier des charges et dans l'avis d'autorisation rendu par le CTIS.

Pour Alter, « l'incertitude correspond à un déficit d'information » (Alter, 2013, p.181), l'évaluation apparaît donc comme un moyen d'anticiper ce manque et de tenter de le combler au cours de l'expérimentation. Pour traiter ce déficit, il est nécessaire de faire des efforts pour anticiper la manière dont l'incertitude pourra être gérée faute de pouvoir prévoir la situation d'incertitude en amont (Alter, 2013, p.181). Le fait que le dispositif article 51 permette la modification des expérimentations par la republication des cahiers des charges et des arrêtés corollaires semble illustrer ce phénomène consistant à faire des efforts pour anticiper. Il s'agit pour les équipes d'anticiper le fait que les expérimentateurs peuvent rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre sur le terrain. La gestion de ces difficultés et de l'incertitude sur les moyens à mobiliser pour résoudre la situation peut relever de l'équipe « Elixir » dédiée ou du référent régional concerné qui d'après le référent de la région B a pour mission « *s'il y a des freins [au déploiement de l'expérimentation] de pouvoir aider à retirer ces freins* ». Ce processus de repérage des potentielles difficultés quant aux conditions de réalisation d'une expérimentation concerne, par exemple, des difficulté à monter en charge, des problèmes de recrutement des professionnels

ou encore des problèmes de recueil et de partage de données ou d'informations. Ce travail d'accompagnement réalisé par les équipes peut, donc, déboucher sur la republication du cahier des charges d'une expérimentation afin d'acter, par exemple, une révision de l'effectif cible ou une réévaluation des forfaits (Rapport au Parlement, 2022, p.48-49). Ce travail d'anticipation, de repérage et d'accompagnement fait par les référents nationaux ou régionaux répond à un des objectifs du dispositif. En effet, le cadre expérimental a vocation à autoriser le droit à l'erreur et à permettre l'adaptation progressive de l'expérimentation en fonction de l'expérience des professionnels. L'impossibilité de prévoir tous les paramètres de réalisation d'une expérimentation est un principe sur lequel les équipes s'accordent (Rapport au Parlement, 2023, p.6). C'est pour cette raison que les référents de l'équipe « Elixir » et les référents régionaux ont une mission d'accompagnement des professionnels dans la mise en œuvre de l'expérimentation qui passe notamment par le repérage de leurs difficultés.

b) Des préoccupations initiales différentes selon les acteurs

Face à l'incertitude propre à la logique d'innovation, il est intéressant de s'interroger sur les raisons qui motivent l'autorisation des expérimentations. En effet, Alter affirme qu'« il faut donc de la naïveté ou de la foi autant que de bonnes raisons gestionnaires » aux décideurs pour initier un processus d'innovation organisationnelle (Alter, 2013, p.59). Ainsi, nous pouvons supposer que tous les acteurs mobilisés sur l'article 51 cherchent à contribuer par leur action à la dynamique de réforme du système de santé. Ce qui implique, en un sens, de croire que le projet porté constitue bien un moyen de transformer le système de santé. Néanmoins, cette « foi » en la transformation possible du système de santé, si l'on reprend le terme d'Alter, ne semble pas pouvoir se suffire à elle-même pour motiver un investissement dans une démarche d'innovation. En effet, la volonté de transformer le système de santé semble également liée à des croyances relatives à l'efficacité et à l'efficience de ces nouvelles organisations et nouveaux modes de financements. Ainsi, les considérations quant à l'efficacité et à l'efficience de ces innovations organisationnelles semblent conférer une certaine légitimité à la volonté de transformer le système de santé grâce à l'innovation. Rendre légitime cette croyance en la transformation du système de santé grâce à des raisons d'efficacité et d'efficience permettrait, donc, de faire accepter la logique d'innovation et ses perspectives aux acteurs impliqués (Alter, 2013, p.46).

Cependant, il semble que si l'on admet que chaque acteur a ses raisons pour être favorable à l'autorisation d'une expérimentation, il faille, en parallèle, examiner les objectifs que les acteurs poursuivent notamment en matière d'efficacité et d'efficience des expérimentations. En effet, Alter

insiste sur le fait que les acteurs participant à un processus d'innovation ne comprennent pas tous l'innovation de la même manière en ce qui concerne l'usage qu'il faut en faire. Nous pouvons considérer que concernant une innovation, ils ne poursuivent pas les mêmes objectifs et qu'ils n'en attendent donc pas des répercussions identiques. Ainsi, au début du processus d'innovation les acteurs ne donnent pas tous le même sens au projet d'expérimentation. (Alter, 2013, p.89). L'instruction semble être l'étape qui, grâce à un travail de mise en cohérence, vise à faire apparaître la pertinence et le sens de la future expérimentation à l'ensemble des acteurs et notamment aux membres du CTIS pour justifier son autorisation. De ce point de vue, nous pouvons considérer que l'instruction d'un projet joue un rôle similaire à celui des acteurs intermédiaires. Ces acteurs sont des intermédiaires entre des « univers institutionnels sectorisés » dans un contexte où se développent des politiques publiques transversales à l'instar de la démarche article 51 (Hassenteufel, 2011, p.197). Au même titre que l'acteur intermédiaire, l'instruction a pour mission de réunir les points de vue des différents acteurs qu'il s'agisse des porteurs de projets, des différentes DirAC, de la « Casette » ou encore des référents régionaux ou nationaux. L'objectif est, ainsi, de faire émerger une vision et une compréhension commune du projet pour harmoniser les avis des acteurs et créer un sens partagé. L'instruction doit permettre aux acteurs de parvenir à des compromis non seulement pour construire un sens partagé mais également pour que tous soient finalement favorables à l'autorisation de l'expérimentation (Hassenteufel, 2011, p.198). Ce processus d'harmonisation au moment de l'instruction est particulièrement important en cela que des divergences de croyances et d'objectifs semblent exister entre les porteurs de projets et les équipes chargées de piloter le dispositif. En effet, comme l'ont indiqué les référents régionaux interrogés, les projets sont parfois insuffisamment aboutis et ont donc bel et bien peu de sens pour les équipes. Néanmoins ils sont compréhensibles au moins par les porteurs de projets qui les proposent. Ainsi, il semblerait que le passage de l'invention à l'expérimentation grâce à l'instruction se joue dans la capacité des acteurs à dépasser cette question du sens du projet pour en identifier précisément les objectifs et les effets attendus dont les gains d'efficience et d'efficacité espérés afin qu'ils parviennent à un consensus et s'engagent par l'autorisation de l'expérimentation. La phase d'instruction montre bien que l'invention est une incitation qui peut donner lieu à la construction d'une innovation qui dans le dispositif article 51 nécessite le passage par un temps expérimental (Alter, 2013, p.90).

Néanmoins, si tous les acteurs impliqués parviennent à être en accord sur l'autorisation des expérimentations, il paraît important de signaler que comme le fait remarquer Alter, les innovations organisationnelles et la mise en œuvre du dispositif d'innovation ne fédèrent pas les acteurs de manière homogène (Alter, 2013, p.121). L'exemple des DirAC permet d'illustrer ce phénomène en cela qu'elles ont chacune une grille de lecture des expérimentations influencée par leur périmètre

d'action initial. Si ces différences de point de vue perdurent tout au long du processus d'innovation, elles sont particulièrement visibles lors des réunions hebdomadaires à l'occasion des retours d'avis des DirAC et de la « Casette » (Cf. *supra*. p.26). Le processus des retour d'avis peut être long et complexe au gré des demandes de précisions qui témoignent, souvent, de la perspective adoptée par chaque direction. Cependant, dans la mise en œuvre de cette démarche d'innovation, tous les acteurs tentent de répondre à des besoins exprimés par des professionnels de santé en s'appuyant sur leur initiative.

1.2 Besoins des territoires, initiatives des acteurs et sens de l'innovation

L'article 51 est une nouvelle réponse aux problèmes rencontrés par les professionnels, un processus qui nécessite un engagement de leur part. Cet engagement peut paraître contraignant notamment quant à la définition attendue de l'innovation.

1.2.1 L'article 51, un processus collectif pour répondre aux besoins des professionnels de santé

a) Impliquer les acteurs locaux dans le processus de construction de l'expérimentation

Dans la partie précédente nous avons commencé à démontrer que l'innovation n'est pas une bonne idée, c'est une idée qui devient bonne et que ce passage de la bonne idée qu'est l'invention à l'innovation se fait grâce à différents temps d'appropriation par les acteurs de terrain (Alter, 2013, p.18 ; 369-371). Cependant, il convient désormais d'examiner la manière dont les acteurs locaux sont mobilisés afin de déployer cette capacité collective à rendre une idée bonne qui fonde le processus d'innovation. Dans le dispositif article 51, il existe des expérimentations de trois sortes, ministérielles, interrégionales ou régionales. Les expérimentations interrégionales et régionales sont dites « à l'initiative des acteurs »³⁵ et construites sur des projets proposés par des acteurs locaux et se différencient par le périmètre du territoire concerné (Bourgeois et al., 2021, p.2). Les expérimentations dites ministérielles se distinguent des deux autres par le fait que l'initiative et donc l'invention vient du niveau central, notamment des DirAC et de la « Casette ».

³⁵*Expérimentations en cours*. (2024). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

Lorsque l'initiative est ministérielle, des structures de santé comme des MSP et des professionnels de santé sont invités à participer à la construction du cahier des charges avec les équipes des directions portant l'expérimentation comme la Direction « Nightingale », la Direction « Harpagon » ou la « Cassette » et les acteurs partenaires. Cette construction collective d'un cahier des charges est souvent liée à la réponse à un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) qui permet aux acteurs locaux de proposer, dans le respect d'un cadrage et de la problématique définie par les acteurs institutionnels, des projets à partir desquels ils sont choisis pour participer à la rédaction du cahier des charges qu'ils pourront par la suite mettre en œuvre (Obled et al., 20220, p.386)³⁶. A travers les interactions qu'elle crée entre les DirAC, « la Cassette » et les professionnels de santé, la construction des expérimentations article 51 modifie les relations entre chacun de ces trois acteurs (Morize et.al.,2021, p.2 ; 4).

Cette démarche collective semble confirmer que, comme le dit Alter, l'innovation n'est pas une décision mais un processus qui ne peut, par conséquent, pas être décrété et par lequel les acteurs de l'innovation autres que les décideurs doivent s'approprier l'invention pour lui donner du sens en tant qu'innovation (Alter, 2013, p.104 ; 116). Cette implication des acteurs locaux semble également participer à la construction du sens pratique consensuel de l'expérimentation évoqué auparavant au sujet des projets d'initiative locale (Cf. *supra*. p.26 et p.33). En effet, bien que le processus menant à l'expérimentation ministérielle se distingue des autres types d'expérimentations ; les initiatives ou projets ministériels ne sont pas exempts de ce potentiel déficit de sens pratique initial qui pourrait correspondre à un déséquilibre entre les grands principes et les considérations opérationnelles. Déficit qu'un référent de l'équipe « Elixir » a déjà identifié dans une autre DirAC où certains projets ont été élaborés et décidés de manière unilatérale sans consultation des acteurs de terrain, ce qui d'après lui en a compromis la réussite. C'est pourquoi, les acteurs institutionnels s'appuient sur les propositions, l'avis et l'expertise des professionnels de terrain pour parvenir à décliner opérationnellement les principes et les objectifs établis par les AMI (Obled et al., 20220, p.386-387). Ainsi, il semble que les professionnels de santé soient sollicités pour leur connaissance du terrain et de leur environnement de travail, connaissances dont ne dispose pas l'échelon ministériel. La mobilisation des professionnels de terrain dans la construction des expérimentations ministérielles est d'autant plus nécessaire que le développement concret des expérimentations sur le terrain ne relève pas des décideurs mais dépend des actions et comportements quotidiens des acteurs quant à l'appropriation des modalités d'expérimentation (Alter, 2013, p.53).

³⁶Appels à manifestation d'intérêt. (2024). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/appels-a-manifestation-d-interet>

b) *Trouver une réponse à des problèmes quotidiens*

L'implication des professionnels de terrain contribue à satisfaire la volonté politique qui semble être au principe de l'article 51 et que le référent de la région B exprime comme suit : « [...] c'était la volonté du ministre qui a mis en place la LFSS 2018 que ça vienne des territoires parce que justement c'est eux qui, quelque part, sont mieux placés pour dire ce qui peut marcher et ce qui ne marche pas. » L'objectif est donc de permettre aux professionnels de santé de trouver une solution à des problèmes qu'ils rencontrent dans leurs « modalités de travail » d'après les termes du référent régional A. Cette approche *bottom-up* est particulièrement prégnante pour les expérimentations à l'initiative des acteurs puisqu'ils ont l'opportunité de formuler leur problème et de proposer les solutions corollaires (Morize et al., 2021, p.3). Les membres de l'équipe « Elixir » insistent sur le fait que les professionnels recourent au dispositif pour pallier l'absence de réponse à laquelle ils sont confrontés. Pour spécifier la nature de ces problèmes, nous pouvons nous pencher sur le caractère quotidien et immédiat de ces difficultés.

En effet, nous pouvons observer que l'expérimentation d'un parcours addictions, décrite en amont (Cf. *supra*. p.19) vise à pérenniser l'existence des MSMA en testant un nouveau mode de financement et de rémunération des professionnels. Le dispositif article 51 peut donc servir à pérenniser des organisations qui existent déjà mais qui ne sont pas rémunérées dans le système du paiement à l'acte. On peut d'ailleurs remarquer que les professionnels à l'initiative des projets expriment souvent le besoin d'être rémunérés pour des actes qu'ils « ont envie de faire » comme le dit le référent de la région A. Il ajoute, dans la même optique, que l'enjeu pour les acteurs est de se voir « donner les moyens, l'argent [pour] pouvoir passer du temps à faire des choses pour lesquelles [ils ne sont] pas rémunéré[s] ». Il semble néanmoins important de préciser que si ces tâches ne sont pas rémunérées dans le paiement à l'acte, cela ne semble pas signifier qu'elles ne sont pas réalisées. Nous pouvons, à ce titre, prendre l'exemple des infirmiers libéraux qui « ont un nombre d'actes limité » selon le référent de la région A qui ne leur permet pas d'assurer une prise en charge globale du patient. Comme l'indique le rapport final de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile, les visites d'urgence ne sont pas rémunérées par le paiement à l'acte. Néanmoins, elles sont parfois effectuées malgré tout, comme l'explique un IDEL participant à l'expérimentation lors d'un atelier de fin d'expérimentation. La coordination fait également partie de ces tâches non valorisées dans le paiement à l'acte. Or les professionnels participant à ce même atelier insistent sur le fait que la coordination a toujours fait partie de leur quotidien mais n'a pas toujours été effectuée comme elle aurait pu l'être si elle avait été financée. D'après un référent de l'équipe « Elixir », l'enjeu est donc de donner plus de valeur, d'importance et donc du temps à la

coordination afin de permettre aux professionnels d'améliorer leurs pratiques dans une perspective de meilleure prise en charge du patient. Concernant le financement dérogatoire article 51, une tension semble apparaître. D'une part, il s'agirait de répondre aux problématiques rencontrées par les professionnels en rémunérant un travail que les professionnels faisaient en un sens gratuitement. D'autre part, l'objectif des nouveaux modes de financement article 51 est de permettre de sortir du paiement à l'acte et de rémunérer les professionnels, par exemple, au forfait. Cette modification du mode de paiement grâce au financement article 51 semble avoir pour but d'adapter la rémunération des professionnels à leurs besoins en matière d'organisation. En tant qu'alternatives au paiement à l'acte, ces financements et donc ces nouvelles réponses apportées aux professionnels témoignent de l'ambition de l'article 51 en matière de transformation du système de santé.

Toujours concernant ce caractère quotidien et immédiat des besoins des professionnels, on constate qu'ils cherchent des solutions dans une certaine urgence comme le montre le travail effectué sur un projet en instruction concernant un suivi renforcé entre médecin et IPA (Cf *supra*. p.1). En effet, les différents échanges conduits et observés avec les professionnels porteurs du projet témoignent d'une situation de détresse sur un territoire dont la démographie médicale diminue constamment et dont le nombre de patients âgés sans médecin traitant et dont l'état se dégrade augmente. Cependant, malgré le caractère quotidien et immédiat des besoins exprimés, il semble important de préciser que le processus d'instruction des projets peut s'échelonner sur plus d'un an pour permettre la construction de l'expérimentation et son autorisation par le CTIS.

1.2.2 La posture des acteurs face au dispositif article 51 et au processus d'innovation

- a) *L'article 51 une nouvelle réponse à des problèmes persistants malgré une logique de transformation du système de santé*

Comme nous l'avons vu, l'invention peut donc venir de la base ou des directions. Lorsqu'elle vient de la base, autrement dit, des professionnels de santé, elle trouve souvent son origine dans des pratiques quotidiennes. La mise en œuvre de ces pratiques innovantes dans le cadre du processus d'innovation et de la logique d'appropriation revient aux professionnels de santé exerçant auprès des patients. Comme le dit Norbert Alter : « [...] la mise en œuvre d'une nouveauté passe toujours par l'action de pionniers, de francs-tireurs, voire de marginaux. » (Alter, 2013, p.31). Ainsi, dans la continuité des besoins évoqués ci-dessus, il convient d'examiner les dispositions dans lesquelles sont ces professionnels parfois inventeurs mais surtout innovateurs de par leurs

pratiques. La figure du pionnier est intéressante en cela qu'elle permet de saisir les motivations des acteurs relativement au caractère innovant de leur projet.

En effet, pour certains la motivation première ne semble pas tant être d'innover que de s'investir dans une démarche leur permettant d'exercer différemment pour trouver des solutions aux difficultés qu'ils rencontrent. Dès lors, il apparaît que face à ces difficultés, le fait d'être pionnier nécessite de s'inscrire dans une nouvelle logique qui permet d'envisager un changement de pratiques. Selon le référent de la région A, les professionnels de santé à l'initiative des divers projets partagent une logique qu'il résume en ces termes : « [...] *je veux faciliter mon travail, rendre mon travail plus performant* ». Ils cherchent tous, en substance, à pouvoir améliorer la qualité du suivi qu'ils prodiguent à leurs patients tout en pouvant prendre en charge plus de patients face au problème persistant et croissant de baisse de la démographie médicale. Ce qui semble nécessairement passer par une amélioration des conditions d'exercice de ces professionnels. Néanmoins, pour le profil que nous venons de décrire, l'état d'esprit pionnier ne semble pas commencer avec l'article 51. Il transparaît aussi dans la manière dont ces professionnels ont saisi les opportunités qui se sont présentées à eux pour faire évoluer leur travail et plus largement le système de santé. Le référent de la région A décrit ce phénomène comme suit :

« [...] Donc pionniers en ce sens que quand il y a la possibilité de faire une maison de santé pluri professionnelle ils y vont, c'est nouveau, c'est innovant et voilà ils y vont avec une certaine prise de risque, quand il y a des protocoles de délégation de tâches, ils y vont. Par contre, à chaque fois, ils y vont avec beaucoup de méfiance par rapport au risque administratif de surcharge administrative, d'usine à gaz, ils veulent vraiment [une] réponse ultra pragmatique à leurs problèmes du moment. »

Cet extrait d'entretien met de nouveau en évidence le caractère quotidien et immédiat des problèmes que ces professionnels doivent résoudre. Il permet aussi de faire ressortir la prise de risque à laquelle semblent devoir s'exposer tous les pionniers à un moment du processus d'innovation. Ce risque a notamment trait à la légitimité de l'appropriation de ces nouvelles formes de pratiques bien que dans le cas présent, ces nouvelles formes d'exercices soient légales (Alter, 2013, p.32). Le fait de tester de nouvelles organisations représente en quelque sorte un risque, y compris, dans le cadre de l'article 51 puisque l'incertitude est partie prenante du processus. Cependant, le référent de la région B, insiste sur le fait que la perspective d'accéder à ce statut de pionnier en expérimentant peut donner une impulsion nouvelle. En effet, comme il le dit, *« [...] ils vont faire le test pour voir si ça marche et on va adapter pour essayer [de faire en sorte] que ça marche »*. C'est pour cette raison qu'il remarque un engouement particulier, une envie de s'impliquer avec optimisme qui tend vers un sentiment de responsabilité. Ce sentiment de

responsabilité des professionnels semble induit par la conscience de participation à l'évolution du système de santé dans une logique de transformation.

b) L'article 51, plus qu'une simple voie de financement

Depuis 2018, l'article 51 offre de nouvelles possibilités qui permettent de financer des projets considérés comme innovants. Cependant, comme nous l'avons vu, le dispositif est encadré et soumis à des obligations spécifiques. Ainsi, s'il est vrai que pour certains projets jugés prometteurs mais mal défendus par les porteurs, les équipes régionales ou nationales peuvent aider à construire la future expérimentation afin qu'elle corresponde au dispositif ; certains projets sont bien trop éloignés de l'objectif du dispositif. Comme l'explique le référent de la région A, certains projets très bien présentés et dont la volonté est très clairement définie demandent des financements qui ne sont pas en accord avec la vocation du dispositif. A titre d'exemple, l'article 51 ne permet pas de créer une structure ou de payer un loyer. De la même manière, certains projets peuvent proposer une nouvelle organisation et un nouveau mode de financement qui, en principe, pourraient répondre aux attendus. Cependant, même si l'idée est innovante, l'opportunité d'instruire ce projet peut ne pas apparaître aux équipes. Nous pouvons nous référer à des exemples très concrets de projets qui d'après l'analyse du référent de la région A reposent sur un intérêt privé clairement explicité et non pas sur une volonté d'innovation ou d'amélioration de l'offre existante. Il s'agit de projets portant la création d'un modèle de rémunération en libéral pour des infirmiers en psychiatrie ou pour des puéricultrices. D'après ce même référent, ces deux projets posent la question de l'intérêt à agir dans ce sens si cela doit fragiliser l'offre de soins existante. En effet, la réflexion autour de l'opportunité d'une installation en libéral pour ces infirmiers spécialisés interroge sur le risque d'affaiblissement de la psychiatrie ou de la pédiatrie hospitalière au profit de leurs équivalents en ville. La question se pose d'autant plus qu'en matière d'efficacité et d'efficience ces projets n'ont pas été convaincants. Ainsi, la présence explicite d'intérêts personnels au principe de ces projets ne semble pas concorder avec la posture des autres pionniers décrits auparavant.

Outre la nécessité que leurs projets concordent avec le principe de l'article 51, les pionniers doivent composer avec les contraintes propres au cadre dérogatoire pour entrer dans le processus d'innovation article 51. A ce sujet, de nombreuses personnes interrogées pointent la difficulté que peut représenter l'entrée dans le dispositif pour les porteurs de projets. Le référent de la région A remarque que « *c'est quand même très lourd l'article 51* ». Cette réflexion semble renvoyer à ce que plusieurs référents de l'équipe « Elixir » évoquent et que l'on pourrait qualifier de « lourdeur

administrative ». L'expression semble se justifier, d'une part, au regard du nombre d'avis ou d'arrêtés qui conditionnent la mise en œuvre des expérimentations. D'autre part, comme nous l'avons vu, le processus d'instruction peut être long et demander beaucoup d'investissement aux porteurs de projets et aux équipes qui les accompagnent pour rédiger la lettre d'intention et le cahier des charges (Cf *supra*. p.26). Le référent de la région A indique que cette « lourdeur administrative » est parfois un frein pour les porteurs de projets qui « *y vont à reculons* ». Il semblerait qu'elle soit due à divers composants du dispositif dont la création, l'adaptation et le fonctionnement des systèmes d'information, la facturation et l'évaluation. Le système d'information est, en effet, un élément clé qui permet notamment le partage d'informations entre professionnels et le recueil de données. Ce recueil de données est censé aider à l'évaluation du dispositif. L'évaluation est une part importante du dispositif qui sert à étayer les perspectives de généralisation des expérimentations. Néanmoins, comme l'expliquent un référent régional et des membres de l'équipe « Elixir », l'évaluation et la généralisation nécessitent de prendre des précautions dès la conception du projet ; ce qui semble compliquer le processus d'instruction. Il semblerait que ces précautions prises par les équipes ne soient pas pleinement comprises par les porteurs qui, d'après le référent de la région A, souhaitent pouvoir agir pour régler leurs problématiques locales et ne se sentent pas concernés, dans un premier temps du moins, par les enjeux de la généralisation et donc de la transposition dans le droit commun. La particularité de la voie article 51 concerne également le caractère innovant que l'on prête à ses expérimentations. Il s'agit de tenter de comprendre ce que signifie ce qualificatif dans le contexte de l'article 51.

1.2.3 Le caractère innovant au sens de l'article 51

a) Paradoxe vécu de l'innovation dans l'article 51

Il semble pertinent à ce stade du développement de revenir sur le caractère innovant de l'article 51 en tant que tel. En effet, comme nous l'avons vu, la logique d'innovation organisationnelle semble indissociable de la logique d'organisation et des règles qui la déterminent. Si cette articulation est repérée et analysée par Alter, elle peut paraître paradoxale de l'avis de certains acteurs, dont plusieurs membres de l'équipe « Elixir ». Deux référents de l'équipe disent considérer la « lourdeur administrative » comme étant caractéristique de l'administration mais la jugent contradictoire et incohérente avec la démarche innovatrice promue par le discours politique. La critique des référents porte principalement sur le caractère chronophage de cette « lourdeur administrative » qui, de ce fait, peut entraver l'action des équipes et des professionnels de terrain.

Les deux référents interrogés indiquent que cette lourdeur complexifie l’instruction des projets et considèrent que le processus d’instruction « *est complètement incohérent avec un processus d’innovation* ». Ainsi, même si en tant qu’innovation organisationnelle, l’innovation article 51 dépend d’une logique d’organisation qui est dans ce cas législative et réglementaire, d’un point de vue opérationnel, cette articulation est complexe à mettre en œuvre pour l’équipe « Elixir ». A titre d’exemple, il a été observé que la rédaction des avis CTIS sur l’autorisation ou sur l’opportunité de généralisation de chaque expérimentation est une tâche très chronophage et compliquée pour les référents nationaux qui regrettent surtout que cette tâche prenne autant de place dans leur exercice quotidien. Il semblerait, comme l’explique le référent de la région A, que le problème de la « lourdeur administrative » soit une crainte récurrente chez les professionnels de santé dès lors qu’ils s’engagent dans un dispositif qui a, un jour, été nouveau comme l’article 51 ou les MSP. Il ne s’agit donc pas de dire que la « lourdeur administrative » ne concerne que le dispositif article 51 mais qu’elle peut paraître incohérente avec la volonté politique d’innover. Nous pouvons d’ailleurs considérer que cette « lourdeur administrative » n’a pas été anticipée et apparaît progressivement parallèlement au développement du dispositif et au nombre croissant d’expérimentations auxquelles viennent désormais s’ajouter les travaux de généralisation qui seront développer ultérieurement (Cf. *infra*. p.86).

L’enjeu de généralisation est également un élément qui semble contribuer à éloigner l’innovation article 51 de la définition qui en est communément admise par le sens commun. L’objectif du dispositif article 51 est de permettre l’entrée dans le droit commun des expérimentations qui auront fonctionné. La généralisation implique donc que l’ensemble des acteurs du système de santé puissent s’approprier les organisations et les financements expérimentés (Morize et.al., 2021, p.2). Si la généralisation des expérimentations vise la transformation du système de santé par l’institutionnalisation de ces innovations, elle est aussi une contrainte qui influe sur le processus d’innovation. En effet, comme le fait remarquer un référent de l’équipe « Elixir », dès l’instruction du projet le but poursuivi est la généralisation. L’enjeu est donc de faire en sorte que le dispositif testé soit *a minima* compatible avec le droit commun. Dès lors, si dès l’instruction il est établi que les modalités d’expérimentation proposées ne pourront pas être transposées en dehors du cadre dérogatoire, le référent indique que l’expérimentation peut être jugée inutile. Si l’attention portée à la généralisation est de plus en plus présente dès le début du processus, ces questions de généralisation ont été moins anticipées pour les premières expérimentations autorisées selon le référent de la région A, ce qui pourrait poser problème pour les transposer dans le droit commun. Ainsi, il semblerait que la volonté d’innovation soit en tension avec les enjeux de généralisation qui nécessiteraient de restreindre l’acceptation de la notion

d'innovation à des nouveautés compatibles avec le système actuel et adaptées à ses contraintes (Morize et.al.,2021, p.2).

b) *Innover selon les règles*

En un sens, cela implique que des projets ne sont donc pas autorisés à entrer dans le dispositif article 51 parce que jugés trop innovants. Si comme le dit un référent de l'équipe « Elixir », l'article 51 doit être disruptif et bousculer le système de santé pour *in fine* le transformer, certaines modalités innovantes semblent être jugées réhivitoires. A titre d'exemple, un projet a été rejeté parce qu'il a proposé de recourir à l'article 51 pour augmenter le taux de remboursement de médicaments. Or, comme l'a motivé la Rapporteuse générale dans la lettre de rejet, l'article 51 n'a pas vocation à remettre en question la HAS en finançant des médicaments ou dispositifs ayant déjà fait l'objet d'un avis. Un autre prérequis délimite le type d'innovation recevable dans l'article 51. En effet, le caractère probant du dispositif proposé doit impérativement avoir été démontré en amont pour qu'il puisse être retenu. C'est pourquoi, un projet consistant en la mise en œuvre d'une étude expérimentale visant à valider un dispositif médical n'a pas été considéré éligible. Il semble pertinent d'explicitier cette considération sur le caractère probant à l'aide d'une comparaison utilisée par un référent de l'équipe « Elixir ». Ainsi, pour motiver le rejet de cette étude expérimentale portant sur un nouveau dispositif dont la pertinence n'est pas encore démontrée, il met ce dispositif en regard des soins infirmiers. Les soins infirmiers sont présents dans la plupart des expérimentations quelles que soient les pathologies concernées ou l'organisation proposée. Néanmoins, dans l'ensemble de ces expérimentations, il s'agit de tester de nouvelles organisations de ces soins infirmiers pour évaluer l'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins. Le but n'est donc pas de démontrer la valeur scientifique des soins infirmiers en matière de service rendu au patient. Cet enjeu quant au caractère probant des dispositifs testés peut nous amener à poser la question de la place des dispositifs médicaux et notamment des dispositifs numériques au sein de l'article 51. Il ne s'agit pas de dire que c'est le manque de preuve scientifique qui empêche systématiquement le développement des dispositifs médicaux dans l'article 51. Cependant, le référent de la région A affirme qu' : « *on s'est rendu compte par exemple qu'il [l'article 51] n'était pas bon pour les innovations de dispositifs on s'est planté avec toute une série de projets, on a très peu de projets pour lesquels on a des dispositifs médicaux voire même des dispositifs numériques, des histoires de seringues connectées, des histoires de poches connectées.* »

Pour apporter une conclusion à ces considérations sur la définition du caractère innovant, il paraît pertinent de revenir à l'objectif de transformation du système de santé qui sous-tend

l'article 51. Certaines personnes interrogées, qu'elles soient membre de l'équipe « Elixir » ou référent régional, ont affirmé que l'article 51 n'est pas une innovation dans l'absolu et qu'en un sens, ce qui est expérimenté n'est pas pleinement nouveau. Ces propos renvoient au fait que certaines des organisations testées et institutionnalisées dans le cadre de l'article 51 ne sont justement pas nouvelles. En effet, le référent de la région A explique que « *certaines éléments qui sont dans l'article 51, je les ai fait il y a 20 ans dans d'autres pays c'était même la façon de faire dans d'autres pays* ». Dans cet extrait d'entretien, le référent de la région A fait référence à des dispositifs de santé publique ayant été développés dans des pays très peu dotés en professionnels de santé³⁷. Ainsi, toujours d'après ses dires, le caractère innovant ne semble pas intrinsèquement lié à l'invention d'une organisation ou d'un financement mais au fait de mettre en place en France ce qui correspond à une « *nouvelle façon de faire par rapport à ce qu'on faisait avant* ». Ce même référent ajoute que ces nouvelles façons de faire vont « *déclencher des transformations qui elles [...] sont des façons de faire innovantes pour notre système de santé français* ». Nous pouvons ainsi considérer que l'innovation au sens de l'article 51 se comprend quant à l'objectif que le dispositif poursuit. Dans une perspective de transformation du système de santé, il semblerait que l'article 51 permette de participer aux évolutions et aux dynamiques actuellement en cours dans le système de santé. Comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir » et les référents régionaux interrogés, l'article 51 accompagne, structure et accélère les transformations à l'œuvre. Ainsi, si l'article 51 n'est pas toujours le déclencheur de la transformation, c'est aussi parce que comme le dit un référent national, dans l'article 51 « *on suit un mouvement plutôt que de le créer, de l'anticiper* » ce qui revient parfois, selon lui, à « *met[tre] des noms et des financements sur des choses que les professionnels faisaient déjà avant* ». Ainsi, il semblerait que le caractère innovant de l'article 51 réside dans sa nature dérogatoire qui permet de construire et de mettre en œuvre des innovations organisationnelles et financières qui n'ont jusque là jamais été introduites comme telles dans le système de santé et ce afin d'apporter une nouvelle réponse aux problématiques rencontrées par les professionnels. Pour ce faire, l'article 51 peut parfois contribuer à construire des innovations parcours qui s'inscrivent dans une dynamique de réforme tout en tentant d'adopter une approche renouvelée.

³⁷Le référent de la région A est un médecin de santé publique ayant eu une expérience de coopération internationale

1.3 Le parcours, un outil au service de l'innovation organisationnelle article 51

La démarche d'innovation organisationnelle article 51 et le cadre dérogatoire dans lequel elle s'inscrit semble en faire un espace propice à un changement de logique au profit du parcours. La construction d'une expérimentation semble emprunter des éléments de réflexions à d'autres outils. Ce processus de construction semble participer à une dynamique de réforme déjà engagée depuis longtemps. Le parcours article 51 apparaît donc comme un outil grâce auquel il s'agit d'innover ainsi que comme une manifestation de la dynamique de réforme d'un système de soins vers un système de santé (Schweyer, 2010, p.284).

1.3.1 Raisonner en matière de parcours

- a) *La démarche d'innovation : une rupture utile à la construction d'une expérimentation parcours*

Toutes les expérimentations article 51 ne semblent pas pouvoir être qualifiées de parcours à l'instar d'une expérimentation consacrée à l'accès aux soins à destination des populations migrantes en région Bretagne. Comme l'explique le référent de l'équipe « Elixir » en charge de cette expérimentation, ce qui importe c'est « *la première étape d'entrée dans le circuit de la prise en charge* ». Ce qui implique qu'il ne s'agit pas d'un parcours mais « *d'une accroche au démarrage* » toujours selon ses dires. Or, il indique regretter que cette expérimentation, en se concentrant uniquement sur la séquence de démarrage du parcours, ne permette pas d'obtenir des données et de la visibilité sur l'« *acculturation progressive [des] patient[s] au système de santé* ». Enfin, il explique considérer que d'après lui l'intérêt de l'innovation article 51 réside justement dans la possibilité que le dispositif offre en matière de construction des parcours. Nous pouvons considérer que le parcours est un outil qui permet de nourrir la logique d'innovation. En effet, la construction d'une expérimentation parcours incite les acteurs à réfléchir différemment pour les amener à considérer, comme l'exprime ce même référent que « *ce qui importe pour le patient ce n'est pas chaque acte individuellement mais bien le séquençage de plusieurs actes dans le cadre d'un parcours avec une logique d'évolution du patient et de sa pathologie et de la thérapie apportée* ». Ce changement de logique et de manière de faire semble faire écho à la part de rupture avec le passé qui, d'après Alter, est inhérente à la démarche d'innovation (Alter, 2013, p.31).

La phase d'instruction est un moment crucial pour permettre aux porteurs de raisonner en matière de parcours et donc d'envisager une nouvelle manière de faire grâce à l'accompagnement

prodigé par les référents nationaux et régionaux quant à la formalisation de leur projet. Dans le cadre de cet accompagnement, les porteurs peuvent participer à un atelier d'accompagnement à la rédaction du cahier des charges dans le cadre de l'Accélérateur (Cf *supra*. p.26). Cet atelier est un espace de dialogue entre les porteurs de projet et des membres des équipes articles 51 que sont, entre autres, le référent de la région concernée, le référent de l'équipe « Elixir » en charge du projet ainsi que des membres des DirAC et de la « Casette ». Au sujet du déroulement de ces ateliers, le référent de la région A explique que « *tous les ateliers et accélérateurs c'est comme ça, on commence par le parcours [...]* ». Ce temps de dialogue permet de faire évoluer la réflexion des porteurs qui s'inscrivent le plus souvent dans une logique de création de nouveaux tarifs nécessaires à la mise en œuvre de leur projet pour paraphraser ce même référent. Il s'agit donc par le dialogue de permettre la construction d'un parcours ou du moins de la séquence concernée, ce qui ne paraît pas simple. Toujours, selon le référent de la région A, même si les porteurs disent connaître le parcours qu'ils souhaitent déployer quand « *on leur fait expliquer le parcours en général on montre bien qu'ils ne sont pas si clairs que ça dans le parcours et qu'ils pensent juste qu'il suffit de rajouter un [élément] et que ça va marcher tout seul et en fait pas tant que ça* ». Le constat exprimé dans cet extrait d'entretien est partagé par l'équipe « Elixir » et peut être illustré par le projet encore en instruction autour d'un suivi renforcé entre médecin et IPA. En effet, grâce à l'atelier d'accompagnement renforcé, les porteurs ont pu expliciter leur projet et lever les réserves des équipes présentes. Néanmoins, malgré cet atelier la rédaction du cahier des charges a été complexe pour le porteur de projet. Ainsi le travail effectué pendant le stage sur le cahier des charges sous la supervision du référent national chargé du projet, a permis de mettre en lumière les éléments indispensables à la construction d'une expérimentation sous forme de parcours.

b) Construire un parcours qui s'inspire de l'existant pour s'en démarquer

L'objet de cette partie n'est donc, pas de dresser une typologie des parcours mis en œuvre dans l'article 51 mais de tenter d'analyser la démarche qui mène à leur mise en œuvre. Nous pouvons considérer que la construction d'un parcours dans le cadre du dispositif vise à en faire un outil au service de l'innovation organisationnelle. Outil qui, à l'instar, de la démarche d'innovation à laquelle il participe, semble composer avec l'ordre établi du système de santé. La notion de parcours n'est, en effet, pas apparue avec l'article 51, puisqu'elle fait référence à l'organisation des soins depuis les années 2000 et qu'elle a d'abord été employée en référence à la structuration des soins de premiers recours (Bloch & Hénaut, 2014, p.95-96). Dans la même optique, si elle sert la formulation des objectifs de l'article 51, elle est présente dans toutes les LFSS depuis 2012 (Fery-

Lemonnier, 2014, p.12). Ceci semble témoigner de l'inscription de cet outil dans les dynamiques d'évolution du système de santé. Pour identifier les éléments clés qui permettent de construire une expérimentation parcours, il paraît pertinent de se référer à une méthode qui semble structurante. Le chemin clinique est défini par la HAS comme une méthode « qui décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient »³⁸. Cette définition met en exergue des paramètres qui semblent essentiels pour commencer à raisonner en matière de parcours. Le premier élément déterminant dans un chemin clinique est la pathologie pour laquelle il est construit³⁹. Outre la pathologie choisie, il est crucial de caractériser précisément la population concernée en établissant des « critères d'éligibilité » pour reprendre les termes du référent de la région A⁴⁰. Quant « aux éléments de processus de prise en charge », ils s'apparentent aux étapes qui, d'après la méthodologie du chemin clinique, se décomposent en « segments principaux » à l'intérieur desquels doivent figurer les tâches élémentaires devant être réalisées comme les examens, soins et consultations⁴¹. Le chemin clinique est un document qui récapitule la liste des tâches à réaliser entre le début de la prise en charge et le moment où le patient sort du dispositif⁴². Ainsi, si des éléments comme la définition du profil du patient et des objectifs de la prise en charge sont communs à la méthode du chemin clinique et à la démarche article 51 en matière de parcours, il semblerait que les deux outils aient des finalités différentes.

En effet, le chemin clinique se concentre uniquement sur l'aspect curatif comme le montrent les exemples de chemins cliniques donnés par la HAS qui relèvent du domaine chirurgical⁴³. Ainsi, à l'inverse du chemin clinique, la démarche article 51, vise à mettre en œuvre des parcours qui ne se limitent pas à la prise en charge de l'événement aigu mais qui comportent une phase en amont de la prise en charge et intègrent un suivi en aval. Grâce au parcours et à l'approche plus globale qu'il permet, la démarche article 51 tente d'adapter les modes de prises en charge au suivi des maladies chroniques dans un objectif de transformation du modèle de soins et plus largement du système de santé déjà identifié par Anselm Strauss (Strauss, 1992, p.28). Ainsi, outre cette différence entre aigu et chronique, le chemin clinique et l'expérimentation parcours semblent se distinguer par la manière dont les professionnels sont amenés à intervenir dans le processus de prise en charge. Pour illustrer ces propos, on peut s'appuyer sur un exemple donné par le référent de la région B à propos d'une expérimentation sur la réhabilitation cardiaque. Selon

³⁸Chemin clinique. (2017). Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique

³⁹HAS. (2004). *Chemin clinique Une méthode d'amélioration de la qualité*.

⁴⁰Ibidem

⁴¹Ibidem

⁴²Chemin clinique. (2017). Op.cit.

⁴³HAS (2004). Op.cit.

ce référent, la différence entre le chemin clinique et l'article 51, résiderait dans la place qui est faite aux professionnels de ville, médecins et paramédicaux. En premier lieu, ces professionnels ont un rôle à jouer dans le repérage des patients avant leur adressage vers les SMR hospitaliers. Cette « *équipe de ville* », pour reprendre l'expression du référent de la région B, intervient notamment dans le suivi du patient en aval de la réadaptation mais dans une démarche de parcours tous les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient sont amenés à interagir et à s'organiser dès le début du processus. Il semblerait, ainsi, qu'une autre des spécificités de l'outil parcours au sens article 51 soit l'importance donnée à la coordination des professionnels. Si l'un des objectifs secondaires du chemin clinique est bien d'améliorer la coordination, l'article 51 lie dans ses objectifs, structuration du parcours et amélioration de la coordination entre les différents professionnels. Il semblerait que, dans les expérimentations parcours, la coordination soit indissociable d'une certaine intersectorialité entre le secteur sanitaire social et médico-social. Les référents interrogés pointent la capacité de la démarche article 51 à amener les professionnels des différents secteurs à « *travailler ensemble* » autour d'un patient, pour citer un référent national. Le référent de la région A évoque « *la logique de décloisonnement pluriprofessionnel* » qui en tant que marqueur commun à toutes les expérimentations article 51, pousse les professionnels à collaborer entre eux qu'ils soient par exemple médecins spécialistes et généralistes, IDEL, psychologues, assistants sociaux, travailleurs sociaux, enseignants d'activité physique adaptée (APA) ou encore diététiciens. La coordination entre les différents professionnels au sein des expérimentations sera abordée plus précisément dans une partie dédiée (Cf. *infra*. p.70).

Nous pouvons considérer que le parcours est un outil dont la construction participe d'un processus d'innovation organisationnelle. La spécificité de cet outil dans l'article 51 n'est pas uniquement organisationnelle mais également financière. Si on se réfère au chemin clinique, il s'agit d'une liste d'actes qui une fois réalisés doivent être signés par tous les professionnels⁴⁴. Ainsi, il semble que le principe du chemin clinique s'inscrive dans la logique du paiement à l'acte qui est, actuellement au principe du mode de rémunération des professionnels de santé libéraux (Bras, 2017, p.72 ; Marin, 2021, p.415) (Cf. *supra*. p.2). Or, l'article 51 permet précisément de déroger au paiement à l'acte afin de s'adapter aux organisations innovantes mises en œuvre. Dès lors, il s'agit d'adapter les modes de financement aux modes d'organisation choisis (Saison 2021 p.395). Il semble pertinent d'évoquer, dès à présent, le caractère substitutif du financement article 51 qui permet, d'après le référent de la région A, de « *change[r] de modèle de rémunération* » et de « *substitue[r] un paiement au parcours au paiement à l'acte* ». Si le financement dérogatoire du parcours peut prendre différentes formes comme nous le verrons (Cf. *infra*. p.56-57), cette

⁴⁴*Ibidem*

remarque du référent de la région A semble montrer que la démarche article 51 dépasse les objectifs du chemin clinique. En effet, on peut considérer que l'article 51, dans une démarche d'innovation organisationnelle et financière, participe à un changement de logique et plus profondément à une dynamique de réforme du financement du système de santé (Marin, 2021, p.415). On peut d'ailleurs remarquer que, lors de la phase d'instruction, la construction des modèles économiques est tout aussi importante que la définition des étapes du parcours.

1.3.2 La construction d'une expérimentation parcours, un travail de trajectoire

Afin de caractériser plus précisément l'expérimentation parcours article 51, il semble pertinent de s'appuyer sur le concept de trajectoire de maladie développé par Anselm Strauss. En effet, analyser l'expérimentation parcours à l'aune de la trajectoire de maladie semble permettre de saisir tous les enjeux relatifs au parcours comme outil innovant dans une démarche de transformation du système de santé.

a) L'entrée dans le parcours, un moment crucial des expérimentations parcours

Dans une perspective d'analyse de la construction d'une expérimentation parcours, le concept de trajectoire de maladie permet de mettre l'accent sur le travail de visualisation, d'anticipation de « l'ensemble du travail qui devra être fait pour maîtriser le cours de la maladie » (Strauss, 1992, p.176). En effet, il semblerait que le travail de construction d'une expérimentation parcours durant la phase d'instruction consiste à réfléchir aux différentes étapes, à l'ensemble des tâches et aux différentes phases qui composeront le parcours. Strauss insiste sur le fait que chaque trajectoire se décompose en plusieurs phases dont la première est la période diagnostique (Strauss, 1992, p.161 ; 176). Le diagnostic constitue le début du travail de trajectoire en cela qu'en tant qu'identification de la maladie, il est le préalable indispensable à tout processus de prise en charge (Strauss, 1992, p.161-162). En ce qui concerne la construction d'une expérimentation parcours article 51, nous pouvons considérer que la définition des critères d'inclusion participe de cette première phase de diagnostic. En effet, le référent régional de la région A insiste sur la nécessité de caractériser précisément les patients destinés à entrer dans le parcours ainsi que le nombre de patients concernés. Ce travail de caractérisation semble faire partie de ce début de travail de trajectoire puisqu'il permet de commencer à la dessiner et à la délimiter. Outre la définition de la population cible, il semble nécessaire de prévoir une phase de repérage et d'orientation des

patients qui est préalable à leur inclusion en tant que telle dans le dispositif expérimental. Néanmoins, nous pouvons considérer que cette phase de repérage et d'adressage des patients vers le dispositif fait partie du parcours et de la période diagnostique. Il semblerait que dans ce premier moment, les professionnels s'assurent que le parcours proposé est vraiment adapté aux besoins du patient. Le moment de l'inclusion du patient semble être un passage clé de la période diagnostique puisqu'elle donne lieu à un bilan initial qui permet aux différents professionnels d'évaluer l'état de santé du patient et ses besoins afin de pouvoir adapter le parcours en conséquence. A titre d'exemple, dans le parcours addictions, le médecin généraliste effectue un bilan des comorbidités du patient et une première évaluation de ses besoins en matière de suivi psychologique et d'accompagnement par un travailleur social.

Ce premier moment d'inclusion dans l'expérimentation peut également être l'occasion pour les professionnels de santé de revoir ou d'affiner le diagnostic qui a pu être posé auparavant par d'autres professionnels. Ce cas de figure a pu, par exemple, être observé dans une expérimentation dont l'objet est le traitement des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage chez des enfants âgés de 6 à 15 ans. En effet, comme l'explique le référent national chargé du suivi de l'expérimentation, il est avéré que les familles rencontrent des difficultés pour obtenir un diagnostic précis qui est, ainsi, souvent posé avec plusieurs années de retard. C'est pourquoi, l'expérimentation prévoit différents bilans adaptés à la situation de l'enfant et qui débouchent sur un suivi adapté au niveau de complexité des troubles de l'enfant. D'après le rapport final de cette expérimentation qui va être généralisée, l'entrée dans ce parcours permet, grâce aux différents bilans de repérage et de diagnostic, d'orienter les enfants et les familles vers les niveaux de prise en charge adéquats. Ainsi, cet exemple semble montrer que la phase d'inclusion et ses divers bilans peuvent être rapprochés des débuts de travail de trajectoire évoqués par Strauss (Strauss, 1992, p.161).

b) Adopter la logique de la trajectoire de maladie pour délimiter le périmètre d'une expérimentation parcours et ses acteurs

Le ciblage des patients et la période diagnostique ne semblent pas être les seuls éléments qui permettent d'examiner la démarche de construction d'une expérimentation parcours article 51 au regard de la trajectoire de maladie. En effet, pour parachever sa définition de la trajectoire de maladie Anselm Strauss écrit que :

« Pour chaque maladie différente, sa trajectoire imposera des actes médicaux et infirmiers différents, différents types de compétences et autres savoir-faire, une répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent (y compris, le cas échéant, les parents proches et le malade), et exigera des relations tout à fait différentes [...] entre ceux-ci ». (Strauss, 1992, p.143-144).

Tout d'abord, cet extrait met en exergue l'existence d'une trajectoire spécifique pour une maladie donnée. Ce que nous pouvons analyser comme un lien entre une maladie et sa trajectoire semble être une composante centrale dans les expérimentations parcours article 51. En effet, comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », de nombreuses expérimentations se concentrent sur la prise en charge d'une pathologie donnée comme l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire ou l'obésité. C'est pourquoi, d'après ce référent, pour construire un parcours, il est nécessaire de partir de la pathologie et de cibler les patients en conséquence. Néanmoins, il semble important de préciser que certaines expérimentations sont destinées à des personnes en situation de polyopathie ou à des personnes dont la situation est liée à l'âge. Ainsi, au-delà de la pathologie en tant que telle, il semble important de souligner que la démarche article 51 se base sur ce principe qui chez Strauss peut être compris comme une correspondance entre une trajectoire et une situation pathologique à partir de laquelle le parcours est construit et adapté. La citation de Strauss en évoquant « le malade » semble pouvoir amener à approfondir la question de l'adaptation d'un parcours à une pathologie. En effet, on peut considérer que si les critères d'éligibilité sont communs à tous les patients entrant dans le groupe concerné par un parcours, le parcours de chaque patient se distingue en fonction de la manière dont son état de santé évolue. Il semblerait, donc, qu'en s'inscrivant dans la dynamique de réforme actuelle du système de santé, l'article 51 tente de faire du parcours un outil dont l'objectif est de prodiguer au patient un suivi et un accompagnement le plus personnalisé possible (Borgetto, 2021, p.393). Ainsi, nous pouvons considérer que les expérimentations parcours article 51 bien que délimitées par un cahier des charges, sont pensées pour pouvoir adapter le suivi aux besoins de chaque patient (Cf. *infra*. p.57). Dans cette optique, une expérimentation peut prévoir différentes déclinaisons d'un parcours socle afin, par exemple, de s'adapter au stade d'insuffisance cardiaque du patient ou à l'opération chirurgicale subie. Pour ce qui est de la personnalisation des étapes du parcours, à titre d'exemple, dans l'expérimentation sur les troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage, les consultations avec un psychologue ne concernent pas tous les enfants inclus. C'est pourquoi comme le dit le référent de la région A, « *le calibrage du parcours [est] essentiel* » dans le processus de construction d'une expérimentation parcours.

Si l'on poursuit l'analyse de la citation d'Anselm Strauss, il insiste sur le caractère déterminant que revêtent dans une trajectoire de maladie les « différents types de compétences

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

et autres savoir-faire » ainsi que la « répartition différente des tâches entre ceux qui travaillent ». (Strauss, 1992, p.144). L'approche interactionniste adoptée par Strauss semble se concentrer sur les relations que développent les professionnels participant au parcours du patient au travers des différentes actions qu'ils réalisent et des compétences complémentaires qu'ils mobilisent. Dans la même optique, pour construire une expérimentation parcours article 51, il semble indispensable de réfléchir à ce que nous pouvons désigner comme le périmètre d'intervention. Il s'agit donc, d'après le référent de la région A de définir la constitution de « *l'équipe qui va être concernée par le parcours et donc qu'il va falloir mobiliser, motiver [...] et donc pour qui ça va changer les pratiques [...]* ». L'enjeu semble être de constituer une équipe de professionnels qui vont devoir coordonner leurs différentes interventions autour du patient pour l'accompagner tout au long de son parcours, tout en s'inscrivant dans une démarche d'innovation organisationnelle qui vise à engendrer des changements dans leurs modalités de travail et de coordination. En effet, on peut considérer que la construction d'un parcours peut avoir des effets aussi bien sur la réorganisation des prises en charge que sur le changement des pratiques des professionnels. D'après le référent de la région A, il peut être nécessaire de réorganiser des prises en charge afin de concentrer des interventions sur un temps donné comme un épisode chirurgical. Dans un tel cas de figure, la durée du parcours est clairement délimitée. Ainsi, si chaque parcours s'inscrit dans le temps (Strauss, 1992, p.176), certains parcours peuvent s'inscrire dans des temps plus long et ne pas avoir de fin clairement déterminée comme pour le suivi renforcé à domicile ou le parcours addictions. Si la modalité de suivi est amenée à changer de manière durable, la construction d'un tel parcours exige d'anticiper les changements de pratiques qui seront nécessaires.

Si une expérimentation parcours semble donc obligatoirement passer par une réorganisation du travail des professionnels, Strauss inclut dans les différents types de travail nécessaires, le travail du patient et de son entourage qui peuvent être amenés à participer au parcours. D'après Strauss, il s'agit donc pour les professionnels non seulement de travailler autour d'un patient mais également avec lui (Strauss, 1992, p.145). Pour poursuivre l'analyse de l'expérimentation parcours, il paraît donc pertinent d'interroger la place du patient dans son propre parcours. Pour plusieurs référents de l'équipe « Elixir », l'éducation du patient est un des piliers des expérimentations parcours article 51. L'un des référents explique que l'objectif des expérimentations est que « *les patients deviennent véritablement acteurs de leur parcours et non pas qu'ils soient dans une relation, j'attends qu'on me dise ce que je dois faire pas à pas et qu'on me le rappelle chaque jour* ». Pour ce faire de nombreuses expérimentations recourent à l'éducation du patient. Nous pouvons préciser à cette occasion, que l'expression « éducation thérapeutique du patient » (ETP) n'est pas utilisée en tant que telle puisque la définition en est très restreinte comme l'ont montré des échanges avec la Direction « Hygiène ». Ainsi, les

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

expérimentations parcours semblent s'appuyer sur l'éducation du patient pour élargir la portée du parcours et tenter de transformer les parcours de soins en parcours de santé, lorsqu'il s'agit, par exemple, d'accompagner le patient à changer son alimentation dans une visée préventive (Borgetto, 2021, p.393).

Ainsi, si la logique derrière la construction des expérimentations parcours semble innovante, l'objet de la partie suivante est d'étudier les différents outils qui permettent au parcours article 51 de se démarquer pour tenter participer davantage à la dynamique de réforme du système de santé.

Partie 2. Le parcours, un outil au cœur de la démarche d'innovation organisationnelle et financière article 51

Dans la continuité de l'analyse de la construction de l'expérimentation parcours à l'aune de la trajectoire de maladie, le projet initial aurait consisté à traiter successivement, dans cette partie, les trois éléments saillants que sont : l'adaptation du parcours aux maladies chroniques, la coordination des professionnels et la place du patient en tant qu'acteur de son propre parcours. Néanmoins, par souci de cohérence avec les données de terrain recueillies, la question de la place du patient ne fera pas l'objet d'une partie dédiée mais apparaîtra en tant qu'enjeu de la gestion de ce parcours innovant et de ses modalités de coordination. Nous commencerons par examiner la manière dont l'article 51 permet d'adapter aux besoins du patient un parcours qui procède d'une vision holistique, ce qui en fait un outil incontournable dans la gestion des maladies chroniques. Ensuite, nous nous intéresserons au travail d'articulation des professionnels et de leurs interventions en tant qu'élément indispensable à la réussite d'un parcours.

2.1 Les possibilités offertes par une expérimentation parcours

La démarche d'innovation organisationnelle article 51 s'appuie sur une innovation financière afin de faire du parcours un outil permettant d'adopter une approche holistique de la santé du patient dans un contexte de chronicisation des maladies.

2.1.1 Le financement dérogatoire d'une expérimentation parcours

a) Liberté d'action

La démarche article 51 repose sur deux composantes que l'on pourrait qualifier de complémentaires, à savoir des modalités d'organisations nouvelles mises en œuvre grâce à des financements inédits qui leur sont adaptés (Bourgeois et al, 2021. p.1 ; Saison, 2021, p.395). Le financement dérogatoire qui est au principe de l'article 51 paraît être indispensable à la démarche d'innovation organisationnelle et à la réalisation des parcours expérimentés. Les expérimentations article 51 sont financées notamment grâce au FISS qui est un fonds spécifiquement créé à cet effet

par la LFSS pour 2018⁴⁵. Le FISS est une dotation originellement constituée de crédits nouveaux transférés de la branche maladie de la sécurité sociale^{46 47 48} et correspond, d'après les explications d'un référent de l'équipe « Elixir », à « *une enveloppe à part qui se nourrit des différentes enveloppes [Soins de ville, établissements de santé, médico-social]* ». De par son caractère transverse, le financement du dispositif article 51 pourrait être considéré comme un marqueur de la liberté d'action laissée aux expérimentateurs. En effet, comme l'explique un autre référent de l'équipe « Elixir », la dotation FISS est une enveloppe globale grâce à laquelle peuvent être financées des prestations relevant des différents secteurs sanitaires et médico-sociaux. Ce fonctionnement semble pouvoir être distingué du raisonnement en silo qui organise le système de santé et qui peut être illustré par le découpage de l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) en six sous-objectifs correspondant à des grands secteurs de l'offre de soins⁴⁹. En matière d'organisation des parcours, le financement dérogatoire article 51 permet donc d'associer et de financer sur un même parcours des professionnels de différents secteurs hospitalier, médico-social et soins de ville. En complément de cette intersectorialité, le référent de la région A insiste sur une autre liberté donnée par le cadre dérogatoire article 51. D'après lui, il est possible de faire intervenir sur un parcours « *des libéraux réglementés ou pas réglementés, [or] les psychologues ne sont pas réglementés, les diététiciens ne sont pas réglementés, donc ça va permettre en libéral d'avoir des diététiciens qui interviennent* ». Cet extrait d'entretien fait référence à la possibilité de financer, grâce aux prestations dérogatoires, des interventions réalisées par des professionnels non conventionnés par l'assurance maladie comme les diététiciens et ce même s'ils peuvent intervenir à l'hôpital. Ainsi, il semblerait qu'afin de permettre la concrétisation de cette logique de parcours, la « Cassette » voit en ce financement dérogatoire un moyen de faire intervenir sur un parcours des professionnels dont elle reconnaît la pertinence, tout en n'élargissant pas ses conventionnements.

Outre la rémunération de professionnels non conventionnés, les prestations dérogatoires peuvent être de plusieurs natures. Le financement est dit complémentaire au droit commun s'il a pour objet la rémunération d'interventions non rémunérées dans le droit commun dites prestations « hors panier de soins ». Le financement est dit substitutif au droit commun, s'il s'agit de rémunérer

⁴⁵Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss). (s. d.). Consulté 14 juin 2024, à l'adresse <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-pour-l-innovation-du-systeme-de-sante-fiss>

⁴⁶Arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024. *Op.Cit.*

⁴⁷Les branches. (s. d.). sécurité sociale. Consulté 17 juillet 2024, à l'adresse <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-branches>

⁴⁸Article L162-31-1—Code de la sécurité sociale—Légifrance. *Op.cit.*

⁴⁹Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024. Annexe 5 ONDAM et dépenses de santé. (s. d.).

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

différemment des interventions déjà financées par le droit commun en modifiant leur montant ou en optant pour un mode forfaitaire. Enfin, une expérimentation peut modifier des interventions déjà rémunérées dans le droit commun. Ainsi, un financement substitutif et complémentaire consiste à utiliser du financement de droit commun tout en le complétant dans une même prestation par un financement d'actions non rémunérées dans le droit commun⁵⁰. Il semblerait que ces différentes modalités de financement dérogatoire offrent une certaine latitude dans la construction et la mise en œuvre des parcours, tout en composant avec l'ordre établi du système de santé que représentent les modalités traditionnelles de rémunération. A titre d'exemple, dans l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile, la visite du médecin généraliste au sixième mois reste financée à l'acte.

Ces prestations dérogatoires permettent également de financer le temps en dehors de l'effectif même et notamment le temps consacré par les professionnels à la coordination du parcours, ce que le paiement à l'acte ne permet pas. Nous pouvons préciser, comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », que le financement couvre différents aspects de la coordination, c'est-à-dire, la coordination des professionnels dans le parcours du patient mais aussi la coordination des acteurs en ce qui concerne l'animation de l'expérimentation. En matière d'animation de l'expérimentation, il peut s'agir de financer la communication extérieure, les colloques, l'organisation en interne de formations ou de réunions de partage des pratiques. Cependant, ce même référent indique qu'il peut parfois être difficile de différencier les divers aspects de la coordination, tout en insistant sur le caractère global de ce financement qui peut être alloué à tout type de structure expérimentatrice, aussi bien MSP que centre hospitalier universitaire (CHU) pour des actions très diverses telles que le remplissage de bases de données ou le partage d'informations entre acteurs. Une autre spécificité du financement article 51 consiste en l'allocation de crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI) qui correspondent aux crédits nécessaires au porteur du projet pour initier l'expérimentation proposée et aider au développement des actions prévues ou au financement des coûts liés au pilotage du projet en tant que tel (Morize & Schlegel, 2023, p.3).

b) Effets sur le parcours, vers une approche plus globale et personnalisée

Nous pouvons, ainsi, considérer que les financements dérogatoires autorisés et expérimentés dans l'article 51 sont indispensables à la mise en place d'un parcours le plus global et

⁵⁰La typologie des prestations dérogatoires est issue d'un document interne de présentation du dispositif

le plus transversal possible et ce notamment parce qu'ils rassemblent les différents professionnels amenés à intervenir en garantissant leur coordination (Marin, 2021, p.415). Pour parvenir à concrétiser cette logique de parcours et à rassembler les professionnels autour d'un patient et de son parcours, il semble nécessaire de sortir du paiement à l'acte pour adopter un financement forfaitaire qui apparaît opérationnellement cohérent. Le référent de la région B affirme que le financement dérogatoire article 51 « aide à décloisonner puisqu'on va être sur un mode forfaitaire qui va être redistribué ». Il poursuit en expliquant que le financement au forfait est un levier « facilitant » en cela qu'il permet, par exemple, à des professionnels de ville et à des professionnels hospitaliers de revoir leurs modalités de travail et d'interaction afin de se répartir les interventions sur un parcours de manière coordonnée. Il semble que le financement forfaitaire puisse être considéré comme un mode de financement au parcours en tant qu'alternative au paiement à l'acte. En effet, le paiement à l'acte rémunère individuellement les professionnels qui interviennent de manière disjointe. *A contrario*, le parcours semble consister en l'intervention organisée et coordonnée de divers professionnels sur une période temporellement définie et jalonnée dans une perspective de vision globale de l'état de santé du patient. Dans cette optique, le référent de la région A insiste sur le changement de logique qui sous-tend un financement au parcours et qui passe souvent par la création d'un « forfait global ». Il dit : « [...] donc dans les soins primaires par exemple on va basculer du paiement à l'acte dans lequel la sécurité sociale subventionne un patient pour lui permettre d'acheter des actes auprès de professionnels de santé ; là la sécurité sociale finance le parcours d'un patient qui va permettre de rémunérer une série de professionnels autour de ce parcours. »

Cet extrait d'entretien semble suggérer qu'il s'agit d'organiser le travail des professionnels et leur rémunération autour de la réalisation du parcours d'un patient. Cette nouvelle organisation et son financement semblent avoir des effets sur la pratique des professionnels et sur la manière dont ils abordent le suivi du patient. Le référent de la région A évoque le « facteur motivant ou contraignant » que peut représenter la règle de financement d'un parcours « bien accompli » qui pousse les professionnels à travailler ensemble de manière coordonnée et à échanger afin de partager des informations. Il semble pertinent de préciser que le niveau de contrainte que constitue le financement forfaitaire diffère selon les expérimentations. Certaines expérimentations comme un des trois AMI historiques, autour d'une prise en charge partagée basée sur un intéressement collectif, peuvent apparaître plus motivantes que contraignantes de par leur caractère incitatif. Cependant, au sein d'une même expérimentation, comme pour le second AMI historique, qui consiste en la rémunération forfaitaire collective de professionnels de santé en ville, le caractère contraignant pour les médecins peut être inégal. Il dépend des modalités d'application du forfait choisies, à savoir une application à la totalité de la patientèle ou à une catégorie spécifique de

patients comme des patients diabétiques (Morize & Schlegel, 2023, p.3). Nous pouvons remarquer que la part représentée par les expérimentations dans l'exercice des professionnels et donc la rémunération corollaire varie selon les situations. En effet, d'après le rapport final de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile, la rémunération perçue au titre de ce suivi est minoritaire dans l'exercice des professionnels impliqués. *A contrario*, pour certaines équipes du deuxième AMI historique, la rémunération forfaitaire collective au titre de l'expérimentation peut représenter 80 % de la rémunération totale des médecins d'après les dires de l'équipe « Elixir ». Cependant, quelle que soit la place du financement forfaitaire dans la rémunération des professionnels, il semble avoir des effets concrets sur leurs modalités de travail. Lors d'un atelier sur la réussite du parcours coordonné du patient, à l'occasion de la Journée Nationale des porteurs de projets 2023, les professionnels présents ont insisté sur le caractère solidaire que revêt un financement au forfait. Selon eux, le forfait permet de mettre en exergue la nécessité du travail collectif de tous les professionnels au service de la réussite d'un parcours puisque c'est précisément ce travail d'équipe qu'il rémunère.

Cette nouvelle approche de financement au forfait du parcours d'un patient semble corroborer la dynamique actuelle de transformation du système de santé qui fait de « l'utilisateur le socle du système de santé » (Marin, 2021, p.415). Le parcours tel que financé dans l'article 51 peut donc apparaître comme un outil qui vise à « *mettre le patient au cœur du dispositif* » pour reprendre les termes du référent de la région A. Néanmoins, un tel postulat nécessite de s'interroger sur la place faite au patient dans son propre parcours. Sur ce point, les financements dérogatoires article 51 semblent permettre d'adapter un parcours aux besoins d'un patient en tenant compte de la variabilité des besoins de chaque patient au sein d'une population cible. A titre d'exemple, le parcours addictions est financé sur le principe d'une dotation annuelle versée à la structure qui est chargée de la redistribuer à chaque professionnel. Cette dotation est calculée en fonction du nombre de patients prévus sur un an pour une MSMA sachant que le forfait est de 806 euros par an par patient. Ainsi, comme l'explique le référent national chargé du suivi de l'expérimentation, « *dans le principe, le nombre de consultations dépend avant tout des besoins* ». Le parcours construit dans le cahier des charges prévoit notamment sept consultations avec un psychologue et six entretiens avec un travailleur social. Néanmoins, si, à titre d'exemple, un patient n'a pas besoin de bénéficier des entretiens avec le travailleur social, ces entretiens peuvent être ajoutés sur le parcours d'un autre patient pour qui le nombre moyen fixé se révèle insuffisant. En effet, tant que l'enveloppe de la dotation annuelle n'est pas dépassée, la répartition des interventions peut être adaptée. D'après ce même référent, l'objectif est donc de décliner le parcours en fonction des besoins du patient grâce à cette modalité de financement. Dans le même ordre d'idée, un référent article 51 de la « Direction Harpagon » précise que l'intégralité de la dotation et du forfait est versée

à la structure même en cas de sortie anticipée du patient de l'expérimentation. Les consultations non réalisées peuvent donc être réallouées à d'autres patients. Le forfait de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile fonctionne sur le même principe, le forfait est donc versé en intégralité même si des patients entrent en EHPAD ou décèdent. Ainsi, dans le cadre de cette expérimentation, le rapport final qualifie ce forfait de « forfait moyen » puisque, comme l'explique le référent national chargé du suivi de l'expérimentation, les visites de l'IDEL non réalisées pour un patient peuvent être réalisées chez un autre patient s'il a besoin de visites supplémentaires.

En principe, comme l'explique la direction « Harpagon » le forfait a vocation à être un cadre d'action dans lequel l'équipe peut adapter le suivi aux différents profils de patient. Néanmoins, concernant le parcours addictions, le rapport final semble montrer qu'un certain nombre de professionnels ne s'est pas saisi de cette liberté d'exécution des parcours dans la limite du respect de la dotation. Des psychologues et travailleurs sociaux interrogés dans le cadre de l'évaluation ont estimé que le nombre de consultations et d'entretiens était insuffisant pour certains patients qui avaient besoin d'un suivi plus long et plus régulier. D'après le référent chargé du suivi de l'expérimentation, beaucoup de professionnels ont appliqué les nombres moyens de consultations indiqués dans le cahier des charges à tous les patients en ne saisissant pas l'opportunité de les redistribuer. Il semblerait que la capacité à redistribuer les interventions aux patients relève d'une fonction de coordination et de supervision des parcours que ne possèdent pas spontanément les professionnels de santé. En effet, cela semble demander une adaptation de l'organisation qui ne va pas de soi pour les professionnels. Ainsi, le financement dérogatoire au parcours semble offrir, en principe, une liberté d'action qui n'est pas si évidente à mettre en pratique pour les professionnels expérimentateurs. Cette liberté d'action des professionnels en matière d'organisation des soins semble particulièrement prégnante en cela qu'elle semble les responsabiliser. Permettre l'adaptation du parcours aux besoins de chaque patient à partir d'un modèle implique que la visibilité sur le contenu concret du parcours peut être moindre pour les financeurs comme l'indique un référent de l'équipe « Elixir ». Cette liberté d'action qui permet une souplesse dans l'organisation du parcours se démarque du paiement à l'acte en matière de positionnement du financeur. En effet, le financement dérogatoire article 51 semble réduire la latitude de contrôle que peut d'ordinaire exercer la « Caisse », comme l'explique ce même référent. Nous pouvons observer que cette souplesse d'organisation du parcours permise par le financement dérogatoire est un enjeu particulièrement sensible en matière de construction des expérimentations mais également dans le suivi de leur mise en œuvre et de leur facturation. Il semblerait que ce changement de dynamique entre les professionnels et les financeurs témoigne du conflit avec l'ordre établi du système de santé que provoque la démarche d'innovation (Alter, 2013, p.25-26). Dans cette démarche d'innovation et de transformation, les modalités de financement dérogatoire

souvent forfaitaires semblent être un élément essentiel à la construction de parcours que les professionnels puissent accomplir en adoptant une approche holistique du patient.

2.1.2 Favoriser une approche holistique du patient et de son parcours

a) Visualiser un parcours personnalisé

L'approche holistique du patient semble indissociable d'une logique de parcours aboutie. Le cadre dérogatoire offert par l'article 51 semble constituer un espace propice au développement de cette approche holistique grâce à la manière dont le parcours, en tant qu'outil, est construit et mis œuvre dans les expérimentations. Comme nous l'avons vu, le financement dérogatoire article 51 permet d'adapter un parcours pensé pour une catégorie de patients aux besoins spécifiques de chaque patient. Cette personnalisation de l'évaluation des besoins et de leur prise en charge apparaît comme un élément essentiel des dynamiques actuelles de réforme du système de santé afin d'adopter une logique de parcours (Bloch & Hénaut, 2014, p.105). Cette personnalisation et cette adaptation du parcours aux besoins de chaque patient semble aller de pair avec une nécessaire attention portée à l'intégralité des dimensions de la vie du patient autres que son état de santé et sa pathologie (Bloch & Hénaut, 2014, p.104-105). Les dimensions de la vie d'un patient renvoient, par exemple, à son lieu de résidence, ses ressources économiques, son parcours antérieur ou encore ses caractéristiques sociodémographiques comme son âge, son sexe ou son niveau d'étude (Bloch & Hénaut, 2014, p.104). Dans la perspective de l'approche holistique de la personne d'un patient, le domicile apparaît comme un élément incontournable que les professionnels amenés à intervenir doivent connaître ou du moins appréhender. La place du domicile de la personne dans l'approche holistique du patient semble s'inscrire dans la dynamique de transformation déjà évoquée qui, en faisant du patient le socle du système de santé, fait également de son domicile le centre de cette nouvelle approche (Marin, 2021, p.415 ; Strauss, 1992, p.28). Cette connaissance est d'autant plus importante quand le patient ne peut plus sortir de son domicile pour se rendre au cabinet médical comme dans le cas de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile. A ce sujet, un IDEL expérimentateur explique que la découverte du domicile de la personne, de ses conditions de logement et de son environnement lors de la première visite est indispensable à la mise en place d'un parcours adapté. Étant donné que cette visite initiale correspond à une première évaluation de l'état de santé de la personne et à son inclusion dans le dispositif, nous pouvons considérer que l'attention portée au domicile du patient doit intervenir dès la période diagnostique déjà évoquée, en cela qu'elle participe à l'évaluation des

besoins du patient et à la visualisation des interventions nécessaires (Strauss, 1992, p.161). Prendre connaissance du domicile d'un patient serait également un moyen d'appréhender plus précisément ses habitudes de vie, habitudes qui ont des répercussions sur le déroulé de son parcours (Strauss, 1992, p.153).

Ainsi, cette approche holistique de la personne du patient s'appuie sur l'élaboration de « plans d'aide personnalisés régulièrement actualisés » (Bloch & Hénaut, 2014, p.105). Selon les expérimentations et les cahiers des charges, cet outil peut apparaître sous différentes dénominations telles que « plan personnalisé de santé » dans l'expérimentation d'un parcours addictions ou « plan personnalisé de soins » dans l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile. Nous retiendrons l'appellation plan personnalisé de santé (PPS). En effet, outre la dénomination, le principe de ce modèle semble commun aux parcours expérimentés et paraît faire référence à l'outil tel que modélisé par la HAS⁵¹ et testé dans le cadre de l'expérimentation Paerpa (Lussier, 2020, p.118). Le recours à un outil validé par la HAS montre une fois encore que les parcours construits et expérimentés dans l'article 51 participent d'une dynamique de transformation du système de santé tout en composant avec les règles préexistantes sur lesquelles il repose. Le PPS s'inscrit dans une démarche de repérage du patient, d'évaluation de ses besoins, de planification des actions, de suivi et de révision des besoins et du plan d'action⁵². Cette suite de séquences qui semble baliser le parcours du patient peut être comparée au raisonnement qui fonde le concept, déjà évoqué par analogie au parcours, de « trajectoire de maladie » chez Strauss. En effet, le travail de trajectoire s'appuie sur l'élaboration d'un « schéma de trajectoire » qui correspond à « une représentation imaginaire de la succession d'événements envisageables et d'actions à prévoir » (Strauss, 1992, p.161-162). Bien que le PPS soit un outil de formalisation du parcours⁵³ alors que le schéma de trajectoire s'apparente à un outil de visualisation de ce même parcours, les deux sont des plans d'action (Strauss, 1992, p.166). Si l'on se réfère à nouveau à la suite de séquences dans laquelle s'inscrit le PPS, on remarque que la planification qu'il permet est obligatoirement précédée d'une évaluation. Cette évaluation peut, par analogie, renvoyer à la période diagnostique et au début de travail de trajectoire chez Strauss (Cf. *supra*. p.48). En effet, le schéma de trajectoire et le PPS semblent faire de la phase de repérage et d'évaluation un préalable indispensable à l'élaboration d'un plan d'action et à sa réalisation (Strauss, 1992, p.161-162)⁵⁴. A propos du plan d'action que constitue le schéma de trajectoire, Strauss précise qu'il « peut parfaitement ne pas être dessiné dans ses moindres détails — il l'est probablement rarement — [...] ». Ainsi, il semble insister sur le

⁵¹HAS. (2014). *Mode d'emploi du plan personnalisé de santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA)*.

⁵²Ibidem, p.6

⁵³Ibidem, p.5

⁵⁴Ibidem, p.6

suivi et l'adaptation perpétuelle que requiert un tel plan d'action face à l'évolution incertaine de l'état de santé du patient (Strauss, 1992, p.176). Le suivi et la révision du plan d'action sont des éléments clés dans la démarche d'utilisation du PPS. En dehors de tout événement imprévu, le PPS doit être réévalué chaque année ; cependant, il est censé être réévalué face à une dégradation soudaine ou une amélioration de l'état de santé du patient, ou encore à la suite d'un événement tel qu'une hospitalisation ou une modification de l'environnement social de la personne⁵⁵. Le schéma de trajectoire et le PPS semblent faire apparaître un autre facteur clé de la réussite du parcours du patient qu'est la coordination entre différents professionnels autour du patient (Cf. *infra*. p.68). En effet, nous pouvons considérer que ces deux outils sont construits dans une perspective collaborative et pluriprofessionnelle puisqu'il s'agit d'anticiper les actions des différents types d'intervenants et la manière dont ces différentes actions s'agencent (Strauss, 1992, p.144 ; 166)⁵⁶.

b) Bénéfices d'une approche holistique pour les acteurs d'un parcours

Il apparaît que les expérimentations article 51 offrent la possibilité de favoriser une approche holistique du patient et de son parcours, puisque tout en s'appuyant sur un outil préexistant comme le PPS, les parcours expérimentés bénéficient du cadre dérogatoire en matière d'organisation et de financement. Ainsi, l'article 51 semblerait permettre la création d'expérimentations parcours qui obéissent à une définition assez libre et large de ce qu'implique un parcours. Dès lors, il semble pertinent de s'intéresser aux effets qu'une telle approche du parcours peut produire sur le patient et sur les professionnels qui interviennent auprès de ce dernier. Cependant, en préambule, nous pouvons préciser que les membres de l'équipe « Elixir » partagent un constat quant à la difficulté d'obtenir des données sur la manière dont chaque parcours est opérationnellement mis en œuvre pendant l'expérimentation. Ce constat peut surprendre alors que les étapes des parcours telles qu'elles figurent dans les cahiers des charges doivent pouvoir être adaptées en fonction des besoins des patients et des conditions effectives de réalisation sur le terrain. On peut remarquer que ce principe d'adaptation semble pourtant admis par la plupart des équipes chargées du pilotage de l'article 51. Néanmoins, un exemple d'expérimentation décrit par le référent de la région B semble pouvoir permettre de comprendre comment l'approche holistique du patient et de son parcours produit des effets concrets. Ce

⁵⁵Ibidem, p.6

⁵⁶Ibidem, p.7-8

réfèrent affirme à propos d'une expérimentation de parcours de réhabilitation cardiaque qu'il s'agit à l'origine d'un parcours de soins qui, grâce à une approche globale du patient, a évolué et produit des « *résultats au quotidien* » dépassant le champ du soin. A titre d'exemple, il permet notamment au patient de reprendre une activité physique et une vie sociale. Ainsi, ce parcours qui est originellement un parcours de soins fondé sur un chemin clinique semble produire des effets qui le rendraient comparable à un parcours de santé. Nous pouvons remarquer que la sensibilisation des professionnels à la promotion de la santé entendue comme une approche holistique de la santé fait partie des répercussions organisationnelles attendues. Néanmoins, les effets escomptés sur le quotidien du patient ne sont pas explicités dans le cahier des charges. Nous pouvons faire l'hypothèse que le passage du parcours de soins au parcours de santé est permis par différents éléments dont les effets se révèlent au fil de la mise en œuvre de l'expérimentation. Nous pouvons évoquer le fait que l'ESP intervient en proximité du patient pour poursuivre le programme de réhabilitation cardiaque initié par les SMR hospitaliers. Les séances de réadaptation organisées par l'ESP sont collectives afin de favoriser la coopération sociale entre les patients qui y participent. Cet exemple semble particulièrement significatif en cela qu'il s'inscrit sur un territoire où les professionnels et les patients sont amenés à se croiser très régulièrement comme l'indique le réfèrent régional. L'approche holistique mise en œuvre dans cette expérimentation semble donc également avoir des effets sur les professionnels impliqués puisqu'ils retirent une satisfaction particulière à constater les changements que leur accompagnement a engendré pour le patient. Le caractère gratifiant de ce type de suivi pour les professionnels paraît important à évoquer étant donné que le travail qu'ils effectuent auprès des patients peut les affecter (Strauss, 1992, p.161).

La logique de parcours et l'approche holistique qu'elle vise à déployer exigent de porter une attention particulière aux choix du patient quant à la construction et à la réalisation de son parcours (Marin et al., 2020, p.515). En effet, nous pouvons considérer que les choix du patient en cela qu'ils témoignent de son vécu, de la manière dont il perçoit son parcours et sa réalisation, participent de cette approche holistique de la personne du patient qui permet de pouvoir adapter le parcours à ses besoins (Bloch & Hénaut p.104-105)⁵⁷. C'est dans cette optique que semble construit l'expérimentation d'un parcours addictions dont l'objectif est d'offrir une alternative « à *l'organisation systémique de la prise en charge de l'addiction en France* » pour reprendre les termes du réfèrent chargé du suivi de l'expérimentation. Ainsi, ce parcours viserait à s'adapter aux besoins des patients souffrant de conduites addictives alors que comme l'explique ce même réfèrent « *c'est justement le peu d'appétence voire la réticence des patients à aller vers ces structures spécialisées qui fait qu'on a une grosse partie de la population qui n'est pas suivie, notamment les femmes parce*

⁵⁷SGMCAS. (2016). *PARCOURS DE SOINS. PARCOURS DE SANTÉ. PARCOURS DE VIE. Op.cit.*
Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

qu'elles n'ont pas du tout envie de rentrer dans le circuit de prise en charge spécialisé [...]». L'enjeu de cette expérimentation semble donc être de permettre l'entrée dans un parcours par le biais du premier recours non spécialisé autour de la MSMA et du cabinet du médecin généraliste ; tout en l'enrichissant d'expertises extérieures en addictologie pour faciliter l'accès aux soins en s'implantant dans un lieu connu du patient. Le modèle de cette expérimentation semble vouloir s'adapter aux besoins du patient et à ses habitudes. Ainsi, ce parcours permet de « *porter une offre dans le cabinet du médecin généraliste* » afin que « *toute l'organisation s'adapte au patient* » qui n'a donc pas à se rendre dans des structures comme des CSAPA et des CAARUD qui freinent certains patients face à une possible stigmatisation. Comme l'indique le référent de l'équipe « Elixir », cette expérimentation dans laquelle la moitié des patients inclus sont des femmes, leur a permis de bénéficier d'un suivi adapté et plus efficace que les prises en charge qu'elles ont connues auparavant. L'une d'entre elles témoigne dans le Rapport au Parlement 2023, elle évoque différents éléments saillants qui, d'après elle, ont contribué à la réussite de son parcours. Elle indique qu'elle comprenait la proposition de parcours qui lui était faite et qu'elle a été rassurée par les échanges que le médecin et le psychologue avaient au sujet de son parcours. Elle insiste sur le fait que la fréquence du suivi a été évolutive et ajustée au fil du temps, tout comme les traitements médicamenteux en concertation avec elle. Elle évoque également l'importance de l'écoute du médecin et du psychologue à son égard, ce qui lui a permis d'avoir confiance en ces deux professionnels et en son parcours (Rapport au Parlement, 2023, p.69-71). Il semble que l'objectif d'une telle approche holistique soit de faire du patient un acteur de son parcours en lui permettant de le maîtriser. Aussi bien dans la construction que dans la mise en œuvre d'un tel parcours, l'enjeu pour les professionnels et les équipes qui les accompagnent semble être de créer des conditions optimales pour que le patient ait la possibilité de devenir acteur de son parcours.

2.1.3 Le parcours, une approche devenue nécessaire pour aider à la gestion des maladies chroniques

a) Maladies chroniques et contingences

En 2017, les personnes souffrant d'au moins une maladie chronique représentent 20 % de la population (Tourette-Turgis, 2017, p.93). D'après les chiffres de l'Insee, en 2021 37,5 % des personnes âgées de 16 ans ou plus souffrent de « problèmes de santé chroniques ou durables »⁵⁸.

⁵⁸État de santé de la population - France, portrait social | Insee. (2023). <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>

Face à ce constat, la logique de parcours mise en œuvre dans les expérimentations article 51, se caractérisant par des financements souvent forfaitaires et une approche holistique du patient, semble contribuer à la nécessaire transformation du système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques (Fery-Lemonnier, 2014, p.12). La transition épidémiologique a, en effet, entraîné le passage d'un modèle de prise en charge de l'événement aigu à un modèle de gestion de la maladie chronique (Hassenteufel et al., 2020, p.13 ; Polton, 2023, p.32 ; Strauss, 1992, p.144). La notion de gestion appliquée à la maladie chronique se justifie en cela que la guérison n'est plus un objectif en tant que tel puisqu'il s'agit davantage de contrôler l'évolution, les symptômes et les conséquences de la maladie chronique (Baszanger, 1986, p.11). La maladie chronique et sa gestion s'étendent sur des mois ou des années (Baszanger, 1986, p.4), la logique de parcours semble donc s'imposer pour permettre l'accompagnement du patient sur ce temps long. Dans cette optique, les expérimentations parcours développées par l'article 51 semblent offrir une certaine latitude d'action. En effet, les cahiers des charges fixent une durée de parcours, qui pour le parcours addictions et le suivi renforcé à domicile est, par exemple, d'un an. Dans les deux cas, il est prévu que le parcours puisse être renouvelé autant de fois que nécessaire dans la limite du temps expérimental. Ainsi, comme l'explique le référent national chargé du suivi du parcours addictions, la durée moyenne du parcours est de deux ans et dépend des besoins de chaque patient. Le référent de l'expérimentation pour la région C, qui est une des cinq régions concernées, indique que le parcours addictions permet de suivre des patients en tenant compte des besoins fluctuants et intercurrents de la personne ou de potentielles ruptures de parcours comme les hospitalisations. Il affirme que certains patients peuvent être réinclus à plusieurs reprises sur deux ou trois ans et donc reprendre leur parcours.

La gestion d'une maladie chronique implique de mettre en forme le parcours de telle sorte qu'il puisse faire face aux contingences qui peuvent survenir (Strauss, p.161). Si le parcours est schématisé non seulement dans le cahier des charges mais également pour chaque patient grâce à un outil comme le PPS, l'expérimentation article 51 paraît prendre en compte cette tension entre contrôle et contingences dans la mise en œuvre d'un parcours (Strauss, 1992, p.159-160). En effet, la gestion des contingences liées aux maladies chroniques demande aux professionnels intervenant sur le parcours d'un patient de modifier le plan d'action initial en optant pour des « lignes d'action alternatives » afin de continuer à maîtriser l'évolution de l'état de santé du patient (Strauss, 1992, p.170). Il apparaît, ainsi, que dans le cadre des expérimentations parcours article 51, il s'agit de prévoir la survenue de ces contingences « répétées mais non nécessairement semblables » (Baszanger, 1986, p.10) et de permettre leur gestion par les professionnels. Pour illustrer ces propos, il semble pertinent de s'appuyer sur l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile ainsi que sur une seconde expérimentation qui repose sur le même principe de suivi coordonné entre

un médecin généraliste et un IDEL mais qui prévoit un suivi spécifique en phase aiguë⁵⁹. Les contingences pouvant être prévisibles ou non (Strauss, 1992, p.160), l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile ne définit pas les contingences de manière restrictive mais identifie ce qui s'apparente à des situations types. A titre d'exemple, il est prévu qu'en cas de constat d'un élément bénin lors de la visite mensuelle, l'IDEL contacte le médecin afin de demander un avis sur la potentielle modification du plan d'action. Dans le même ordre d'idée, si un élément inquiétant est constaté, l'IDEL peut être amené à solliciter une visite du médecin au domicile du patient. Ainsi, l'expérimentation permet la réalisation de visites non programmées en cas de dégradation de l'état de santé du patient, ce qui est également rendu possible par le financement dérogatoire décrit plus haut (Cf. *supra*. p.58). Le suivi aigu prévu par la seconde expérimentation vise également à adapter le parcours en cas de dégradation de l'état général du patient notamment grâce à l'ajout de visites supplémentaires par l'IDEL, soit environ sept visites supplémentaires en moyenne sur une période de deux semaines. Cette fois encore, la contingence justifiant la mise en place de ce suivi aigu n'est pas définie de manière exclusive. Le cahier des charges fait référence à un événement non programmé qui déstabiliserait le patient comme une altération brutale de son état, une décompensation cardiovasculaire ou un épisode infectieux. Nous pouvons considérer que ces deux expérimentations tiennent compte de « *la vie fluctuante de la maladie [chronique]* » entre chronicité et acuité pour reprendre les termes du référent de la région B. Enfin, ces deux expérimentations destinées notamment à des personnes âgées mettent en lumière ce que Strauss qualifie d'« allongement de la trajectoire » semblant désigner les problèmes ou complications que rencontrent les patients atteints de maladies chroniques en vieillissant (Strauss, 1992,p.146). Ces deux expérimentations permettent, ainsi, de souligner la nécessité de construire des parcours permettant la gestion des maladies chroniques et de leurs contingences alors que le vieillissement de la population contribue à une augmentation des maladies chroniques souvent multiples (Bourdillon & Grimaldi, 2016, p.483 ; Strauss, 1992,p.146)⁶⁰.

⁵⁹Le parcours de suivi chronique est à peu de chose près identique dans les deux expérimentations. La seule différence est que dans la seconde expérimentation le médecin passe après cinq mois et au lieu de six mois et une seconde fois au neuvième mois. Par ailleurs, les patients inclus dans cette seconde expérimentation doivent être atteints d'une affection de longue durée (ALD). Le montant du forfait de ce parcours de suivi chronique est également identiques dans les deux expérimentations.

⁶⁰Santé Publique France. (2022). *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie*. <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perde-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>

b) *Le patient acteur de son parcours, jusqu'à quel point ?*

La problématique des maladies chroniques et de leur gestion quotidienne nous amène à questionner la place du patient dans ce travail de gestion. D'après Strauss le patient est un acteur du travail de trajectoire à part entière en cela qu'il participe à la mise en œuvre du plan d'action et à son adaptation (Baszanger, 1986, p.12 ; Strauss, 1992, p.145). Ce travail du patient théorisé par Strauss semble particulièrement important s'agissant des maladies chroniques puisqu'elles participent d'une transformation du système de santé pour mettre le patient et son domicile en son centre (Strauss, 1992, p.28). En effet, les maladies chroniques de par leur durée et leur caractère quotidien impliquent d'ancrer le travail de trajectoire non plus seulement à l'hôpital mais surtout en dehors de l'hôpital, au domicile du patient (Baszanger, 1986, p.13). Dès lors, le patient semble donc se situer au centre de l'organisation de ce travail auquel il prend part au quotidien. Comme le dit le référent de la région A, il s'agit pour les professionnels intervenant dans des expérimentations parcours article 51 de travailler avec le patient. Comme nous l'avons vu, la construction des parcours article 51 semble encourager cette participation du patient notamment en s'appuyant sur sa compréhension de la maladie, compétence acquise par l'éducation du patient (Cf. *supra* p.51 ; Cf. *infra* p.67). Dans cette optique, une nécessaire éducation du patient a déjà été observée par Strauss plusieurs décennies auparavant alors que les professionnels hospitaliers commencent à enseigner aux patients « certains savoir-faire indispensables à la manipulation de médicaments et d'équipements, et pour mener à bien divers gestes thérapeutiques » une fois de retour à leur domicile (Strauss, 1992, p.147). Cette éducation du patient serait donc un moyen de lui permettre de continuer le travail tout au long de son parcours. Ainsi, comme l'explique un des référents de l'équipe « Elixir », l'objectif des expérimentations parcours article 51 est de concourir à l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie.

Cette gestion s'inscrit dans la dynamique d'alternance entre chronicité et phase aiguë. C'est en ce sens que ce même référent évoque les effets que produit l'expérimentation d'un parcours coordonné pour des patients en insuffisance cardiaque sévère. En effet, il indique que d'après l'enquête menée dans le cadre du rapport final d'évaluation, 80 % des patients interrogés se déclarent plus autonomes dans la gestion de leur maladie et des gestes quotidiens. A titre d'exemple, les patients semblent plus observants, ils ont pris l'habitude de se peser de manière régulière ou de limiter leur consommation de sel. Ces changements de comportements contribuent à la gestion des maladies chroniques en cela qu'ils préviennent les complications et la survenue de phases aiguës (Grimaldi, 2006, p.48). L'expérimentation semble également avoir eu une répercussion sur la connaissance des symptômes de l'insuffisance cardiaque par les patients. Ainsi, l'autonomisation du patient dans le cadre des expérimentations article 51 peut être considérée

comme un moyen de permettre au patient de prendre une place à part entière au sein de son parcours. L'autonomisation du patient semble pouvoir être mise en lien avec la réassurance de ce dernier qui est permise par les expérimentations parcours article 51. Si l'on se réfère au suivi renforcé à domicile, le suivi est inscrit dans une temporalité précise ce qui d'après des professionnels expérimentateurs contribue à rassurer et à autonomiser le patient. Un de ces professionnels explique que le patient sait que son IDEL référent passe tous les mois et qu'il peut le contacter dans l'intervalle. Ainsi, il indique que les patients semblent avoir plus de repères quant à l'avancée de leur parcours et que certains préparent les visites de l'IDEL par exemple en notant tout élément qu'ils souhaitent porter à sa connaissance comme un nouveau symptôme ou une demande spécifique comme le renouvellement d'une ordonnance. Dans ce processus d'autonomisation du patient dans la gestion de son parcours, il semble nécessaire de préciser que tous les patients ne sont pas en capacité de prendre cette place à part entière. Ainsi, dans l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile, l'aidant peut avoir une importance significative dans la gestion du parcours au quotidien si la personne n'a pas les capacités cognitives de le faire.

Enfin, l'autonomisation du patient en tant qu'acteur de son parcours peut amener à revenir sur l'éducation du patient en tant que telle. En effet, dans cette perspective d'éducation du patient, Strauss évoque le rôle du kinésithérapeute qui enseigne au patient des exercices respiratoires afin qu'il puisse les réaliser seul (Strauss, 1992, p.153). Dans cet ordre d'idée de nombreuses expérimentations article 51 s'appuient, par exemple, sur l'intervention de kinésithérapeutes, de diététiciens, ou d'enseignants d'APA afin d'éduquer le patient à être plus autonome dans la gestion de sa maladie. Nous pouvons considérer que l'éducation du patient dans les expérimentations est une autre manifestation de la liberté d'action qu'offre le dispositif en matière de construction des parcours. Comme dit précédemment, la définition de l'ETP et des critères à remplir peut paraître stricte et difficile à satisfaire. Un des critères principaux repose sur la réalisation par tous les intervenants d'une formation dédiée d'une durée de 40 heures⁶¹. Or, d'après un référent de l'équipe « Elixir », sur la trentaine d'expérimentations qui comportent de l'éducation du patient à proprement parler nombreuses sont celles dont la définition est plus large que celle donnée par la « Direction Hygie ». Ainsi, sur 16 expérimentations analysées par l'équipe « Elixir », il ressort d'une réunion avec cette même Direction, qu'hormis les expérimentations consistant en des programmes d'ETP, toutes les autres répondent à des définitions différentes de l'activité éducative. Cet enjeu de définition de l'ETP semble montrer que la démarche article 51 laisse une certaine liberté aux porteurs de projets pour mettre en pratique les actions qu'ils proposent dans une visée innovante

⁶¹DGS. (2022). *Education thérapeutique du patient*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>

et afin de créer une réponse adaptée aux besoins des patients dans le cadre de la gestion de leur maladie au quotidien. Ainsi, la question de la place du patient en tant qu'acteur de son propre parcours semble délicate puisqu'une fois encore elle paraît dépendre de la situation globale de chaque patient. Le processus d'innovation article 51, apparaît donc comme un cadre propice à la mise en œuvre de parcours obéissant à une logique holistique et permettant de gérer les maladies chroniques et leur contingences. Il s'agit à présent d'examiner la manière dont les expérimentations article 51 innoveront en matière de coordination des professionnels dans la réalisation de ces parcours.

2.2 La coordination des professionnels, un élément essentiel et structurant des expérimentations parcours

La coordination des différents professionnels intervenant sur le parcours d'un patient apparaît comme un élément essentiel à sa construction et à sa gestion en cela qu'il est nécessaire de déployer un travail d'articulation afin de réaliser le plan d'action qui sous-tend le parcours (Strauss, 1992, p.191).

2.2.1 Les différents niveaux de coordination mobilisés dans les expérimentations

a) Différentes coordinations au service d'un parcours

L'amélioration de la coordination entre les professionnels de différents secteurs, que sont notamment l'hôpital, les soins de ville et le médico-social, est dès le principe de l'article 51 posée comme un moyen d'optimiser et de structurer le parcours du patient (Lemaire et al., 2020, p.35)⁶². De la même manière que le cahier des charges d'une expérimentation modélise les différentes étapes d'un parcours et son financement, il modélise la coordination qui permettra la mise en œuvre du parcours soit le travail d'articulation qui est à prévoir pour que tous professionnels impliqués puissent réaliser l'ensemble des tâches nécessaires à la réussite d'un parcours (Strauss, 1992, p.191). On remarque que chez Strauss, le travail de schématisation de la trajectoire entraîne la visualisation d'un « arc de travail » intégré au schéma de trajectoire (Strauss, 1992, p.176). Cet arc de travail exige un travail d'articulation, une coordination, qui consiste à organiser l'ensemble des tâches prévues en « séquences d'action et de temporalité appropriées » (Strauss, 1992, p.191).

⁶²Article L162-31-1—Code de la sécurité sociale—Légifrance. *Op.cit.*

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Cette articulation entre différentes séquences semble renvoyer à la manière dont les interventions de chaque professionnel doivent s'agencer et être délimitées afin que le travail de chacun sur le parcours soit mis en cohérence et concoure à sa réussite. L'analyse de Strauss semble donc permettre de comprendre en quoi la coordination est structurante dans la construction et la mise en œuvre d'un parcours puisque la coordination fait partie intégrante du parcours. Cette inhérence de la coordination au parcours semble confirmée par la définition du parcours donnée par le référent de la région A, à savoir « *l'intervention séquentielle de toute une série de professionnels les uns derrière les autres* ». Ainsi, il s'agit d'examiner la manière dont ce travail d'articulation, de coordination est construit et mis en œuvre au sein des expérimentations article 51.

Pour ce faire, nous pouvons nous référer à la notion de « niveaux de travail d'articulation » théorisée par Strauss (Strauss, 1992, p.197). En effet, Strauss repère trois niveaux d'articulation, le premier revient au médecin qui est le principal directeur de trajectoire pour un patient donné. Le second correspond au travail d'organisation et de supervision des tâches dont le médecin ordonne la réalisation. Le troisième niveau renvoie aux séquences de tâches qui constituent une tâche à part entière ; il s'agit par exemple de toutes les actions nécessaires qui entourent la réalisation d'une radio telles que la planification de l'examen et le transport du patient (Strauss, 1992, p.197). Cependant, les observations de Strauss sont ancrées en milieu hospitalier comme en témoigne le rôle central que joue la surveillante générale dans le deuxième niveau d'organisation. Dans le contexte des expérimentations parcours article 51, l'analyse du travail de coordination ne peut pas se faire uniquement par le prisme de l'hôpital. En effet, de nombreuses expérimentations sont construites à des fins de coordination ville-hôpital alors que d'autres participent de la structuration des soins primaires. Néanmoins, cette catégorisation établie par Strauss fait ressortir certains éléments saillants qui peuvent nourrir l'analyse du travail de coordination dans les expérimentations parcours.

Deux versants complémentaires de la coordination semblent pouvoir être distingués, à savoir la coordination médicale et la coordination dite « *administrative* ». Avant de poursuivre, notons que l'expression « *coordination administrative* » se retrouve dans certains cahiers des charges et est utilisée couramment par différents acteurs impliqués dans le dispositif dont des membres de l'équipe « Elixir ». Il apparaît que l'usage de cette expression vise surtout à différencier cette coordination de la coordination médicale. Cependant, à la lecture des cahiers des charges, nous pouvons constater que la « *coordination administrative* » recouvre des réalités différentes. Si elle renvoie parfois à des tâches relevant de l'organisation du parcours, elle peut également faire référence à la gestion des budgets et au versement des forfaits. Les enjeux de facturation ne seront pas abordés, c'est pourquoi nous préférons l'expression de coordination organisationnelle.

Pour revenir à la distinction entre les deux versants de la coordination, il est nécessaire de préciser qu'il semble exister différents types de coordination médicale en fonction des expérimentations. Si l'on s'appuie, en premier lieu, sur l'expérimentation d'un parcours addictions, on remarque que la coordination du parcours du patient relève du médecin traitant et de l'ESP de la MSMA. Outre ce premier niveau de coordination médicale, le cahier des charges prévoit une coordination médicale dont l'objectif est d'apporter une expertise en addictologie afin de venir en appui du médecin généraliste et de jouer le rôle de « *réfèrent médical* » du parcours comme le dit le réfèrent en charge du suivi de l'expérimentation. Nous pouvons constater que la définition et les modalités de mise en pratique de la coordination médicale diffèrent selon les expérimentations. A titre d'exemple, dans un parcours de réhabilitation respiratoire à domicile, la coordination médicale relève d'un pneumologue qui a pour mission d'instruire les dossiers de demande de réhabilitation respiratoire, de superviser l'élaboration du parcours et de veiller à son bon déroulement. Nous pouvons préciser que le pneumologue chargé de la coordination médicale n'intervient pas au domicile des patients mais qu'en tant que coordonnateur médical, il endosse la responsabilité médicale des parcours et participe au pilotage du projet. Dans le cahier des charges, le pneumologue qui assure la coordination médicale est désigné comme « *médecin directeur* ». Ainsi, qu'il s'agisse d'un « *médecin directeur* » ou d'un « *réfèrent médical* », c'est deux figures de coordinateurs semblent faire émerger une fonction de coordination. En effet, le travail d'articulation et l'exercice coordonné paraissent difficiles à mettre en œuvre pour les professionnels de santé notamment du fait de l'importance du mode d'exercice libéral. C'est pourquoi la formalisation d'une fonction de coordination et l'appui sur des coordinateurs représentent un moyen d'aider à organiser l'articulation des professionnels (Denise et al., 2022, p.197). Nous reviendrons ultérieurement sur cette fonction spécifique de coordination et sur les professionnels qui l'assurent puisque sa définition semble différer selon les expérimentations et les types de coordination concernés (Cf. *infra*. p.76).

Afin de poursuivre l'analyse des types de coordination mobilisés dans une expérimentation parcours article 51, il semble pertinent de mettre la coordination médicale en regard de la coordination organisationnelle. La coordination organisationnelle pourrait être rapprochée des deuxième et troisième niveaux d'articulation chez Strauss. Elle semble consister à planifier et à organiser les différentes interventions ou les différents échanges entre les professionnels. D'après le réfèrent national en charge du suivi du parcours addictions, l'objectif de cette coordination est notamment de faire en sorte que les agendas des différents professionnels concordent et que les divers documents participant de la prise en charge du patient soient remplis et partagés afin d'aider à la prise de décision. La gestion des agendas et l'organisation des réunions semble renvoyer à l'aspect matériel de la coordination alors que le remplissage et le partage des documents met en

lumière les outils nécessaires à la réalisation de ce travail de coordination comme le système d'information (Denise et al., 2022, p.198). Nous pouvons interroger le lien entre ces deux coordinations qui semblent participer à la mise en œuvre du parcours. Comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir » à propos de l'expérimentation d'un parcours de réhabilitation respiratoire à domicile, « *[dans cette expérimentation, il y a] vraiment un binôme qui fait la coordination médicale et administrative* ». Ce fonctionnement en binôme peut notamment s'observer quant aux demandes de réhabilitation respiratoire et à l'inclusion des patients. Les deux coordinateurs agissent en complémentarité afin de vérifier l'exhaustivité du dossier de demande reçu, pour le valider et pour décider de l'inclusion du patient dans le programme. Si deux catégories de coordination ont pu être identifiées et pourraient être rapprochées de deux fonctions, il semblerait que les modalités concrètes de mise en pratique de ces coordinations soient parfois difficiles à saisir.

b) Coordonner : structurer et décloisonner malgré la difficulté que cela représente

Nous avons commencé à montrer que le travail de coordination nécessaire aux expérimentations parcours est complexe à définir et à expliciter. Nous pouvons considérer que la diversité des expérimentations et le décalage qui existe entre les cahiers des charges et les conditions opérationnelles de mise en pratique ajoutent à la difficulté. En effet, comme nous l'avons déjà dit, le cahier des charges modélise les modalités attendues de coordination, les fonctions spécifiques et les tâches corollaires. Néanmoins, cette description reste théorique et parfois difficile à mettre en œuvre notamment face à un potentiel manque de professionnels. D'après les dires du référent national chargé du suivi du parcours addictions, le coordinateur médical expert en addictologie souvent médecin addictologue est difficile à recruter. Cependant, ce déficit d'experts en addictologie ne concerne pas toutes les structures expérimentatrices et des disparités apparaissent également entre les cinq régions expérimentatrices. Les capacités de recrutement des professionnels dépendent des ressources territoriales sachant que de nombreuses expérimentations doivent composer avec les tensions en matière de démographie médicale auxquelles elles tentent d'apporter des solutions face à une difficulté d'accès aux soins, comme le précise le référent de la région C. Ce manque de professionnels experts en addictologie paraît pouvoir empêcher la concrétisation de l'approche holistique du parcours du patient. En effet, le coordinateur médical du parcours addictions a pour mission de vérifier en appui au médecin généraliste que le parcours proposé est adapté au patient et de se prononcer sur de potentielles adaptations nécessaires. Dans la même optique, le coordinateur médical doit théoriquement

permettre la réorientation du patient vers d'autres spécialistes tels qu'un hépatologue ou d'autres structures comme des centres hospitaliers spécialisés (CHS) s'il estime en lien avec le médecin généraliste que la compétence de la MSMA est insuffisante. Nous pouvons observer que l'expérimentation d'un parcours de réhabilitation respiratoire à domicile inclue également l'orientation dans le parcours puisque la réorientation des patients est une des missions du « *médecin directeur* ». Comme l'indique le référent chargé du suivi du parcours addictions, dans le principe des expérimentations parcours article 51, la réorientation fait partie du parcours. Le fait d'inclure l'orientation et la réorientation du patient dans les parcours expérimentés semble participer à la transformation du système de santé dans l'adoption d'une logique de parcours. Le travail d'orientation dans le système de santé, à savoir le travail d'articulation de chaque intervenant ou encore la recherche d'expertise relève historiquement du patient et de son entourage (Bloch & Hénaut, 2014, p.193 ; Schweyer et al., 2022, p.2 ; Varroud-Vial, 2019, p.11). Ainsi, toujours concernant le parcours addictions, ce même référent précise que face à l'importance de la réorientation du patient semblant participer à la continuité du parcours, le médecin généraliste est amené à endosser ce rôle de coordinateur médical si nécessaire quand bien même un des objectifs de l'expérimentation est de soulager le médecin généraliste.

En effet, dans la dynamique de réforme qui depuis le début des années 2000 tente de structurer des logiques de parcours, le médecin traitant a été amené à jouer un rôle grandissant dans la coordination du parcours de ses patients. La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance de maladie confie un rôle central au médecin traitant qui a pour mission d'articuler les interventions des différents professionnels de santé autour d'un patient (Dourgnon et al., 2007, Fournier, 2014, p.69 ; Saison, 2021, p.395). On peut noter qu'en 2013, 95 % des médecins traitants sont des médecins généralistes, ce qui semble cohérent avec le fait que de nombreux médecins généralistes considèrent être les plus aptes à conduire la coordination des parcours (Bloch & Hénaut, 2014, p.191). Néanmoins, ce rôle de coordonnateur du parcours semble difficile à tenir pour le médecin généraliste compte tenu du caractère chronophage de ce travail de coordination (Bloch & Hénaut, 2014, p.192). Les médecins généralistes semblent également confrontés à des difficultés de coordination avec les autres professionnels à cause d'un manque de visibilité des ressources disponibles sur le territoire et d'une certaine méconnaissance du travail des autres intervenants (Bloch & Hénaut, 2014, p.192-193). Nous pouvons considérer que les différents types de coordination organisationnelle et médicale modélisés et mis en œuvre dans les expérimentations parcours sont des moyens de satisfaire cet impératif de coordination tout en « *la sort[ant] du bureau du médecin traitant* » pour reprendre l'expression d'un référent de l'équipe « Elixir ». Ce faisant, les expérimentations parcours article 51 semblent utiliser la coordination afin de structurer le territoire sur lequel s'inscrit l'expérimentation. En effet, les différents

professionnels de la coordination impliqués dans les expérimentations ont également pour mission de nouer des contacts réguliers avec les professionnels habituels de proximité du patient. Ainsi, dans le parcours de réhabilitation respiratoire à domicile, les professionnels de la coordination ont des échanges réguliers avec les professionnels habituels du patient afin qu'ils puissent suivre le déroulé du parcours dans sa globalité. Cette structuration du territoire et plus précisément des liens entre les professionnels qui y exercent semble être bénéfique à la continuité du parcours. A titre d'exemple, à l'issue d'un programme de réhabilitation cardiaque en soins de ville, les échanges avec le médecin traitant et le cardiologue référent du patient sont maintenus afin que les professionnels de proximité du patient puissent continuer le suivi. Nous pouvons observer qu'un parcours expérimenté peut contribuer à structurer plusieurs territoires comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir » à propos de ce même programme de réhabilitation respiratoire en soins de ville. Les organisations expérimentées peuvent, en effet, être étendues à plusieurs régions ou plusieurs départements⁶³. Il semblerait que cette possibilité de rejoindre l'expérimentation pousse les nouveaux professionnels expérimentateurs à se coordonner sur le modèle testé même s'ils ne fonctionnent originellement pas de manière coordonnée. Ainsi, le travail de coordination, sous ses différentes formes, semble être une composante essentielle des parcours construits et expérimentés dans l'article 51 en cela qu'il organise et met en cohérence l'exercice des intervenants tout en l'ancrant sur un territoire qu'il structure.

2.2.2 De la coordination au changement de pratiques ?

Le travail d'articulation inhérent à la logique de parcours qui sous-tend la démarche innovatrice de l'article 51 semble faire de la coordination une fonction spécifique qui contribue à la réorganisation du travail des professionnels et invite à un changement de pratiques.

a) La coordination, un travail complexe à définir

Il paraît pertinent de rappeler, qu'une des spécificités du dispositif article 51 est d'intégrer la coordination et son financement dans chaque parcours construit et expérimenté. Selon l'explication d'un des référents de l'équipe « Elixir », chaque patient « *se voit attribuer un temps de coordination individuelle* ». Ainsi, les expérimentations parcours prévoient d'inclure dans chaque

⁶³Cette extension fait l'objet de la publication d'un arrêté et de la republication du cahier des charges afin de préciser, par exemple, les structures de santé nouvellement impliquées.

forfait un temps de coordination dédié à chaque patient. Dans cette optique, le forfait de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile intègre une somme destinée à rémunérer le temps de coordination consacré par le médecin au suivi de chaque patient. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons observer que dans l'expérimentation d'un parcours addictions, la mise à jour des dossiers patient dans le système d'information est l'une des actions rémunérées par la part de coordination modélisée dans le forfait. Les expérimentations parcours article 51 accordent une place particulière à ce travail de coordination dans les modèles expérimentés puisqu'elles semblent en faire une fonction à part entière qui nécessite un temps dédié et une rémunération spécifique. Néanmoins, à la lecture des cahiers des charges de plusieurs expérimentations parcours, les fonctions des professionnels qui mettent en œuvre ce travail de coordination semblent varier en fonction de la nature du parcours et des modalités d'articulation recherchées.

Le référent de la région B affirme, à propos de la coordination, que « *c'est un temps important [du parcours], on a sous-estimé dans l'article 51 le temps de cette coordination mais parce qu'on a eu du mal à définir qu'est-ce qu'on coordonne [...]* ». Cette réflexion peut nous amener à nous interroger sur la difficulté que cherche à surmonter le développement de la coordination. La logique de parcours tend à organiser les interventions des professionnels autour d'un patient qui serait le centre du système mais cette articulation est temporellement complexe à mettre en œuvre (Aubin et al., 2010, p.36). En effet, d'après plusieurs membres de l'équipe « Elixir », les professionnels chargés d'organiser la coordination entre les différents intervenants d'un parcours rencontrent des difficultés, notamment, pour faire concorder les disponibilités des professionnels. A titre d'exemple, le coordinateur de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile indique que la visite initiale réalisée conjointement par l'IDEL et le médecin au domicile du patient est complexe à organiser et ce particulièrement parce qu'elle dure en général *au minimum* une heure comme le dit le référent chargé du suivi de l'expérimentation. Cet enjeu de temporalité se retrouve également dans l'organisation des réunions entre les différents professionnels qui, d'après l'un des référents de l'équipe « Elixir », sont des moments essentiels pour suivre l'évolution du parcours dans le temps et le réévaluer. Outre la difficulté d'organisation, ces réunions semblent révélatrices de la difficulté à définir ce qu'implique de coordonner un parcours et ses intervenants. Un des référents de l'équipe « Elixir », médecin de formation, affirme que « *[...] pour certains professionnels la coordination, ça va être : j'ai envoyé le compte rendu ou la lettre pour dire qu'il faudrait faire ça, ça, ça, c'est terminé. Alors qu'en réalité, on attend aussi de leur part qu'il y ait des échanges et qu'ils essayent de trouver les bonnes options ensemble* ». Cet extrait d'entretien semble suggérer que l'article 51 vise à encourager un développement de la coordination entendue comme une collaboration des professionnels autour du parcours de leurs patients. Il semblerait, ainsi, que

l'article 51 cherche à structurer un parcours et à réorganiser les pratiques afin d'inciter les professionnels à modifier leurs pratiques collectivement.

b) *Encourager la concertation et les changements de pratiques*

Les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) semblent être un bon indicateur pour tenter de saisir les changements que les expérimentations parcours peuvent introduire dans la manière de collaborer des professionnels. Les RCP sont un outil que l'on retrouve dans de nombreuses expérimentations parcours bien que leur dénomination ou leurs modalités d'organisation puissent varier. La plupart des expérimentations parcours étudiées étant relatives à l'organisation des soins primaires, nous n'évoquerons pas les RCP en tant qu'outil déployé dans le champ de la cancérologie (Collombet-Migeon, 2017, p.168). Nous retiendrons les RCP, telles que définies par l'ACI, c'est-à-dire des « réunions visant à définir la stratégie de prise en charge du patient et à déterminer et à coordonner sa mise en œuvre » (Moyal, 2020, p.111 ; Ramond-Roquin et al., 2020, p.128). Cet objectif semble renvoyer à l'objectif de définition, de mise en œuvre et de révision du plan d'action qu'est le parcours (Cf. *supra*. p.60). Dans cette optique, observe dans les cahiers des charges que des RCP sont souvent organisées afin de formaliser ou de mettre à jour le PPS du patient. Ainsi, comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », les RCP ont vocation à jalonner le parcours et à être un indicateur de la progression de celui-ci afin qu'il soit adapté aux besoins du patient. L'expérimentation d'un parcours addictions prévoit, à cet effet, une RCP par trimestre afin de décider de la poursuite, de l'adaptation ou de l'arrêt du parcours. Nous pouvons préciser que le financement de la coordination et plus précisément des RCP dans l'article 51 semble se différencier de celui de l'ACI puisqu'il n'est pas soumis à des critères comme le nombre de RCP annuelles ou le pourcentage de patients concernés (Moyal, 2020, p.111). La participation aux RCP fait partie intégrante des activités rémunérées par la part de coordination intégrée au forfait. Ce qui une fois encore semble témoigner d'une volonté de permettre une souplesse dans la définition et la réalisation des actions.

Néanmoins, il semblerait que l'effet du cadre dérogatoire article 51 sur la mise en œuvre des RCP et sur la concertation entre professionnels soit nuancé. Nous pouvons constater que les avis des référents de l'équipe « Elixir » sont contrastés et dépendent des expérimentations. A propos, du parcours de réadaptation respiratoire à domicile, le référent chargé du suivi de l'expérimentation affirme qu'il y a « *une réunion où chaque cas est analysé avec le médecin et le coordinateur et ensemble ils vont prévoir un pré programme pour le patient [...]* ». Ainsi, dans ce cas de figure le référent constate une formalisation de la coordination grâce aux RCP (Moyal, 2020,

p.109) qui permet un échange pluriprofessionnel structurant pour le parcours du patient. Cependant, ce même référent, médecin de formation, affirme que, dans certaines expérimentations, les RCP peuvent se résumer à des avis donnés de manière asynchrone et par voie dématérialisée. On peut donc interroger l'apport que pourrait avoir un lieu commun d'exercice pour encourager les échanges entre professionnels. En effet, comme l'expliquent le référent de la région C et le référent chargé du suivi de l'expérimentation d'un parcours addictions, l'objectif est d'organiser les consultations et les entretiens sur la même journée afin de faciliter la planification des réunions et les échanges, lorsque les trois professionnels sont dans le cabinet du médecin généraliste. Il semble que l'objectif des RCP soit de faire reposer la définition et la révision du parcours sur une décision collective issue de la collaboration des professionnels. Néanmoins, bien que la démarche d'innovation organisationnelle et financière article 51 semble inciter à la collaboration notamment grâce au mode de rémunération forfaitaire, l'ordre établi du système de santé apparaît comme une contrainte qui limite encore cette approche collective. En effet, dans un système où le mode d'exercice libéral est majoritaire dans l'organisation des soins primaires, la concertation entendue comme décision collective et pluriprofessionnelle n'est pas évidente à mettre en œuvre pour les professionnels (Ramond-Roquin et al., 2020, p.128). L'autre contrainte qui semble compliquer cette approche pluriprofessionnelle est la hiérarchie symbolique qui existe entre les médecins et les autres professionnels (Ramond-Roquin et al., 2020, p.128). Ainsi, le parcours addictions incite dès le cahier des charges à une prise collective des décisions relatives à l'inclusion du patient dans l'expérimentation et au déroulement de son parcours. Néanmoins, en pratique, il semblerait que le médecin reste le principal décisionnaire comme le dit le référent chargé du suivi de l'expérimentation. Cependant, outre la concertation, il paraît pertinent d'interroger les changements de pratiques que peut permettre le dispositif article 51 grâce aux modalités d'organisation expérimentées.

Pour développer la coordination, le dispositif article 51 s'appuie sur des professions émergentes telles que les coordonnateurs de MSP (Ramond-Roquin et al., 2020, p.128). Le rôle de coordinateur de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile est, par exemple, assuré par le coordinateur de la structure d'exercice coordonnée qui est, par ailleurs, IDEL expérimentateur. On observe que dans les expérimentations parcours, la fonction de coordinateur est souvent confiée à un autre professionnel de santé comme des IDE. Cependant, ce rôle peut également revenir à un psychologue, un diététicien ou un enseignant d'APA comme dans le parcours de réhabilitation respiratoire à domicile d'après un référent de l'équipe « Elixir » (Bousquet, 2019, p.127). Le référent de la région A, déclare que ce développement de la coordination en tant que fonction centrale dans la réalisation d'un parcours implique que les professionnels *« accept[ent] que l'un des intervenants du parcours va être éventuellement identifié comme un coordinateur et que ce n'est pas*

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

nécessairement le médecin mais que ça peut être un infirmier ». Cette affirmation semble suggérer que la coordination en tant que pierre angulaire de la mise en œuvre d'une expérimentation parcours entraîne des changements de pratiques.

Pour appréhender la nature des changements de pratiques que les expérimentations parcours peuvent produire, il paraît pertinent de s'appuyer sur une autre citation de ce même référent qui déclare que :

« Un autre élément qui me semble également incontournable c'est d'avoir identifié les changements de pratiques que ça va induire, par exemple c'est l'infirmier qui va solliciter le médecin et prescrire au médecin ce qu'il doit faire, est-ce que ça va de soi pour le médecin ? C'est une inversion complète de la relation habituelle entre le médecin et l'infirmier, le médecin prescrit, l'infirmière exécute, là c'est l'infirmier peut-être qui va prescrire le parcours pour que le médecin exécute l'examen clinique et les ordonnances nécessaires, si ce n'est pas anticipé ça risque d'être un vrai sujet. »

Cet extrait d'entretien confirme que les changements de pratiques sont inhérents à la démarche d'innovation article 51 et qu'il faut les envisager dès la construction des expérimentations parcours. L'exemple de l'inversion de la relation entre le médecin et l'infirmier peut être explicité grâce à l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile. Cette expérimentation confie le suivi régulier du patient à son IDEL référent qui passe chaque mois à son domicile alors que le médecin ne passe qu'au sixième mois du parcours (Cf. *supra*. p.21). Ainsi, dans l'intervalle, c'est l'IDEL référent qui est chargé du suivi du parcours et de sa réévaluation. C'est donc l'IDEL qui indique au médecin qu'il semble nécessaire d'adapter les prescriptions ou de prescrire des examens complémentaires. Nous pouvons préciser que cette expérimentation parcours ne repose pas sur de la délégation de tâches mais sur la collaboration du médecin et de l'IDEL. Ainsi cette absence de délégation de tâches semble propice au développement d'une approche plus collaborative et concertée (Ramond-Roquin et al., 2020, p.128) puisque les professionnels sont obligés d'échanger très régulièrement pour adapter le parcours du patient. Les professionnels expérimentateurs expliquent que ce fonctionnement en binôme et cette « *collaboration rapprochée* » leur a permis de monter en compétences, pour reprendre leur expression. En effet, ils indiquent qu'ils ont appris à travailler en binôme et à échanger des informations de manière non seulement rapide mais également plus efficace puisqu'ils comprennent mieux les pratiques et les besoins de leur binôme. A titre d'exemple, un IDEL affirme que les médecins ont adapté la rédaction des ordonnances à la suite d'échanges avec leur binôme afin de gagner en clarté et en efficacité. De la même manière, les professionnels disent avoir appris à communiquer et à se transmettre les informations de la manière la plus précise et efficace possible. Les binômes semblent donc avoir adapté leurs pratiques à ce mode d'intervention coordonné et collaboratif. Le coordinateur de l'expérimentation précise qu'à son sens, un des indicateurs de la réussite de l'expérimentation est l'autonomisation des

binômes. En effet, il explique que les professionnels parviennent progressivement à s'organiser directement sans recourir à son aide. Enfin, les professionnels affirment qu'ils n'envisagent plus de travailler autrement afin de suivre leurs patients âgés.

Il semblerait que dans cette expérimentation, les changements de pratiques constituent une des principales plus-values pour les professionnels et pour le patient. Ainsi, cette expérimentation a initié des changements de pratiques qui influent sur la relation entre les professionnels. Cependant, les professionnels semblent continuer à faire évoluer leurs pratiques en matière de collaboration. En effet, le référent de la région A affirme, lors d'une réunion concernant les suites de l'expérimentation, que la pratique d'équipe est encore artisanale notamment pour cause de problème avec le système d'information qui les a obligé à passer par une messagerie instantanée. Il ajoute que les besoins des professionnels en matière de partage d'informations sont en train d'évoluer. Comme en témoigne le fait qu'ils commencent à formuler une demande pour pouvoir collaborer directement sur le dossier du patient *via* le système d'information et ce, même s'ils ne sont pas encore en capacité d'explicitier précisément leur besoin. Ainsi, nous pouvons considérer que les expérimentations parcours sont des cadres propices pour initier des changements de pratiques nécessaires à l'adoption d'une logique de collaboration, afin que les professionnels interviennent dans un esprit de responsabilité partagée qui n'est pas évident pour ces professionnels libéraux (Ramond-Roquin et al., 2020, p.128).

L'expérimentation article 51 semble être un cadre d'appropriation de la logique de parcours. Le cadre expérimental semble offrir un espace pour tenter de mettre en œuvre des parcours qui cherchent à concrétiser un changement de logique grâce à une certaine latitude d'action. Ce changement de logique passe par la promotion d'une nouvelle relation entre les professionnels autour du parcours du patient et de sa personne. Le mode de financement forfaitaire participe de cette nouvelle organisation du travail des professionnels. Nous pouvons considérer que les expérimentations parcours sont autant de propositions pour renouveler les outils qui composent le parcours, grâce à de nouvelles organisations et de nouveaux financements. Ce recours à des outils existants semble montrer une fois encore que l'article 51 s'inscrit dans une dynamique de réforme du système de santé dont il participe et avec laquelle il compose. Cette dynamique de réforme semble particulièrement prégnante en matière de structuration des soins primaires. Ainsi, cette réforme globale interroge sur la manière dont les différentes transformations s'articulent dans le système de santé. En effet, si l'article 51 accompagne la transformation du système de santé, il doit tenir compte d'évolutions parallèles comme la réforme du métier d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) ou la création de nouveaux métiers comme celui d'IPA. Cette attention portée au paysage global des réformes des politiques publiques dans le champ de la santé semble essentielle afin d'assurer la pérennisation des expérimentations parcours.

Partie 3. Pérenniser l'innovation, une nouvelle phase entre construction et intégration

L'enjeu de cette partie est de comprendre dans quelle mesure, à l'issue du temps expérimental, la démarche article 51 parvient à pérenniser les innovations qu'elle promeut et à en faire de nouvelles normes qui participent à la transformation du système de santé.

3.1 Préparer la sortie du cadre expérimental, enjeux de pérennisation d'une innovation article 51

Dans le processus d'innovation article 51, l'expérimentation représente un préalable à la diffusion de l'innovation puisqu'elle offre la possibilité de la tester (Grandclaude et al., 2021, p.335). Une fois cet essai en vie réelle réalisé et évalué, l'expérimentation peut potentiellement devenir une innovation qui a vocation à être généralisée.

3.1.1 Étayer la décision de généralisation d'une expérimentation

a) L'évaluation

L'évaluation des politiques publiques est un outil qui aide les acteurs institutionnels à prendre des décisions au regard des connaissances qu'elle produit (Conseil d'Etat, 2020, p.25 ; Jacob, 2019, p.253). C'est dans cette optique de politique basée sur les preuves que l'évaluation doit démontrer l'opportunité de la généralisation d'une expérimentation (Grandclaude et al., 2021, p.335 ; Jacob, 2019, p.250 ; Morize et al., 2021, p.3). La Rapporteuse générale indique que l'évaluation doit aider le CTIS et le CSIS à savoir quoi faire quant à la suite des expérimentations. Il s'agit donc, pour l'évaluation de fournir des connaissances supplémentaires sur le déroulement concret et sur les apports tangibles de l'expérimentation par comparaison à ce que prévoit la modélisation du cahier des charges. Dans le processus d'innovation article 51, nous pouvons considérer que l'évaluation permet de combler le déficit d'information qui existe au moment de l'autorisation de l'expérimentation quant aux résultats qu'elle va produire (Alter, 2013, p.46). Le rapport final doit permettre d'objectiver les résultats de l'expérimentation notamment en matière d'efficacité et d'efficience au regard des objectifs initiaux. Comme l'indique le référent de la région

A, l'efficacité d'une expérimentation ne se mesure pas uniquement aux économies réalisées grâce à la réorganisation du parcours. Il s'agit, comme il le confirme, d'évaluer la plus-value de l'expérimentation en matière d'amélioration de la qualité de vie des patients, de la pertinence et de la qualité des soins et des prises en charges, de l'accès aux soins ou des conditions d'exercice des professionnels (Cour des Comptes, 2023, p.157). Un des enjeux de l'évaluation article 51 est également d'examiner la reproductibilité de l'expérimentation au niveau national ou du moins à d'autres territoires (Bousquet, 2020, p.135 ; Morize et al., 2021, p.3). Dans la mesure où une expérimentation vise à réorganiser l'offre de soins et de santé ainsi qu'à restructurer le territoire sur lequel elle est mise en œuvre, il paraît nécessaire d'évaluer ses effets en la matière mais également les potentialités de cette expérimentation à devenir un modèle structurant pour d'autres territoires (Cour des comptes, 2023, p.157).

Il semblerait que la démarche évaluative article 51 joue un rôle fondamental dans le processus d'innovation entendu comme le passage de l'expérimentation à l'innovation. En effet, nous pouvons considérer que l'évaluation est un moyen qui aide les porteurs de projets, les expérimentateurs et les équipes qui les accompagnent à « tirer les leçons des expériences liées à [la] mise en œuvre » de l'expérimentation (Alter, 2013, p.148). Au sujet de l'évaluation des expérimentations, le référent de la région B affirme que :

« [...]le point fort de l'article 51 c'est qu'il est évalué et qu'en fait cette évaluation, elle structure les choses, à un moment, on ne dit pas tu vas partir pendant dix ans dans une expérimentation, on dit au bout de trois ans et jusqu'à cinq ans parce qu'on démarre à trois ans pour que ce soit efficient, on va évaluer. »

Cet extrait d'entretien fait référence à la division de la démarche évaluative en deux étapes que sont le rapport intermédiaire et le rapport final d'évaluation. Comme l'indique ce référent, le rapport intermédiaire intervient après trois ans d'expérimentation si l'expérimentation est prévue pour cinq ans. Néanmoins, on remarque que l'évaluation intermédiaire semble s'adapter à la durée de l'expérimentation. L'évaluation intermédiaire semble représenter un premier apport d'information sur la mise en œuvre afin de commencer à en tirer des enseignements. Il semblerait que l'évaluation intermédiaire soit également un moyen d'obtenir des informations sur le déroulement opérationnel de l'expérimentation afin que les porteurs de projets et les expérimentateurs accompagnés des équipes de pilotage puissent tenter d'apporter les correctifs nécessaires (Alter, 2013, p.46-47). Pour illustrer la nature de ces potentiels correctifs, il semble pertinent de se référer à l'expérimentation de suivi renforcé à domicile prévoyant un suivi spécifique en phase aiguë. Le rapport intermédiaire a permis de mettre en évidence le fait que les

professionnels ne déclenchent que peu le suivi aigu parce qu'ils semblent confrontés à une difficulté de définition de la symptomatologie des situations justifiant un tel suivi (Cf. *supra* p.65). Les professionnels indiquent également ne pas avoir pris l'habitude de déclencher ce suivi et notamment le forfait corollaire. Dans cette optique de correction des conditions opérationnelles de mise en œuvre, on observe que certains évaluateurs tentent de mettre les résultats de l'évaluation finale en perspective par rapport au rapport intermédiaire afin d'évaluer la progression réalisée dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Pour aider à saisir les enjeux de l'évaluation au sein du dispositif et sa complexité, il semble important de préciser que de nombreux acteurs s'accordent sur l'inégale qualité des évaluations selon les évaluateurs qui les produisent. Les évaluations sont parfois jugées insuffisantes aussi bien par des membres de l'équipes « Elixir » que par des référents des DirAC. La principale critique concerne le fait que cette insuffisance entrave le rôle d'aide à la décision qui revient à l'évaluation. Les différents acteurs regrettent de ne pas pouvoir se prononcer sur l'opportunité de généraliser certaines expérimentations du fait d'un manque de données. Ainsi, les équipes peuvent être amenées à prolonger des expérimentations pour compléter l'évaluation. Il peut également être décidé de lancer une deuxième version de l'expérimentation pour tenir compte des premiers résultats et les approfondir.

Les divers échanges observés au sujet de l'évaluation des expérimentations article 51 semblent montrer, qu'en tant qu'outil d'aide à la décision, elle peut témoigner des divergences stratégiques entre les acteurs de la démarche d'innovation. Il semblerait que comme au moment de l'autorisation de l'expérimentation, les acteurs conçoivent différemment les effets qu'ils attendent de sa réussite et donc de son évaluation (Alter, 2013, p.89). Ces divergences stratégiques semblent influencer sur les informations qu'ils recherchent dans le rapport final d'évaluation afin de se prononcer sur l'opportunité de généraliser une expérimentation et de formuler des recommandations. A titre d'exemple, lors d'un séminaire dédié à la question de l'évaluation des expérimentations, des membres de la « Casette » ont estimé qu'il serait pertinent que la plus-value du modèle expérimenté par comparaison à celui du droit commun soit davantage étayée dans le rapport final. L'enjeu serait de juger la réussite de l'expérimentation au regard de la plus-value concrète de l'expérimentation sachant que l'autorisation d'une expérimentation repose sur la promesse d'une distinction par rapport à l'organisation et l'offre existantes. Nous pouvons observer que la Direction « Harpagon » anticipe le travail d'institutionnalisation de l'innovation en cherchant à obtenir des données sur les caractéristiques des patients inclus dans l'expérimentation par comparaison à ce que prévoyait le cahier des charges. En effet, nous verrons que le ciblage des patients constitue une dimension essentielle quant à la généralisation d'une innovation parcours (Cf. *infra* p.92). Ainsi, il semblerait que chaque acteur et particulièrement chaque instance participant au processus d'innovation ait une conception de l'évaluation qui reflète les objectifs

que chacun prête au dispositif et les effets attendus par le prisme d'une grille de lecture orientée par le périmètre d'action initial.

b) Les ateliers de fin d'expérimentation : préparer les esprits

Afin de poursuivre l'analyse de la pérennisation des innovations article 51, il paraît pertinent de rappeler que l'innovation étant un processus, le passage de l'expérimentation à l'innovation n'est pas garanti (Alter, 2013, p.17). Ainsi, il semble nécessaire de préparer les porteurs de projets aux suites potentielles de l'expérimentation au vu des résultats d'évaluation. C'est à cet effet qu'ont été créés, début 2023, les ateliers de fin d'expérimentation (Rapport au Parlement, 2023, p.72). La création de ces ateliers avait vocation à suivre l'évolution du dispositif alors qu'une trentaine d'expérimentations avaient une échéance initiale au cours de l'année (Cour des comptes, 2023, p.163 ; Rapport au Parlement, 2023, p.68). Le référent de la région A synthétise de la manière suivante les enjeux de ces ateliers :

« [...] on fait un atelier très en amont, [pour anticiper le fait qu'] on bascule dans le droit commun ou on ne bascule pas et heureusement parce qu'on va voir ce que ça donne, est-ce que la non bascule dans le droit commun va pouvoir fonctionner ? C'est-à-dire, qu'on n'a va pas se retrouver avec des porteurs ultra frustrés et derrière avec une des sollicitations plus que de raison à financer en FIR ce qui n'a pas marché parce que localement ça a marché mais que là-haut ils ont jugé que ce n'était pas opportun de le mettre dans le droit commun. »

L'atelier est, en effet, organisé six à neuf mois avant la fin de l'expérimentation, ce qui marque le début de la séquence de fin d'expérimentation alors que les résultats d'évaluation, sont connus en principe trois mois avant l'échéance (Cour des comptes, 2023, p.163 ; Rapport au Parlement, 2023, p.72). Il semblerait que ces ateliers soient un espace de dialogue avec les porteurs de projets permettant aux équipes qui les accompagnent d'avoir un retour d'expérience concernant la mise en œuvre opérationnelle de l'expérimentation parcours, ses effets pour les patients ou les changements qu'elle a permis, tels qu'ils sont perçus par les professionnels. Cet extrait d'entretien attire notre attention sur l'importance que peut revêtir l'expérimentation pour des professionnels qui, comme dit précédemment, recourent à l'article 51 afin d'apporter une réponse aux problèmes qu'ils rencontrent (Cf. *supra*. p.36). C'est pourquoi, l'objectif de cet atelier est d'aborder deux *scenarii* que sont la généralisation ou l'arrêt de l'expérimentation sans généralisation (Rapport au Parlement, 2023, p.72). Dans le cas d'une non généralisation, il s'agit d'examiner les solutions

existantes afin de permettre aux professionnels expérimentateurs de continuer à exercer si ce n'est exactement selon les modalités expérimentées, *a minima* d'intégrer dans leurs pratiques les éléments dont on considère qu'ils sont un succès tout en restant à droit constant. En effet, la citation du référent de la région A suggère que l'expérimentation peut avoir eu des effets localement sur les pratiques des professionnels et sur les patients et ce même si ces effets ne justifient pas une généralisation. Ce qui implique également de réfléchir aux conséquences que pourrait avoir l'arrêt de l'expérimentation sur les patients concernés.

A titre d'exemple, nous avons évoqué précédemment les professionnels de l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile qui disent ne plus pouvoir exercer autrement afin de suivre leur patientèle âgée et en incapacité de se déplacer au cabinet (Cf. *supra*. p.78). Ces professionnels craignent de ne plus pouvoir suivre ces patients s'ils ne peuvent plus mettre en pratique les modalités expérimentées. Ainsi, l'arrêt de l'expérimentation pose la question de la continuité des parcours pour les patients inclus dans ce dispositif expérimental. L'enjeu de la continuité des parcours est prégnant comme en témoigne la date de fin de facturation qui intervient souvent un an après la fin de l'expérimentation, d'après les dires d'un référent de l'équipe « Elixir ». Une telle mesure a pour but de permettre aux patients inclus de compléter leur parcours. Néanmoins, le référent de la région A exprime une crainte de retour à la situation d'origine pour les patients et les professionnels qui chercheront une autre solution si l'expérimentation n'est pas généralisée comme un financement sur le Fonds d'intervention régional (FIR). Cette inquiétude est également partagée par les professionnels qui, dans l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile, ont décidé de freiner les inclusions de patients face à l'incertitude de la continuité des parcours. Nous pouvons, ainsi, considérer que ces ateliers apportent un éclairage complémentaire à la démarche d'évaluation dans une perspective de réflexion sur l'opportunité de généraliser une expérimentation. Ils représentent une occasion pour les professionnels de faire part de leurs interrogations quant à l'avenir de leur expérimentation. Il semblerait que, ce faisant, ils permettent de faire émerger des enjeux qui peuvent guider les équipes chargées du pilotage du dispositif article 51 dans leur lecture du rapport final d'évaluation et dans leur prise de décision quant à la généralisation d'une expérimentation. Il s'agit d'examiner les enjeux de la généralisation d'une expérimentation relativement au changement de cadre et de dimension qu'elle implique.

3.1.2 Institutionnaliser une innovation article 51 : enjeux d'intégration dans le droit commun

a) *Entrer dans une période transitoire, un sas avant l'entrée dans le droit commun*

Si l'on suit le processus d'innovation, la décision de généraliser une expérimentation implique son institutionnalisation (Alter, 2013, p.117). D'un point de vue opérationnel, on observe un premier changement dans le vocabulaire des équipes chargées du pilotage du dispositif article 51. Sémantiquement, une expérimentation devient une innovation dès qu'une décision favorable à l'opportunité de la généraliser est rendue par le CTIS et le CSIS. Il s'agit de s'intéresser à ce passage de l'expérimentation à l'innovation que représente, en un sens, l'institutionnalisation de cette dernière. La LFSS pour 2022 prévoit une disposition qui permet aux expérimentations terminées qui vont devenir des innovations d'être maintenues en condition opérationnelle de mise en œuvre avant de pouvoir être généralisées (Rapport au Parlement, 2022, p.27 ; 50). Cette période dite transitoire s'apparente à une nouvelle phase du processus d'innovation et semble montrer une fois encore que le passage de l'état d'expérimentation à celui d'innovation ne se fait ni immédiatement, ni mécaniquement même lorsque la décision de généralisation est prise (Alter, 2013, p.9 ; 94). Cette période transitoire qui peut durer au maximum 18 mois (Cour des comptes, 2023, p.163) semble poursuivre deux objectifs.

D'une part, le maintien de l'expérimentation en condition opérationnelle a pour but de ne pas entraver la dynamique que les professionnels expérimentateurs sont parvenus à impulser comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir ». Il s'agit donc de leur permettre de continuer à suivre les patients inclus auparavant mais également de continuer à inclure de nouveaux patients. Une tension apparaît, néanmoins, entre maintien de la dynamique et maintien en condition opérationnelle. Comme l'affirment des référents de l'équipe « Elixir », l'innovation en période transitoire n'est pas identique à l'expérimentation. Cependant, il ressort des échanges observés qu'il est parfois délicat de délimiter la frontière entre maintien en condition et déploiement, par exemple, en matière de périmètre régional. En effet, la période transitoire donne lieu à un nouveau cahier des charges qui peut modifier certains paramètres de mise en œuvre comme le montant des forfaits. Néanmoins, des échanges observés à propos de la définition de ces nouveaux paramètres pour une innovation interrogent sur le maintien d'une dynamique la plus optimale possible pour les professionnels quand la file active peut être sous-estimée par rapport au pic d'inclusion que les professionnels ont pu atteindre. Il semblerait que certains acteurs considèrent que tout changement du modèle ne peut intervenir que dans le cadre de la construction du droit commun.

En effet, l'enjeu principal de cette nouvelle phase est, d'autre part, de préparer le vecteur de généralisation de l'innovation (Rapport au Parlement, 2022, p.27). Sur ce point, il semble qu'un

décalage apparaisse entre la lettre de la loi et la manière dont est abordée l'élaboration du modèle de droit commun d'une innovation. La Rapporteuse générale explique que le terme de généralisation utilisé dans la loi implique que le modèle qui a été expérimenté soit diffusé dans le droit commun sans modification. Or, le vocabulaire utilisé par les équipes chargées du pilotage de l'article 51 renvoie à « *un passage dans le droit commun* ». Ce changement, qui est intervenu dès les premiers avis sur l'opportunité de généraliser en 2023, ne semble pas se limiter au vocabulaire. Le passage dans le droit commun signifie, toujours d'après la Rapporteuse générale, qu'il y a transposition lors du passage dans le droit commun. Cette transposition implique, pour reprendre les termes d'un référent de l'équipe « Elixir », que « *la transposition de [l'innovation] dans le droit commun n'est pas une reproduction de [l'expérimentation]* ». Une telle affirmation nous amène à interroger les objectifs poursuivis par les différents acteurs chargés du pilotage du dispositif d'institutionnalisation d'une innovation. Il semble qu'une divergence d'intention se dessine entre l'équipe « Elixir » et les DirAC. La Rapporteuse générale, ainsi que les référents de l'équipe, affirment que leur objectif est de ne pas s'éloigner du modèle organisationnel et financier qui a été expérimenté. Il semblerait que l'enjeu sous-jacent soit que l'innovation introduite dans le droit commun produise les mêmes résultats que le modèle expérimenté et par conséquent évalué puisque c'est précisément l'évaluation qui motive la décision d'institutionnalisation. Ainsi, toujours d'après l'équipe « Elixir », il est essentiel de conserver « *le cœur de l'expérimentation* » qui correspond aux facteurs clés qui ont permis la réussite de l'expérimentation et donc l'apport d'une plus-value comparativement à l'offre et à l'organisation préexistantes. Cependant, la Rapporteuse générale estime que ce « *cœur de l'expérimentation* » n'est pas assez défini. Nous pouvons considérer que le rapport final d'évaluation et les ateliers de fin d'expérimentation permettent de cerner les facteurs clés de succès de l'expérimentation et ce qu'il faut conserver. Il semble que le problème réside dans une compréhension commune de ces facteurs qui n'est pas suffisamment partagée par tous les acteurs impliqués dans l'institutionnalisation d'une expérimentation. Face à cette divergence, l'équipe « Elixir », constate que certaines innovations en construction semblent grandement s'éloigner du principe de l'expérimentation et de ses paramètres d'origine notamment sur le volet financier en diminuant parfois drastiquement les forfaits.

Le fait que l'institutionnalisation risque d'éloigner l'innovation de l'expérimentation sur laquelle elle est fondée semble être lié au rôle que jouent les DirAC et la « Casette » dans cette phase. En effet, les travaux de construction du droit commun relèvent des DirAC et de la « Casette » (Cour des comptes, 2023, p.163). Leur rôle semble pouvoir s'expliquer par le pouvoir d'institutionnalisation qui revient aux directions selon l'analyse d'Alter (Alter, 2013, p.117). S'il analyse ce pouvoir dans l'optique de l'entreprise et de ses dirigeants, il nous semble que les directions d'entreprise peuvent être rapprochées des DirAC et de la « Casette ». En effet, les

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

directions du Ministère tout comme la « Cassette » représentent le cadre légal et réglementaire qui encadrent le processus d'innovation (Alter, 2013, p.116). C'est par le biais de l'élaboration des vecteurs d'inscription des innovations dans le droit commun que les directions semblent reprendre la main sur le processus d'innovation et, ainsi, en un sens le « recadrer » (Alter, 2013, p.105 ; Morize et al., 2021, p.2). Recadrer les innovations semble avoir pour vocation de s'adapter au système de santé et à ses contraintes dans une perspective de mise en cohérence d'une logique de transformation du système de santé (Morize et al., 2021, p.2).

b) Mettre en cohérence des dynamiques de réforme parallèles

La pérennisation des innovations se fait grâce à l'élaboration de ce que nous pouvons appeler des vecteurs de droit commun, c'est-à-dire d'instruments qui permettent de les inscrire dans le droit commun. Ces instruments sont des vecteurs de transposition des innovations qui doivent permettre de les intégrer au droit commun. Les vecteurs de droit commun peuvent donc être considérés comme des instruments qui rendent possible leur intégration dans le droit commun. Pour ce faire, les acteurs peuvent s'appuyer sur des instruments existants comme les négociations conventionnelles ou élaborer de nouveaux instruments et donc de nouvelles voies de passage dans le droit commun destinées aux innovations article 51. Ce travail d'élaboration des vecteurs de droit commun ne peut pas se faire sans questionner le paysage des politiques publiques dans lequel doivent s'insérer ces innovations. Une dynamique de réforme du droit commun est, en effet, menée en parallèle des expérimentations, ce qui implique que le cadre législatif, réglementaire ou conventionnel a pu changer avant que l'expérimentation n'arrive à son terme comme l'affirme le référent de la région A (Cour des comptes, 2023, p.161). Nous pouvons rappeler que les professionnels s'engagent dans une expérimentation article 51 afin de trouver une solution à l'absence de réponse face aux problèmes qu'ils rencontrent (Cf. *supra*. p.36). Néanmoins, compte tenu des potentielles évolutions du droit commun, le référent de la région A estime qu'« *on risque de nous dire en sortie de projet finalement le droit commun a évolué entre temps donc on peut retomber dedans [...]* ». Cette affirmation semble suggérer qu'il serait nécessaire d'examiner ces évolutions au regard des réponses qu'elles apportent comparativement à celles de l'expérimentation. Dès lors, comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », l'objectif serait d'anticiper les points sur lesquels une innovation article 51 pourrait compléter le droit commun qui a évolué en parallèle de l'expérimentation. Et ce afin d'alimenter les débats et de faire des propositions pour inclure ses spécificités dans le droit commun réformé. En effet, même si le droit commun évolue et crée donc des vecteurs pouvant intégrer l'expérimentation, le référent de la

région A affirme qu'il est possible qu'ils « *ne soi[en]t pas forcément adapt[és] à la problématique [que les expérimentations] ont résolu jusqu'à présent* ».

A titre d'exemple, nous pouvons évoquer les discussions concernant le passage en droit commun de l'innovation d'un suivi renforcé à domicile. Un scénario évoqué est le recours au protocole de coopération « *Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins* »⁶⁴. Or, selon le référent de la région A, l'article 51 « *va plus loin* » que les protocoles de coopération. En effet, l'article 51 encourage la mise en place de pratiques collaboratives comme nous avons tenté de le montrer dans la partie précédente (Cf. *supra*. p.75). Dans cette optique, l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile ne repose pas sur de la délégation de tâches contrairement aux protocoles de coopération à l'instar de celui cité ci-dessus. Or, le modèle de la délégation de tâches semble contradictoire avec l'approche collaborative que l'expérimentation vise à développer entre le médecin généraliste et l'IDEL. Nous pouvons rappeler que cette approche collaborative semble se distinguer justement parce qu'il n'y a pas de délégation de tâches, ce qui oblige les professionnels à communiquer en permanence comme l'affirme un référent de l'équipe « *Elixir* » (Cf. *supra*. p.77). Ainsi, nous pouvons considérer que le recours à un modèle de délégation de tâches constituerait un retour à des relations plus hiérarchisées entre les deux membres de ce binôme (Ramond-Roquin, 2020, p.128). On observe que le protocole semble obéir à une définition plus restreinte de la coordination entre les professionnels et de son importance dans le parcours du patient. Un référent de l'équipe « *Elixir* » indique que le forfait prévu par le protocole de coopération n'inclut pas la rémunération de la coordination, ce qui semble témoigner de cette différence⁶⁵. Une autre différence d'approche semble apparaître entre le protocole et le modèle expérimenté, alors que l'expérimentation se fonde sur une approche holistique de la personne du patient, un professionnel expérimentateur indique que le protocole ne prend pas en compte la souffrance psychique et l'isolement du sujet âgé. Enfin, on remarque que les critères d'inclusion dans le protocole excluraient une partie significative de la population ciblée par l'expérimentation et notamment les patients ayant un bilan de soins infirmier (BSI). Ainsi, l'analyse du protocole de coopération par comparaison à l'expérimentation d'un suivi renforcé à domicile permet de mettre en exergue la nature des spécificités d'une expérimentation qu'il s'agit

⁶⁴ Arrêté du 24 octobre 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « *Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins* »—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 août 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046493561>

⁶⁵ Arrêté du 6 mai 2024 modifiant l'arrêté du 24 octobre 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « *Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins* »—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 août 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049523380>

d'inclure dans le droit commun malgré la création de nouvelles réponses. Il semblerait que certaines de ces spécificités puissent directement renvoyer aux objectifs de l'article en matière de structuration du parcours du patient.

L'analyse des enjeux d'intégration des innovations dans le droit commun et de mise en cohérence des divers instruments de réforme possibles permet également de saisir la complexité d'un tel exercice. Afin de parvenir à une véritable mise en cohérence qui aboutirait à la restructuration de l'offre et de l'organisation du système de santé, il semble nécessaire d'adopter une approche transversale comme le recommande la Cour des comptes :

« 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. » (Cour des comptes, 2023, p.161)

Cet extrait d'un rapport consacré à l'application des lois de financement de la sécurité sociale, peut nous amener à dresser deux constats quant à l'institutionnalisation des innovations et ainsi à leur intégration dans le droit commun. Premièrement, il ne paraît pas opportun de systématiquement prévoir un vecteur de droit commun pour une seule expérimentation. Cela pourrait s'avérer trop complexe pour les équipes et il semble plus cohérent de construire des vecteurs les plus complets possibles à partir de plusieurs expérimentations afin de tenter de transformer un champ du système de santé. La Cour des comptes insiste sur ces expérimentations qui ont des caractéristiques communes ou dont les modèles semblent proches et qui par conséquent pourraient contribuer à la création d'un vecteur commun pour plusieurs innovations. Dans cette perspective, l'équipe « Elixir », les DirAC et la « Casette » ont initié un travail par grandes thématiques comme l'obésité ou la réhabilitation cardiaque afin de raisonner de manière transversale à partir d'expérimentations complémentaires. Une telle approche est motivée par l'objectif de créer un vecteur suffisamment souple afin qu'il puisse intégrer toutes les spécificités des innovations, d'après les explications d'un référent de l'équipe « Elixir ». La volonté de conserver cette souplesse d'application s'explique également par le fait qu'un parcours s'ancre sur un territoire et fonctionne parce qu'il s'adapte à ses contraintes. Ce travail par thématique permet également à l'équipe « Elixir » de s'assurer que les réformes en cours ne vont pas à l'encontre des futures innovations. Un travail thématique a, par exemple, été initié autour du binôme médecin et IDE afin de faire le lien avec la réforme du métier d'IDE qui est actuellement menée par la Direction « Nightingale ». Ainsi, par la mise en cohérence

des innovations avec le système de santé qu'il vise à transformer, le dispositif article 51 semble tenter de diffuser sa logique d'innovation.

3.2 Créer une innovation parcours et pérenniser le changement

Le processus d'innovation article 51 passe par la création de nouvelles normes afin de diffuser la logique de parcours à l'ensemble des acteurs du système de santé. Ces nouvelles normes semblent tenter de produire des effets sur les acteurs qui les élaborent.

3.2.1 Le parcours coordonné renforcé, un vecteur innovant de passage dans le droit commun

a) La mesure et ses principes : une innovation financière

Le temps de l'institutionnalisation d'une innovation représente, en un sens, le moment où la logique d'innovation rencontre la logique d'organisation afin de tenter transformer les règles qui la composent (Alter, 2013, p.33 ; 117). Pour ce faire, les directions chargées de l'institutionnalisation des innovations transforment ces pratiques, jusqu'à présent expérimentales et dérogatoires, en règles (Alter, 2013, p.105). Dans cette optique le passage dans le droit commun des innovations article 51 suppose de transformer l'ordre établi du système de santé c'est-à-dire le cadre législatif et réglementaire qui l'encadre. Il est nécessaire de créer de nouvelles normes afin de permettre la mise en œuvre de la logique de parcours décrite précédemment (Cf. *supra*. p.53). Le cadre législatif et réglementaire du système de santé à droit constant ne permet pas de mettre en place des rémunérations globales, forfaitaires et intersectorielles comme celles expérimentées par l'article 51 (Rapport au Parlement, 2023, p.74). Cette transformation ne semble pouvoir se faire qu'au moyen d'une production importante de textes législatifs et réglementaires (Grandclaude, 2021, p.333). Nous pouvons observer, comme le confirment plusieurs référents de l'équipe « Elixir », qu'il s'agit de transformer le droit commun par l'intégration de ces innovations mais que la manière de le construire n'évolue pas et reste très complexe. Nous pouvons préciser qu'environ trois quarts des expérimentations article 51 développent des parcours qui, tel que nous l'avons expliqué précédemment, se structurent grâce aux interventions coordonnées de professionnels issus de différents secteurs, hospitalier, soins de ville et médico-social (Rapport au Parlement, 2023, p.74). La création de nouvelles normes paraît donc indispensable à la pérennisation des innovations

bien que leur élaboration puisse être considérée comme un processus qui une fois encore n'est pas simple à faire aboutir (Alter, 2013, p.19).

L'article 46 de la LFSS pour 2024 introduit une nouvelle mesure dite « Parcours coordonnés renforcés » qui modifie le CSS pour créer un modèle de financement au parcours⁶⁶. Le Rapport au Parlement 2023 décrit cette mesure de la manière suivante :

« [...] un cadre générique permettant un financement collectif au parcours, adaptable aux besoins du patient, s'appuyant sur des structures coordinatrices et reposant sur un paiement forfaitaire. Ces rémunérations pourront être mises en œuvre entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social. » (Rapport au Parlement, 2023, p.74)

Préalablement à l'analyse de la mesure Parcours coordonné renforcé (PCR), il semble pertinent de préciser que les données recueillies l'ont été alors que la mesure vient d'être créée et que les arrêtés nécessaires à son application sont en cours d'écriture. Certaines interrogations restent donc en suspens pour les équipes chargées du pilotage de l'article 51 quant aux modalités de mise en application. Nous pouvons également indiquer qu'au vu de son caractère financier l'élaboration de la mesure et des arrêtés corollaires relève de la Direction « Harpagon » bien que l'équipe « Elixir » soit associée à la construction des innovations parcours qui entreront dans le droit commun par le biais d'un PCR.

Il semble que l'objectif du PCR soit de conserver les fondamentaux des parcours expérimentés notamment en créant un cadre forfaitaire qui permet d'adapter le parcours en tenant compte de la variabilité des besoins du patient. Comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », un PCR permet de répartir les interventions en fonction des besoins du patient tant que cela s'équilibre entre les différents forfaits. En effet, le PCR fixe un forfait moyen par patient qui s'il est moindre pour un patient peut être plus élevé pour un autre patient. Il est important de noter qu'un PCR finance la coordination comme les forfaits qui ont été expérimentés. Le PCR permet également de rémunérer collectivement des intervenants des divers secteurs déjà évoqués comme le médico-social et les soins de ville. Parmi ces intervenants peuvent figurer des professionnels non conventionnés. Pour ce qui est de la structure coordinatrice, - qui pourrait par exemple être une MSP ou un CSAPA - elle semble être responsable de plusieurs types de coordination et assumer plusieurs rôles. Il apparaît qu'elle assure la coordination des professionnels sur l'intégralité du parcours d'un patient au titre d'une coordination administrative mais également médicale. Comme

⁶⁶Article 46—LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1)—*Légifrance*. (s. d.). Consulté 7 août 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000048668743

l'explique un référent de la Direction « Harpagon », la structure coordinatrice est responsable de l'entrée du patient dans le PCR et est « *garante du déploiement du parcours tel qu'il est défini* » selon les dires d'un référent de l'équipe « Elixir ». Ainsi, la structure coordinatrice aurait vocation à assurer une certaine coordination médicale entendue comme l'apport d'une expertise sur l'ensemble du parcours. Néanmoins, cette structure a également un rôle prédominant en matière de facturation. Elle est, en effet, chargée d'ordonner les paiements pour les professionnels en précisant à la CPAM la part du forfait qui doit être versée à chacun. Si les professionnels sont salariés de la structure, elle les rémunère directement en répartissant les forfaits. Si le PCR tente donc de conserver tous les éléments indispensables à la mise en place d'un parcours global et pluriprofessionnel, certains enjeux de pérennisation apparaissent. Dans le cadre expérimental, les structures qui assurent la coordination des expérimentations sont souvent des associations loi 1901. Or, comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », il est nécessaire de trouver une solution pour que ces associations puissent devenir structure coordinatrice, ce qui n'est théoriquement pas possible en l'état sur le plan fiscal. Ainsi, le travail d'institutionnalisation des innovations par la construction d'un nouveau cadre législatif et réglementaire nécessite de procéder à des adaptations.

b) Construire un parcours coordonné renforcé : l'exemple du parcours addictions

Si pour institutionnaliser les innovations parcours article 51, il est nécessaire de les transformer en lois et en règles, nous pouvons nous interroger sur leur caractère obligatoire. Alter affirme qu'en transformant les pratiques innovatrices en règles, les directions des entreprises « les imposent à ceux qui ne les avaient pas encore mises en œuvre » (Alter, 2013, p.105). Or, nous pouvons observer que l'objectif poursuivi par la démarche d'innovation article 51 est de donner la possibilité aux professionnels n'ayant pas été expérimentateurs de se saisir de ce nouveau dispositif. Le but est donc que les innovations construites suscitent l'adhésion des porteurs de projets et des autres professionnels afin que le plus grand nombre d'acteurs puissent se l'approprier (Rapport au Parlement, 2023, p.74 ; Morize et al., 2021 p.2). L'institutionnalisation et la diffusion d'une innovation semblent impliquer une nouvelle phase d'appropriation mais qui à l'inverse de l'expérimentation s'adresse à une plus grande diversité d'acteurs (Alter, 2013, p.21-22). Bien que les innovations ne deviennent pas explicitement des obligations pour les professionnels, nous pouvons nous demander si cette appropriation n'a pas vocation à imposer *in fine* une nouvelle norme à l'ensemble des professionnels. Pour institutionnaliser les innovations, il semble nécessaire de « *revisiter* » les parcours expérimentés pour reprendre les termes d'un

réfèrent de l'équipe « Elixir ». Cette expression paraît faire référence aux ajustements et donc à des modifications qu'il faut effectuer sur le modèle expérimenté afin de créer l'innovation qui sera diffusée dans le droit commun. Si ces modifications des innovations au moment de leur diffusion semblent inhérentes au processus d'innovation, nous pouvons interroger les objectifs qui les sous-tendent (Alter, 2013, p.105). En effet, la phase d'institutionnalisation et les modifications qu'elle implique font apparaître « le caractère régressif de l'innovation » (Alter, 2013, p.22). Ce caractère restrictif semble lier à la nécessaire adaptation des innovations au moment de leur institutionnalisation afin de les ajuster aux contraintes du système de santé dans lequel il faut les intégrer (Morize et al., 2021 p.2). Néanmoins, les échanges concernant l'institutionnalisation du parcours addictions semblent montrer qu'il s'agit également d'adapter le modèle aux professionnels non expérimentateurs pour favoriser et assurer l'appropriation.

Ainsi, afin d'illustrer les implications de telles modifications sur un parcours, nous prendrons l'exemple de l'innovation parcours addictions pour laquelle un PCR est actuellement en cours d'élaboration. Ainsi, un groupe de travail a été constitué afin de construire ce PCR addictions qui devrait entrer dans le droit commun à la fin de la période transitoire soit au printemps 2025. Ce groupe de travail associe une diversité d'acteurs, notamment des membres des DirAC dont un réfèrent de la Direction « Harpagon » qui est le réfèrent du groupe concernant les obligations relatives à la mesure PCR. Le réfèrent de l'équipe « Elixir » en charge du suivi du parcours addictions est également associé aux travaux tout comme un réfèrent ARS d'une des régions expérimentatrices. Les échanges du groupe de travail se structurent autour des impératifs d'un PCR, c'est-à-dire une population cible, un modèle détaillé de parcours ainsi que des étapes qui le composent et une structure coordinatrice. Ces trois exigences guident les modifications qui doivent être effectuées sur le parcours expérimenté afin de créer une innovation. L'enjeu de définition de la population cible peut interroger compte tenu du fait que ce travail de définition a été fait en amont de l'autorisation de l'expérimentation. Cependant, il semblerait qu'il y ait un enjeu différent dans une perspective d'intégration de cette innovation dans le droit commun. Nous pouvons observer qu'il y a un enjeu de restriction des critères d'inclusion au sens où un réfèrent de la Direction « Harpagon » estime que les critères d'inclusion de l'expérimentation ne sont pas suffisamment définis pour estimer le nombre de patients qui seraient éligibles sur la France entière. Ainsi, des travaux ont été initiés pour affiner les critères qui sont une conduite addictive associée à de la vulnérabilité sociale et, ou à une vulnérabilité sociale. L'objectif est également d'insérer ce parcours dans une gradation de l'offre de soins et de santé, comme l'indiquent un réfèrent de la Direction « Hygie » et un réfèrent de la Direction « Harpagon ». C'est pourquoi l'enjeu est de préciser les critères d'inclusion afin d'identifier la population qui relève uniquement de ce parcours addictions et non d'un autre type de prise en charge en CSAPA ou à l'hôpital. Il semblerait qu'il y ait

également un enjeu financier puisqu'il s'agit en calibrant la population cible de déterminer le montant total du PCR à partir du montant du forfait et ce dans l'optique où le PCR serait partie intégrante de l'ONDAM. Enfin, la précision de la population cible met, une fois encore, en exergue des divergences de conception entre acteurs et des objectifs qui ne sont pas de même nature (Alter, 2013, p.89). En ce sens, les échanges du groupe de travail suggèrent que l'équipe « Elixir » envisage un dispositif qui vienne en appui à des médecins généralistes similaires aux expérimentateurs, soit ceux qui nourrissent un intérêt pour l'addictologie et qui aspirent à s'investir dans un suivi global et pluriprofessionnel. Le référent de la Direction « Harpagon » espère que des médecins « réfractaires », c'est-à-dire ceux qui se sentent dépassés par ces patients complexes, se saisiront de ce PCR. Ainsi, il semblerait que cette divergence d'objectifs explique cette volonté de préciser davantage les critères d'inclusion afin, d'une part, de s'adresser à un plus grand panel de médecins. D'autre part, l'enjeu est de recalibrer la population cible pour estimer le coût du PCR. Il semble pertinent de rappeler que le PCR est une mesure premièrement financière et non pas organisationnelle dont la mise en œuvre revient à la Direction « Harpagon » qui est la seule DirAC à dépendre du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances. Le cadre de rationalité des référents de la Direction « Harpagon » semble influencer sur l'élaboration des PCR. En effet, nous pouvons considérer que les acteurs sont rationnels dans un cadre limité, ce qui implique que leur compréhension des enjeux est déterminée par cette rationalité. Ainsi, concernant les PCR, nous pouvons faire l'hypothèse que la rationalité des référents de la Direction « Harpagon » qui obéit à un cadre financier a des conséquences sur la construction et l'organisation des PCR. En un sens, leurs décisions en matière de construction des PCR sont guidées par leur cadre d'action initial (Friedberg, 2011, p.17). Le caractère limité de la rationalité des acteurs explique qu'ils se cantonnent à des choix connus (Hassenteufel, 2021, p.238). Il semblerait que la réflexion des référents de la Direction « Harpagon » en matière de calibrage de la population éligible aux PCR suive ce principe. En effet, ils semblent appliquer leur raisonnement habituel qui s'attache donc plus à l'enjeu financier qu'à la composante organisationnelle et à la visée holistique d'un parcours.

La construction d'un PCR est également l'occasion d'y intégrer les recommandations émises par le rapport final d'évaluation comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir » : « Normalement on reste sur le même périmètre, sauf à ce que les résultats montrent qu'il n'y a peut-être pas intérêt à faire intervenir [les professionnels] de cette façon là parce que ça n'a pas vraiment bien fonctionné [...] donc il faut peut-être revoir. » Dans le cas du PCR addictions, il peut s'agir de revoir la durée et le séquençage du parcours. L'objectif est de permettre aux professionnels d'avoir une meilleure visibilité sur l'évolution de l'état de santé de leur patient et de permettre d'adapter le parcours en conséquence de manière plus régulière quant à la gestion de la maladie et de sa chronicité (Cf *supra*. p.64). Nous pouvons préciser que, d'après les explications d'un référent de la

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

Direction « Harpagon », toutes les composantes d'un PCR quant au déroulement du parcours, aux patients concernés ou aux professionnels impliqués devront être précisément décrites dans un arrêté relatif à chaque PCR⁶⁷. Dès lors, il semblerait que le caractère régressif de l'innovation vienne également du cadre normatif dans lequel elle doit s'inscrire qui laisse par essence moins de latitude d'appropriation aux professionnels que les cahiers des charges des expérimentations. Ce cadre normatif est également un enjeu dans l'élaboration des PCR, puisque ce même référent de la Direction « Harpagon » explique qu'une fois le cadre normatif du parcours défini, son organisation peut être souple afin d'être adaptée aux territoires et à leurs spécificités. Une telle affirmation semble témoigner de la difficulté que représentent la construction des innovations et la rédaction des arrêtés. L'enjeu serait de prévoir dans un cadre restreint une multiplicité de possibilités afin de permettre à tous les professionnels de mobiliser les ressources territoriales disponibles en fonction des contraintes. Ce travail d'institutionnalisation des innovations semble soulever des questions quant aux changements institutionnels qui seraient nécessaires pour que la logique d'innovation soit pérennisée.

3.2.2 Pérenniser des innovation parcours : faire face à des enjeux de changements institutionnels

a) Mobiliser les acteurs pour pérenniser l'innovation

Une innovation organisationnelle peut être conçue comme une décision de changement (Alter, 2013, p.59). Concernant les innovations article 51, nous pouvons considérer que ces décisions sont prises dans un cadre qui est un instrument qui concourt à réformer le système de santé (Pelletan, 2022, p.1 ; 4). En tant que tel, le dispositif article 51 semble structurer l'action des acteurs impliqués dans une démarche d'innovation organisationnelle et donc de changement (Lascoumes & Le Galès, 2005, p.15). Or, si les expérimentations semblent initier des changements de pratiques chez les professionnels, leur institutionnalisation interroge sur la dynamique de changement institutionnel au sein des équipes chargées du pilotage du dispositif. La démarche d'innovation article 51 accompagne les professionnels pour les amener à travailler autrement mais une telle démarche semble nécessiter d'accompagner les décideurs à adopter cette logique d'innovation afin de la pérenniser. En effet, rappelons que les DirAC et la « Casette » sont responsables de l'institutionnalisation des innovations et de la construction du droit commun (Cour

⁶⁷*Ibidem*

des comptes, 2023, p.163). Comme l'explique un référent de l'équipe « Elixir », l'entité qui pilote ces travaux est désignée en fonction du champ dont relèverait le droit commun de l'innovation. A titre d'exemple, quand il est envisagé d'inscrire l'innovation dans le droit commun par le biais de conventions avec la « Cassette », elle est désignée « *chef de file* » du groupe de travail, selon l'expression utilisée par l'équipe « Elixir ». Pour l'élaboration d'un PCR, le rôle de chef de file revient à la Direction « Harpagon » compte tenu de la nature financière de ce vecteur. Néanmoins, la désignation des chefs de file révèle une difficulté de mobilisation des directions responsables de l'institutionnalisation des innovations. L'équipe « Elixir » regrette qu'il n'y ait pas de « *pilote sur les sujets parcours* ». Cette affirmation semble renvoyer à la difficile mobilisation des directions sur des sujets transverses qui ne relèvent pas pleinement de leur périmètre d'action. Concernant le PCR addictions, le référent de la Direction « Harpagon » estime qu'il ne peut pas être le seul chef de file et qu'il serait nécessaire que la Direction « Nightingale » ou la Direction « Hygie » soit responsable des travaux sur le versant organisationnel du parcours. Cependant, aucune des deux directions ne semble considérer que ces travaux entrent dans son champ d'action de par la nature transverse d'un parcours qui relève à la fois des soins de ville et du médico-social. En conséquence de ces difficultés de mobilisation, on observe que les référents de l'équipe « Elixir » jouent un rôle fondamental dans la conduite de ces travaux. Et ce même si, en théorie, d'après leurs explications, une fois l'expérimentation entrée en période transitoire et devenue innovation, ils devraient progressivement « *passer le relais* » aux directions. Nous pouvons observer que l'équipe « Elixir » semble être le garant de la logique d'innovation face aux directions qui incarnent une logique d'organisation (Alter, 2013, p.116-117). Ainsi, la pérennisation des innovations interroge la pérennisation de la démarche et de la logique qui a conduit à les développer.

Nous avons déjà évoqué les divergences d'objectifs qui existent entre les différents acteurs de la démarche d'innovation article 51 et notamment entre l'équipe « Elixir » et les différentes directions. Nous pouvons considérer que ces conceptions différentes du processus d'innovation sont liées à la nature des directions. Le dispositif article 51 invite, en effet, à « penser hors cadre et à s'extraire des règles établies » (Rapport au Parlement, 2023, p.6) alors que d'après un référent de l'équipe « Elixir », les directions sont construites pour ne pas changer et pour faire respecter les règles établies. Dès lors, cela implique qu'elles ne sont, par essence, pas construites sur le principe de rupture avec les formes antérieures d'organisations qui anime la démarche d'innovation (Alter, 2013, p.31 ; Friedberg, 1973, p.335 ; 337). Ainsi, la démarche d'innovation organisationnelle semble chercher à impulser des changements mais dans la mesure où « l'action de changement ne peut se concevoir en dehors des intéressés eux-mêmes », il semble pertinent de questionner la mobilisation des directions en ce sens (Friedberg, 1973, p.335). Il apparaît que l'objectif de transformation du système de santé grâce aux innovations n'est pas partagé par tous les acteurs. A titre d'exemple,

Mila LUCAS - Mémoire de l'Université de Rennes - Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

2023-2024

lors d'une réunion du groupe de travail du PCR addictions, un membre d'une DirAC affirme que l'approche pluriprofessionnelle et coordonnée du parcours du patient fonctionne justement parce que c'est dans un cadre expérimental. Un tel postulat interroge sur la compréhension de la démarche article 51 et de sa vocation à réformer le système de santé. Il interroge également sur l'attitude de certains acteurs face à la transformation du système de santé alors que des dispositifs comme l'ACI, les MSP ou les CDS ne sont pas expérimentaux et reposent sur un principe de pluriprofessionnalité et d'exercice coordonné. Nous pouvons, donc, nous demander si certains acteurs ne sont pas réservés face à la vocation de transformation du système des expérimentations article 51, ce qui pourrait se traduire par une certaine réticence à l'institutionnalisation des innovations. L'effort que demande ce travail d'institutionnalisation semble être un autre facteur qui pourrait expliquer la réticence de certains acteurs impliqués. Les référents de l'équipe « Elixir » partagent, en effet, un constat quant au caractère contraignant de l'article 51 pour les équipes de la « Cassette » et des DirAC, hormis pour les référents article 51 de chaque institution. Ainsi, si les directions sont amenées à se prononcer particulièrement au moment de l'autorisation des expérimentations et lors de leur institutionnalisation, les différents acteurs peuvent le percevoir comme une tâche supplémentaire qui ne relève pas de leur périmètre d'action.

Nous pouvons considérer que, de même que les professionnels expérimentateurs sont accompagnés à adopter cette logique d'innovation et ses changements, il faudrait accompagner les directions de la même manière. Un référent de l'équipe « Elixir » estime, en effet, que les directions ne sont pas accompagnées pour adopter cette logique de changement. En ce sens, la connaissance du dispositif article 51 et de ses expérimentations ne semble pas suffisamment diffusée au sein des directions. Dans cette optique, on observe que certains chefs de file se tournent vers les référents de l'équipe « Elixir » afin d'obtenir des informations sur les innovations dans le cadre de la préparation des groupes de travail d'institutionnalisation. Ce qui semble témoigner, qu'en dehors des référents article 51, la connaissance du processus d'innovation et de ses expérimentations n'est pas particulièrement diffusée dans les directions. Dans la mesure où le processus de changement est un processus collectif qui nécessite la participation des acteurs concernés, il s'agirait de développer un accompagnement spécifique à destination des directions (Friedberg, 1993, p.337-338). Cet accompagnement des directions contribuerait à leur mobilisation et à la diffusion de la logique d'innovation. Cette diffusion semble indispensable à la pérennisation de nouvelles pratiques y compris quant à l'élaboration des politiques publiques, dans une perspective de réforme du système de santé. L'institutionnalisation des innovations article 51 pourrait avoir des répercussions sur la portée du dispositif lui-même.

b) *Pérenniser l'innovation et envisager l'avenir du dispositif*

La Rapporteuse générale synthétise en ces termes l'ambition de l'article 51 en matière de construction des parcours, il s'agit de « *se mettre à la place du patient* » pour répondre à l'intégralité de ses besoins. Pour satisfaire cet objectif, il semble nécessaire d'aborder la construction de cet outil de manière transverse en sollicitant tous les acteurs institutionnels concernés. En d'autres termes, l'enjeu est de réunir des acteurs qui obéissent à un fonctionnement sectorisé en matière de construction des politiques publiques. La logique d'innovation doit décroiser la logique d'organisation et les logiques de groupes professionnels qui semblent être au principe de l'élaboration du droit commun afin d'assurer la pérennisation des innovations afin de faire évoluer le système de santé. Cependant, nous pouvons observer que le dispositif article 51 s'adapte aux évolutions du droit commun comme le confirment les membres de l'équipe « Elixir ». Ainsi, il semblerait que les travaux d'institutionnalisation des innovations influent sur le dispositif article 51 et sur l'ensemble du processus d'innovation qu'il développe.

En premier lieu, on constate que les précautions prises en matière de généralisation des expérimentations dès leur construction (Cf. *supra*. p.41) ne suffisent pas à prévenir toutes les difficultés rencontrées lors de l'institutionnalisation de l'innovation. Ainsi, il apparaît que les travaux d'institutionnalisation sont complexes à mener et que face à cette complexité l'instruction des futures expérimentations semble remise en question. L'introduction de la mesure PCR dans la LFSS pour 2024 soulève un enjeu stratégique quant à la sélection des projets. En effet, au sein des équipes chargées du pilotage du dispositif, la question se pose de privilégier des projets dont le volet financier serait construit sur le modèle d'un PCR. Néanmoins, un référent de l'équipe « Elixir » précise que dans cette éventualité, il faudrait malgré tout tester et évaluer le modèle organisationnel. Une telle éventualité interroge, en un sens, sur la stratégie à adopter en matière d'innovation. Il s'agirait de continuer à innover tout en s'appuyant sur un dispositif institutionnalisé, que représente la mesure PCR afin de sécuriser le passage dans le droit commun.

Nous pouvons observer que, dans la mesure où le dispositif article 51 s'est construit progressivement et que les équipes ont tiré des enseignements quant à son développement, il est devenu plus exigeant, d'après l'équipe « Elixir ». Nous pouvons nous demander si les travaux d'institutionnalisation et les difficultés rencontrées ne pourraient pas renforcer cette exigence. Dans cette optique, un référent de la Direction « Harpagon » indique que de moins en moins de projets sont retenus à mesure que les travaux d'institutionnalisation progressent. En effet, nous pouvons indiquer que sur 148 expérimentations autorisées, une vingtaine est arrivée à échéance en 2023, une quarantaine d'expérimentations devraient se terminer en 2024 et une trentaine en 2025. Ainsi, les travaux de généralisation prennent de plus en plus d'importance dans l'activité

quotidienne des équipes chargées du pilotage du dispositif. Dans le cadre de ces travaux d'institutionnalisation, les équipes sont confrontées à des difficultés quant aux premières expérimentations autorisées qui n'étaient pas très travaillées pour paraphraser le référent de la région A. Il explique que ces expérimentations sont moins travaillées parce qu'elles ont dû être autorisées rapidement pour nourrir le dispositif. Il semble donc que moins de précautions aient été prises quant à leur généralisation, ce qui explique les problématiques que rencontrent à présent les équipes. Face à ce constat, les exigences des équipes augmentent quant à la solidité du projet et aux perspectives de généralisation. Si ce phénomène contribue à la diminution du nombre de projets retenus, nous pouvons également observer qu'en parallèle les ARS voient le nombre de projets régionaux déposés diminuer. Ainsi, ces deux dynamiques interrogent sur l'avenir du dispositif et sur son renouvellement.

Les défis que représentent l'institutionnalisation des innovations et l'exigence croissante amènent certaines ARS à demander des concertations avec les équipes nationales afin d'identifier les champs d'action dans lesquels les projets méritent d'être instruits. L'enjeu est également, au regard des expérimentations déjà existantes et des innovations en cours de pérennisation, d'identifier les propositions qui pourraient se révéler problématiques ou qui ont déjà prouvé leur efficacité. Outre la sélection des futures expérimentations, il semblerait que l'importance croissante des travaux de généralisation amènent les équipes à interroger à nouveau la portée et les objectifs du dispositif. Certains membres de l'équipe « Elixir » partagent leurs impressions de revenir aux discussions fondatrices qui avaient eu lieu en 2018 au début du dispositif. Ainsi, nous pouvons considérer que l'institutionnalisation des innovations semble avoir des conséquences sur la pérennisation de la logique d'innovation en tant que telle. Cette remise en question pourrait entrer en contradiction avec le processus de changement porté par le dispositif en matière de changement de pratique institutionnelle et d'élaboration des politiques publiques. En effet, nous pouvons rappeler que le dispositif article 51 construit ses expérimentations sur un mode collectif nourri par les interactions entre les directions et les professionnels afin de tenter d'être au plus proche de leurs besoins (Lemaire et al., 2020, p.38 ; Morize et al., 2021, p.2 ; 4 ; Obled et al., 2020, p.390). Or, cette nouvelle manière de procéder promue par la démarche article 51 au début du processus ne semble pas être aussi développée en matière d'institutionnalisation des innovations et de création du droit commun.

Comme nous l'avons dit, la pérennisation de l'innovation implique des travaux d'institutionnalisation et la construction de nouvelles normes (Alter, 2013, p.33 ; p.105). Néanmoins, nous avons aussi montré que l'institutionnalisation de l'innovation nécessite qu'elle se diffuse et qu'elle soit adoptée par des acteurs non expérimentateurs (Morize et al., 2021, p.2). Or, puisque les innovations sont encore en cours d'institutionnalisation, nous n'avons pas de recul sur

la manière dont les acteurs non expérimentateurs se sont appropriés les innovations. Dans le cadre des travaux sur le PCR addictions, un premier projet de parcours a été présenté à des structures non expérimentatrices. Cette démarche semble avoir pour objectif d'obtenir leur adhésion quant aux modalités d'organisations proposées afin de ne pas élaborer une innovation dont ils ne se saisiront pas. La possibilité que les professionnels ne s'emparent pas de l'innovation doit être anticipée alors qu'ils peuvent, en théorie, décider de continuer à exercer comme à leur habitude si l'innovation ne devient pas la nouvelle norme unique (Alter, 2013, p.17). Nous pouvons rappeler que l'enjeu d'appropriation des innovations article 51 est prégnant en cela qu'elles ne deviennent pas des obligations contrairement aux innovations observées par Alter (Alter, 2013, p.17 ; 105 ; Rapport au Parlement, 2023, p.74). En ce qui concerne l'objectif de transformation du système de santé porté par l'article 51, l'enjeu sera donc de savoir dans quelle mesure ces innovations pérennisées parviendront à faire graduellement changer les organisations pour qu'une logique de parcours coordonné et pluriprofessionnel s'impose. En effet, le dispositif article 51 semble relever d'une forme de transformation graduelle par empilement (Hassenteufel, 2021, p.246). En ce sens, nous pouvons considérer que l'article 51 tente d'introduire ces innovations dans le système de santé mais « à la marge » afin qu'elles se développent jusqu'à devenir très importantes et plus importantes que les dispositifs existants (Hassenteufel, 2021, p.246, Palier, 2005, p.277). Ainsi, par ce mécanisme de changement graduel, l'objectif serait de diffuser la logique de parcours portée par les innovations article 51 au sein du système de santé afin de supplanter progressivement la logique traditionnelle (Palier, 2005, p.277).

Conclusion

Considérant l'innovation comme un processus, nous avons examiné, tout au long de ce mémoire, les enjeux qui sous-tendent l'aboutissement du processus d'innovation article 51 et donc l'institutionnalisation des expérimentations devenues innovations. Ainsi, nous pouvons constater que tous les projets instruits ne deviennent pas des expérimentations et que toutes les expérimentations ne sont pas mécaniquement transformées en innovation. La démarche article 51 est une activité collective et procède ainsi d'un apprentissage collectif (Alter, 2013, p.365 ; Friedberg, 1973, p.338). Nous pouvons considérer que cet apprentissage concerne les professionnels expérimentateurs et les équipes qui les accompagnent. Cet apprentissage semble tenter de produire des changements de pratiques quant à l'élaboration des politiques publiques en encourageant une approche transverse et collaborative. Ces changements de pratiques peuvent également être observés dans l'évolution des modalités d'exercice des professionnels expérimentateurs. Ils sont permis et encouragés par les modèles organisationnels et financiers expérimentés. Ainsi, si nous revenons sur les expérimentations parcours que nous avons étudiées, l'article 51 permet de sortir du paiement à l'acte pour adopter une rémunération forfaitaire et amène les professionnels à se coordonner mais également à collaborer. Nous pourrions nous demander si la composante financière prévaut sur la composante organisationnelle. En d'autres termes, il serait intéressant de chercher à savoir quel est le levier le plus transformateur entre le financement et l'organisation quand il s'agit de structurer un parcours pluriprofessionnel et coordonné grâce à des pratiques plus collaboratives.

En un sens, le dispositif 51 semble créer de nouvelles conditions de possibilité qui permettent de renouveler la construction et la mise en œuvre du parcours. Ces nouvelles possibilités sont des opportunités d'approfondir l'approche parcours afin de mettre en œuvre un parcours le plus global possible. Cette ambition globalisante répond à l'objectif de décloisonnement du système de santé poursuivi par l'article 51. Le recours au parcours comme outil structurant de la démarche innovatrice incarnerait cette recherche d'un accompagnement holistique et d'une prise en charge coordonnée grâce à la collaboration des professionnels. Nous pouvons, d'ailleurs remarquer que si l'article 51 offre de nouvelles possibilités d'organisation et de financement, il s'appuie sur des outils existants tels que les RCP ou le PPS. En matière de coordination, les RCP ou l'émergence d'une nouvelle fonction de coordination semblent montrer que les expérimentateurs article 51 peuvent faire face aux mêmes difficultés que des professionnels non expérimentateurs. Ce phénomène semble pouvoir s'expliquer par la culture dont dépendent les professionnels. Ainsi, si l'article 51 cherche à créer de nouvelles conditions de possibilité pour favoriser la mise en œuvre d'un parcours, il doit composer avec les contraintes du système de santé. Les contraintes du

système de santé semblent particulièrement prégnantes au moment de l'institutionnalisation des innovations.

Dans cette optique, la Rapporteuse générale affirme que « *toutes les difficultés que l'équipe rencontre au moment du passage dans le droit commun montrent bien que ce qui est fait est innovant* ». Cette réflexion interroge sur les répercussions que pourrait avoir l'institutionnalisation sur les innovations. En effet, comme nous l'avons vu, les innovations viennent du terrain et se développent grâce aux professionnels qui se les sont appropriées. Or, l'institutionnalisation revient aux DirAC du Ministère et à la « Casette » qui peuvent parfois transformer le modèle qui a été testé et évalué. Ce processus de restriction de l'innovation consiste à revenir à une logique d'organisation en protocolisant et simplifiant ce qui a été créé et mis en pratique par les expérimentateurs (Alter, 2013, p.369). La tendance des directions à recadrer l'innovation pose la question de la réaction des professionnels expérimentateurs et des autres professionnels face à ce nouveau modèle que constitue l'innovation. Le processus de développement et de diffusion de l'innovation ne peut réussir que si les professionnels s'emparent de l'innovation. Néanmoins, nous n'avons pas de recul sur l'effectivité de cette appropriation puisque les innovations sont encore en cours d'institutionnalisation. Ainsi, il faudrait étudier la manière dont les professionnels expérimentateurs pourraient être amenés à s'adapter à ce nouveau modèle non identique à ce qu'ils ont testé. Il serait également pertinent d'examiner la répercussion de ces innovations sur des professionnels qui n'ont pas participé au processus d'innovation. Cette diffusion à l'ensemble du système de santé serait, en quelque sorte, la condition pour que les innovations article 51 parviennent à transformer le système de santé.

Outre cet enjeu de diffusion et d'appropriation, nous avons vu que l'innovation constitue une nouvelle logique et une nouvelle façon de faire. Cette nouvelle façon de faire passe par l'impulsion d'une dynamique de changement dans la manière d'élaborer les politiques publiques. Or, il semble nécessaire d'impliquer davantage les directions tout au long du processus d'innovation afin de pérenniser la logique et d'accompagner le changement. Nous pouvons préciser que la conception du changement est un des thèmes qui illustre l'évolution de la compréhension du sujet grâce à la lecture et la discussion des auteurs mobilisés. En effet, au début de ce travail de recherche l'objectif de changement porté par l'article a pu sembler contradictoire avec la conception progressive et graduelle du changement (Hassenteufel, 2021, p.219 ; 238-239 ; 246). Ainsi, la rupture présente dans la logique d'innovation (Alter, 2013, p.31 ; Friedberg, 1973, p.335 ; 337) semblait influencer sur le changement qui aurait pu advenir. Cependant, nous avons finalement montré que la transformation du système de santé grâce aux innovations article 51 se ferait de façon graduelle et non pas par rupture brutale et immédiate avec les formes d'organisation passées.

Enfin, nous pouvons nous demander s'il ne faudrait pas institutionnaliser la démarche innovatrice pour faire adopter une logique d'innovation et donc renouveler l'élaboration des politiques publiques et transformer le système de santé. Alors que le dispositif article 51 continue à se développer, l'équipe n'est pas reconnue institutionnellement et ne semble plus adaptée à l'ampleur du dispositif. En effet, l'équipe « Elixir » semble être arrivée à saturation de ses capacités d'accompagnement. Nous pouvons également remarquer que le nombre de projets déposés diminue aussi bien au niveau national que régional. Ainsi, un des enjeux serait de pérenniser le dispositif et la dynamique qu'il tente d'impulser afin d'assurer sa continuité alors que de nombreuses expérimentations arrivent à échéance d'ici à 2025 et qu'il va falloir renouveler le dispositif. Cette continuité semble particulièrement capitale en cela que le portage politique de cette démarche d'innovation paraît insuffisant et ce d'autant plus dans un contexte de discontinuité ministérielle alors que depuis 2022, cinq ministres de la santé se sont succédé. Nous pouvons ainsi nous demander si pour continuer à se développer et diffuser sa logique, le dispositif ne devrait pas être inscrit dans une politique publique de l'innovation afin d'en élargir la portée.

Bibliographie

Ouvrages

Alter, N. (2013). *L'innovation ordinaire*. Presses universitaires de France.

Bloch, M.-A., Hénaut, L., & Havis, D. P. (2014). *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.

Bourdillon, F., & Grimaldi, A. (2016). 51. Maladies chroniques. In *Traité de santé publique* (p. 483-489). Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0508>

Friedberg, E. (1993). *Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée*. Éditions du Seuil.

Hassenteufel, P. (2011). Chapitre 8—Les acteurs intermédiaires des politiques publiques. In *Sociologie politique : L'action publique* (p. 213-242). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.hasse.2011.01.0213>

Hassenteufel, P. (2021). Chapitre 7. Les changements de l'action publique. In *Sociologie politique de l'action publique: Vol. 3e éd.* (p. 219-285). Armand Colin. <https://www.cairn.info/sociologie-politique-de-l-action-publique--9782200624767-p-219.htm>

Jacob, S. (2019). Évaluation. In *Dictionnaire des politiques publiques: Vol. 5e éd.* (p. 248-255). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0248>

Lascombes, P., & Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. In *Gouverner par les instruments* (p. 11-44). Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0011>

Marin, P., Raimondeau, J., Huteau, G., Naty-Daфин, P., & Bréchat, P.-H. (2020). Chapitre 18. Enjeux pour le système de santé français : Les évolutions et innovations de l'organisation. In *Manuel de santé publique* (p. 513-542). Presses de l'EHESP. <https://doi.org/10.3917/ehesp.raimo.2020.01.0513>

Morin, M. (2004). *Parcours de santé*. Armand Colin.

Palier, B. (2005). Chapitre 7 : Les instruments, traceurs du changement. La politique des retraites en France. In *Gouverner par les instruments* (p. 273-300). Presses de Sciences Po.
<https://doi.org/10.3917/scpo.lasco.2005.01.0273>

Polton, D. (2023). 4. Qu'est-ce que la transition épidémiologique ? In *Parlons santé en 30 questions* (p. 32-33). La Documentation française. <https://www.cairn.info/parlons-sante-en-30-questions--9782111578401-p-32.htm>

Schweyer, F.-X. (2010). L'outil qui cache la réforme, les généralistes dans les réseaux de santé. In *Singuliers généralistes* (p. 283-305). Presses de l'EHESP.
<https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0283>

Strauss, A. (1992). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. l'Harmattan.

Veziat, N. (2019). Introduction. La santé en partage. In *Vers une médecine collaborative* (p. 13-44). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/vers-une-medecine-collaborative--9782130811800-p-13.htm>

Articles scientifiques

Aubin, D., Baszanger, I., & Carrier, C. (2010). Le patient est-il vraiment au centre du système de soins ? *Santé, Société et Solidarité*, 9(1), 35-40. <https://doi.org/10.3406/oss.2010.1386>

Baszanger, I. (1986). Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie*, 27(1), 3-27. <https://doi.org/10.2307/3321642>

Borgetto, M. (2021). Le parcours du patient. *Revue de droit sanitaire et social*.

Bourgeois, I., Morize, N., & Fournier, C. (2021). Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : Des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer. *Questions d'économie de la santé Irdes*, 262.
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.html>

- Bousquet, F. (2019). Territoires et innovations dans les services de santé, une illustration à partir des expérimentations de l'article 51. *Regards*, 56(2), 117-137. <https://doi.org/10.3917/regar.056.0117>
- Bras, P.-L. (2017). Paiement à l'acte/capitation : Une réforme ébauchée mais avortée. *Les Tribunes de la santé*, 57(4), 71-89. <https://doi.org/10.3917/seve.057.0071>
- Collombet-Migeon, F. (2017). La place des patients : Le modèle de la cancérologie. *Revue française des affaires sociales*, 1, 164-175. <https://doi.org/10.3917/rfas.171.0164>
- Denise, T., Divay, S., Dos Santos, M., Fournier, C., Girard, L., & Luneau, A. (2022). Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques. *Ouvrage Irdes*, 4. <https://www.irdes.fr/recherche/2022/ouvrage-008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.html>
- Dourgnon, P., Stéphanie Guillaume, Naiditch, M., & Ordonneau, C. (2007). Les assurés et le médecin traitant : Premier bilan après la réforme. *Questions d'économie de la santé*, 124.
- Fery-Lemonnier, E. (2014). Les parcours. *Actualité et dossier en santé publique*, 88.
- Fournier, C. (2014). Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : Paradoxes et enseignements d'une innovation en actes. *Sciences sociales et santé*, 32(2), 67-95. <https://doi.org/10.1684/sss.2014.0205>
- Friedberg, E. (2011). Rationalité et analyse des organisations. *Idées économiques et sociales*, 165(3), 15-23. <https://doi.org/10.3917/idee.165.0015>
- Grandclaude, S., Nobre, T., Schneider, P., & Dufay, E. (2021). Analyse descriptive des Innovations Organisationnelles de l'article 51. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 6(6), 331-346.
- Grimaldi, A. (2006). La maladie chronique. *Les Tribunes de la santé*, 13(4), 45-51. <https://doi.org/10.3917/seve.013.0045>
- Hassenteufel, P., Naiditch, M., & Schweyer, F.-X. (2020). Les réformes de l'organisation des soins primaires : Perspectives multi-situées. Avant-propos. *Revue française des affaires sociales*, 1, 11-31.
- Lemaire, N., Polton, D., & Tajahmady, A. (2020). Article 51 : Expérimenter pour innover mais aussi innover dans la façon d'expérimenter. *Les Tribunes de la santé*, 63(1), 35-42. <https://doi.org/10.3917/seve1.063.0035>

- Lussier, M.-D. (2020). Parcours des personnes âgées dans le système de santé. *Regards*, 57(1), 115-126.
<https://doi.org/10.3917/regar.057.0115>
- Marin, P. (2021). Le financement au parcours ou comment refonder la prise en charge des usagers sur la base du parcours de santé. *Revue de droit sanitaire et social*.
- Morize, N., Bourgeois, I., & Fournier, C. (2021). Renouveler l'action publique en santé : Un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé. *Questions d'économie de la santé*, 261.
- Morize, N., & Schlegel, V. (2023). Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? *Questions d'économie de la santé*, 275.
- Moyal, A. (2020). L'exercice pluriprofessionnel en MSP : Une division du travail sous contrôle médical. *Revue française des affaires sociales*, 1, 103-123. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0103>
- Obled, L., Townsend, A., & Lemaire, N. (2020). Innover dans la conduite de projets d'expérimentation d'initiative nationale : Quand les pouvoirs publics coconstruisent avec les acteurs de terrain. *Revue française des affaires sociales*, 1, 385-393. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0385>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access : Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Ramond-Roquin, A., Allory, E., & Fiquet, L. (2020). La concertation pluriprofessionnelle au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles : Pratiques hétérogènes et stratégies locales. *Revue française des affaires sociales*, 1, 125-141. <https://doi.org/10.3917/rfas.201.0125>
- Saison, J. (2021). Le parcours du patient au coeur de l'évolution du système de santé. *Revue de droit sanitaire et social*.
- Schweyer, F.-X., Vezinat, N., & Noûs, C. (2022). Penser la santé autrement : Le défi de l'intégration sociale. *Sociologies pratiques*, 45(2), 1-7. <https://doi.org/10.3917/sopr.045.0001>
- Tourette-Turgis, C. (2017). Parcours de vie, rupture de santé : Quand se maintenir en vie devient un projet. *Vie sociale*, 18(2), 91-104. <https://doi.org/10.3917/vsoc.172.0091>

Varroud-Vial, M. (2019). Organisation et gradation des soins : Concepts et évolutions dans la législation en France. *Actualité et dossier en santé publique*, 107, 10-13.

Rapports et études

Conseil d'Etat. (2020). *Etude annuelle 2020 Conduire et partager l'évaluation des politiques publiques*.

Cour des comptes. (2023). *La sécurité sociale, rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023*.

Pelletan, C. (Cnam). (2022). La transformation des soins primaires aux États-Unis : Un bilan des expérimentations conduites dans le cadre de l'Obamacare. *Comparaisons internationales*.

Protocole de coopération « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins ». (s. d.).

Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé. (2021).

Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé. (2022).

Rapport au Parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé. (2023).

Rapport au Parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé Les Annexes. (2023).

Textes législatifs et réglementaires

Arrêté du 6 mai 2024 modifiant l'arrêté du 24 octobre 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins »—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 août 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049523380>

Arrêté du 17 janvier 2024 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024. (s. d.). Consulté 17 juillet 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049068091>

Arrêté du 24 octobre 2022 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Coopération entre médecins et infirmiers pour la prise en charge à domicile des patients âgés ou en situation de handicap et en difficultés pour se déplacer aux cabinets des médecins »—Légifrance. (s. d.).

Consulté 12 août 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046493561>

Arrêté du 29 mars 2018 modifiant l'arrêté du 28 février 2018 relatif à la composition et au fonctionnement du conseil stratégique de l'innovation en santé.

Article 46—LOI n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 (1)—

Légifrance. (s. d.). Consulté 7 août 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000048668743

Article 51—LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (1)—

Légifrance. (s. d.). Consulté 13 mars 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000036339172

Article L162-31-1—Code de la sécurité sociale—Légifrance. (s. d.). Consulté 12 mai 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044404184

Article L1411-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886152

Article L1411-11-1—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886353

Article L6323-3—Code de la santé publique—Légifrance. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024. Annexe 5 ONDAM et dépenses de santé. (s. d.).

Sitographie

ACI pour les structures de santé. (s. d.). Consulté 22 août 2024, à l'adresse <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/textes-referenc/accord-national-structure-sante/aci-pour-les-structures-de-sante>

Appels à manifestation d'intérêt. (2024). Ministère du travail, de la santé et des solidarités.

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/appels-a-manifestation-d-interet>

Article 51 : Foire aux questions. (2022). Ministère du travail, de la santé et des solidarités.

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article/article-51-foire-aux-questions>

Centre de santé et assurance maladie. (s. d.).

<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/Presentation-accord-national-centres-sante.pdf>

Chemin clinique. (2017). Haute Autorité de Santé. [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique)

[sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique)

COORDINATION : Définition de COORDINATION. (s. d.). Consulté 21 août 2024, à l'adresse

<https://cnrtl.fr/definition/coordination//0>

DGOS. (s. d.). *Guide relatif aux centres de santé.*

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_centre_sante_010319.pdf

DGS. (2022). *Education thérapeutique du patient.* Ministère du travail, de la santé et des solidarités.

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/education-therapeutique-du-patient/article/education-therapeutique-du-patient>

État de santé de la population – France, portrait social | Insee. (2023).

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666863?sommaire=7666953>

Expérimentations en cours. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 14 juin

2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>

Expérimentations terminées. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 19 juillet 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-terminees>

Expérimenter et innover pour mieux soigner. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 21 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/article-51>

Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss). (s. d.). Consulté 14 juin 2024, à l'adresse <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/notre-fonctionnement/financement/fonds-pour-l-innovation-du-systeme-de-sante-fiss>

HAS. (2004). *Chemin clinique Une méthode d'amélioration de la qualité.*

Innovation—Période transitoire post-expérimentation. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 20 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/innovation-periode-transitoire-post-experimentation>

Les branches. (s. d.). sécurité sociale. Consulté 17 juillet 2024, à l'adresse <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-branches>

LIVRET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PORTEURS DE PROJET ARTICLE 51. (2022). https://gnius.esante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/A51_Livret_accompagnement_porteur_VJuillet2020%28003%29.pdf

Ministère de la Santé et de la Prévention. (2023). *SANTEXPO 2023 Prise en charge en droit commun de la télésurveillance.*

Parcours de santé, de soins et de vie. (s. d.). Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Consulté 22 août 2024, à l'adresse <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>

PARCOURS : Définition de PARCOURS. (s. d.). Consulté 21 août 2024, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/parcours>

Prononcé le 5 avril 2018—Agnès Buzyn 05042018 Conseil stratégique de l'innovation en santé | vie-publique.fr. (2018, avril 5). <https://www.vie-publique.fr/discours/206201-agnes-buzyn-05042018-conseil-strategique-de-linnovation-en-sante>

Santé Publique France. (2022). *Enjeux sanitaires de l'avancée en âge : Épidémiologie des maladies chroniques liées à la perte d'autonomie et déterminants de ces maladies à mi-vie.* <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enjeux-sanitaires-de-l-avancee-en-age-epidemiologie-des-maladies-chroniques-liees-a-la-perte-d-autonomie-et-determinants-de-ces-maladies-a-mi-vie>

SGMCAS. (2016). *PARCOURS DE SOINS. PARCOURS DE SANTÉ. PARCOURS DE VIE. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers Lexique des parcours de A à Z.*

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des réunions

Annexe 2 : Liste des entretiens semi-directifs

Annexe 3 : Guide d'entretien référents régionaux

Annexe 4 : Retranscriptions

Annexe 1

Liste des réunions

Objet	Date ou périodicité	Durée
Réunion interne de l'équipe « Elixir »	Hebdomadaire	1 heure
Réunion revue de projets article 51	Hebdomadaire	1 h 45
Réunion avec les référents ARS	Bimensuelle	1 heure
Réunion suivi de projets avec l'équipe de la « Casette »	Bimensuelle	1 h 30
Comité technique de l'innovation en santé (CTIS)	Mensuelle	1 h 00
Journée nationale des porteurs de projets article 51	23/11/2023	1 journée
Réunion sur la généralisation des expérimentations à échéance 2023	30/11/2023	1 heure
Séminaire ARS/DCGDR	14/12/2023	1 après-midi
Réunion de préparation des travaux de généralisation pour les expérimentation à échéance 2024	15/12/2023	1 heure
Atelier de fin d'expérimentation « suivi renforcé à domicile » dans les locaux de l'Accélérateur	11/01/2024	1 journée
Présentation du rapport intermédiaire d'évaluation d'une expérimentation « suivi renforcé à domicile et suivi spécifique en phase aigue »	31/01/2024	2 heures
Réunion avec les porteurs du projet « Médecin et IPA »	01/02/2024	1 heure
Réunion de préparation du séminaire stratégique 2024	02/02/2024	1 heure et demie
Réunion avec la Présidente de la Coordination nationale des réseaux de microstructures à propos du « parcours addictions »	14/02/2024	1 heure
Echange téléphonique avec les porteurs du projets « Médecin et IPA »	16/02/2024	30 minutes
Réunion avec une ARS pour suivre l'instruction du projet « Médecin et IPA »	21/02/2024	30 minutes
Première réunion du groupe de travail pour la généralisation du « parcours addictions »	26/02/2024	1 heure et demie
Réunion de réflexion sur la création d'un groupe de travail sur les expérimentations Médecin et IDE	05/03/2024	1 heure
Comité opérationnel consacré à l'avancée des travaux de généralisation	12/03/2024	1 heure et demie
Réunion avec la « Casette » sur le modèle économique du projet « Médecin généraliste et IPA »	13/03/2024	30 minutes
Réunion de suivi d'instruction avec la Direction Nightingale pour le projet « Médecin et IPA »	13/03/2024	30 minutes
Réunion de cadrage du groupe de travail sur les expérimentations Médecin et IDE	13/03/2024	1 heure
Deuxième réunion du groupe de travail pour la généralisation du « parcours addictions »	25/03/2024	1 heure et demie
Préparation du Conseil stratégique de l'innovation en santé avec les porteurs de 3 AMI	25/03/2024	30 minutes
Réunion de préparation des travaux pour le rapport final de l'expérimentation « suivi renforcé à domicile et suivi spécifique en phase aigue »	26/03/2024	1 heure
Séminaire évaluation dans les locaux de l'Accélérateur	27/03/2024	1 journée

Réunion de lancement des travaux du Rapport au Parlement 2024	28/03/2024	3 heures
Réunion avec le chef de file des travaux de généralisation de l'expérimentation « suivi renforcé à domicile »	03/04/2024	1 heure
Réunion de suivi d'instruction avec la Direction « Nightingale » pour un projet « Médecin et IPA »	08/04/2024	30 minutes
Réunion avec la Direction « Hygie » à propos des CSAPA dans le cadre de la généralisation du « parcours addictions »	10/04/2024	1 heure
Troisième réunion du groupe de travail pour la généralisation du « parcours addictions »	25/04/2024	1 heure et demie
Réunion de concertation sur les projets de décrets concernant la mesure PCR	25/04/2024	1 heure et demie
Présentation du rapport final d'évaluation de l'expérimentation « suivi renforcé à domicile »	03/06/2024	2 heures
Présentation à des CSAPA de l'état d'avancement des travaux de généralisation du « parcours addictions »	03/06/2024	1 heure et demie
Présentation aux ARS concernées de l'état d'avancement des travaux de généralisation du « parcours addictions »	06/06/2024	1 heure et demie
Réunion avec une ARS sur les perspectives de généralisation de l'expérimentation « suivi renforcé à domicile »	12/06/2024	1 heure
Echange avec un porteur de projet pour lui expliquer les raisons du rejet	14/06/2024	1 heure
Réunion avec le chef de file du groupe de travail pour la généralisation du « parcours addictions » afin de réfléchir aux travaux à venir	17/06/2024	1 heure
Troisième réunion du groupe de travail pour la généralisation du « parcours addictions »	20/06/2024	1 heure et demie
Réunion de préparation du séminaire stratégique 2024	21/06/2024	1 heure et demie
Réunion sur la consolidation du rapport final de l'expérimentation « suivi renforcé à domicile »	21/06/2024	30 minutes

Annexe 2

Liste des entretiens semi-directifs

Personnes rencontrées	Date	Durée
Référent 1 de l'équipe « Elixir »	16/02/2024	55 minutes
Référent article 51 de la région A	20/03/2024	1 heure et 55 minutes
Référent article 51 de la région B	09/04/2024	55 minutes
Référent 2 de l'équipe « Elixir »	29/05/2024	40 minutes

Annexe 3

Guide d'entretien référent régional article 51

Pouvez-vous vous présenter, présenter votre rôle dans l'article 51 ?

Comment articulez-vous votre rôle à celui de l'équipe nationale article 51 ?

Quel est votre rôle auprès des porteurs de projets et des expérimentateurs ?

Comment définiriez-vous l'innovation créée par l'article 51 ?

En quoi l'article 51 et ses expérimentations participent-ils à la transformation du système de santé ?

Quels sont les incontournables en matière de construction d'une expérimentation parcours ?

Comment définiriez-vous les parcours créés au sein de l'article 51 ?

D'après-vous quelles sont les caractéristiques des parcours expérimentés dans votre région ?

(Points communs et différences, populations cibles)

En quoi la coordination des professionnels est-elle un vecteur essentiel au parcours du patient ?

Comment envisagez-vous l'entrée dans le droit commun des différentes expérimentations arrivant à terme ?

Quel est votre rôle dans cette nouvelle étape ?

Quelles seraient les conséquences sur le territoire en cas de non-généralisation de certaines expérimentations ?

Et quelles seraient les alternatives possibles ?

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Annexe 4

Retranscription de l'entretien semi-directif avec le référent de la région A`

M.L : Pouvez-vous vous présenter et présenter votre rôle au sein du dispositif article 51 ?

Dr B : Alors moi je suis, je suis officiellement positionné, je suis le référent régional article 51, c'est-à-dire la personne désignée au sein de l'ARS pour être le référent régional article 51 et donc pour organiser les retours mais aussi pour valider et d'ailleurs c'est assez ambigu, quelque part, j'ai une espèce d'autorité sans qu'elle soit bien bien précisée mais à dire oui ou non à la remontée de projets. Je suis le *gate Keeper* de la remontée de projets vers le national, donc quelque part, je peux dire non, ce projet je ne le remonte pas et les gens sont plantés quoi, et je n'ai pas de cadre organisationnel qui me donne des critères et qui permette donc à quelqu'un qui ne serait pas satisfait de faire un recours. C'est pourquoi quand on a créé le dispositif article 51 dans la région, on a mis en place une sorte de gouvernance, c'est-à-dire un comité technique régional, en fait, on a calqué un peu l'équivalent du CTIS, un comité technique régional interne à l'ARS et avec la participation des CPAM et qui avait comme objectif d'instruire et de qualifier les projets pour que je ne prenne pas la décision tout seul et on a mis en place comme ça un dispositif avec lorsque des projets ne sont pas du tout éligibles, on se contente de les lire ensemble avec le DCGDR, donc lui est le référent pour l'Assurance maladie mais ce n'est pas lui le référent régional, c'est toujours dans l'ARS que ça se trouve mais les ARS travaillent plus ou moins en proximité avec le DCGDR et dans notre cas on est de plus en plus très complémentaire tous les deux donc soit on arbitre un projet en disant voilà celui-là ça ne vaut pas le coup ou bien ça vaut le coup. On structure ensemble l'ordre du jour du comité technique régional qu'on tient à peu près toutes les 6 semaines à 2 mois. On va à ce moment-là, élargir la discussion à ce comité technique, donc c'est un peu comme ça que ça fonctionne. En fait, moi je suis également directeur scientifique des stratégies en santé donc je suis un peu conseiller stratégique au sein du comité de direction de l'agence. J'ai juste un ou deux collaborateurs à la fois pour le PRS et pour l'article 51 puisque je m'occupe également du PRS. Voilà pour la définition de mon rôle, et donc mon rôle c'est quelque part de piloter la sélection des projets pertinents, ou pas, d'identifier dans des projets très mal apportés, si finalement c'est des projets qui ont un bon potentiel mais qui sont très mal présentés par le porteur et inversement des gens qui savent très bien ce qui veulent faire, leur faire comprendre que ça rentrera jamais dans le 51 parce qu'ils veulent de l'argent pour créer une structure, payer un pot un crayons, un loyer, le 51 ce n'est pas fait pour ça et donc voilà, c'est animer ce processus là et puis animer le processus de maturation des cahiers des charges, des lettres d'intention vers un cahier des charges, en

accompagnant les porteurs ou plutôt en faisant accompagner les porteurs par un binôme ARS/assurance maladie qui vont accompagner le porteur dans la rédaction de son projet et qui va repasser, on va le remettre à l'agenda régulier du comité technique pour voir comment progresse le cahier des charges, décider également du moment où il est opportun de remonter au national et c'est énormément faire les liens avec le national pour s'assurer qu'un projet quand il a été transféré au national qu'il avance bien, d'une part, apporter les compléments au national et se faire l'avocat du projet auprès du national, se faire l'intermédiaire auprès du porteur des recommandations du national dans la finalisation du cahier des charges, participer aux réunions nationales, alors d'abord tout ce qui est pilotage de l'article 51 en général, journée nationale, les différents ateliers de travail sur le dispositif 51 mais également participer aux réunions pré CTIS quand nos projets sont discutés soit pour l'évaluation, soit pour la validation du cahier des charges etc. etc. donc ça c'est un peu mon rôle, et pour moi l'enjeu le plus important, c'est repérer les projets transformateurs, deuxièmement et pas premièrement vérifier qu'ils sont éligibles à l'article 51, c'est-à-dire que le 51 est bien le bon vecteur et ensuite batailler pour les faire aboutir ou constater que l'on ne peut pas les faire aboutir et du coup mais bien comprendre et surtout ne pas lâcher l'affaire quand c'est des projets auxquels on croit. Et une grande difficulté, c'est d'arriver, mais par contre c'est compliqué d'embarquer dans l'agence, le coup des binômes tout ça, ça fonctionne plus ou moins bien et puis on a quand même été historiquement bien flingué par le Covid, donc pour le moment, c'est vraiment, comment dire, on est quand même assez loin du dispositif rêvé en termes de transformation régionale, parce que j'ai un agenda caché également qui est celui d'avoir l'article 51 comme un levier transformateur au sein de l'agence, levier de transversalité et levier d'ouverture, de dénouer les chakras, de pas de côté à l'intérieur de l'agence dans l'accompagnement de la transformation. Donc pour moi, c'est un vrai levier d'accompagnement de la transformation mais d'abord tous les projets n'y sont pas forcément très puissants, il y a des projets article 51 qui sont tellement dans une niche particulière que ça a pas beaucoup d'intérêt pour l'agence de s'investir dedans et puis il y en a d'autres qui sont beaucoup plus structurants, on pense surtout à des projets concernant le premier recours.

En logique de transformation du système de santé, donc d'action sur le système, l'article 51 a vraiment un enjeu de transformation. Alors transformation d'abord parce que puisqu'il est dérogatoire aux organisations, aux règles d'organisation ou aux règles de financement, il est forcément transformant, ne serait-ce que par essence. Maintenant l'enjeu, c'est il transforme vers quoi ? Ce qui est quand même un dénominateur commun de tous les articles 51, c'est quand même la logique de décroisement pluriprofessionnel, il amène à du collaboratif, à du travail collaboratif et il va plus loin que ce qui est quand même très enfermé avec ce qu'on appelle les

protocoles de coopération qui s'appellent aussi article 51 puisque c'était l'article 51 de la loi d'avant, je crois que c'est de la loi HPST qui créait les protocoles de coopération et qui s'appelait article 51 donc ça va bien au-delà, puisque ça permet des financements alors d'une part des financements au parcours c'est à dire qui vont associer, qui vont permettre d'associer au long du parcours différents professionnels de santé qui vont travailler alors sur ce n'est pas le bon mot mais sur la personne avec la personne, avec le patient mais qui vont être, qui vont s'agglomérer pour constituer les différents intervenants donc du coup coordonnées du parcours donc ça c'est un premier élément qui favorise la collaboration et donc la transformation vers, je vais y venir à ça, ça permet d'agglomérer les différents intervenants et professionnels de santé d'un parcours je rajoute y compris de professionnels de différents secteurs qui n'appartiennent pas au même secteur c'est à dire des hospitaliers, des médico-sociaux, des libéraux réglementés ou pas réglementés, les psychologues ne sont pas réglementés, les diététiciens ne sont pas réglementés donc ça va permettre en libéral d'avoir des diététiciens qui interviennent alors qu'autrement il faut qu'ils soient une institution de salariés et les institutions de salariés ne sont pas structurées pour travailler avec des libéraux donc bref, ça permet d'agglomérer une série de professionnels de les faire travailler sur un parcours. Et le deuxième élément aussi très transformant c'est que on va les financer au parcours et donc quelque part la règle de financement sur un parcours bien accompli va être un facteur motivant ou contraignant comme on veut à travailler ensemble, rendre compte du travail ensemble, échanger ensemble de l'information, partager un système d'information pour partager des informations ensemble et accepter que l'un des intervenants du parcours va être éventuellement identifié comme un coordinateur et que ce n'est pas nécessairement le médecin mais que ça peut être un infirmier donc tout ça, tous ces éléments là ça fait beaucoup de choses et puis ça vient, cerise sur le gâteau, transformer également le système de santé parce que non seulement le fait d'avoir un modèle de financement au parcours va créer une relation contractuelle entre des professionnels de santé de différents secteurs ou libéraux indépendants pour les amener à travailler ensemble mais en même temps ça vient introduire dans le système de santé, et là je pense surtout au système libéral mais c'est un peu vrai aussi au système de t2a, dans les établissements hospitaliers ou au financement global dans les établissements médico-sociaux mais ça vient introduire une alternative dans le modèle de financement et cette alternative est vecteur de transformation et de décloisonnement du système puisque ça permet de créer et surtout de créer un financement commun à plusieurs professionnels de plusieurs secteurs mais un financement qui est rattaché non pas à une structure qu'on créerait parce qu'on pourrait toujours imaginer de dire bah voilà pour les parcours, allez douleur par exemple eh bien on va créer à l'échelle des maisons de santé on va créer une structure de coordination dont on va faire une association qui va toucher de l'argent qui va pouvoir prendre comme vacataires différents

professionnels de santé et qui va être la structure de pilotage des de la douleur, ça ajouterait une pièce dans le millefeuille alors que là en produisant un modèle alternatif de financement on crée... on met quelque part un coin dans la culture libérale de professionnels indépendants, chacun fait son boulot dans son coin. On décloisonne non pas en créant une structure supplémentaire mais en créant un parcours autour de la personne et donc on ne finance pas une structure qui va piloter les parcours en y faisant participer des professionnels mais on finance une personne, le parcours d'une personne. Le financement est rattaché à une personne et non pas à une structure et on additionne des parcours de différentes personnes pour créer un dispositif qui lui même peut servir à financer éventuellement une structure mais le point le plus important qui est absolument fondamental c'est qu'on fait basculer le financement de professionnels ou de structures ou d'institutions vers le financement d'un patient et donc dans le soin primaire par exemple on va basculer du paiement à l'acte dans lequel la sécurité sociale subventionne un patient pour lui permettre d'acheter des actes auprès de professionnels de la santé ; là la sécurité sociale finance le parcours d'un patient qui va permettre de rémunérer une série de professionnels autour de ce parcours ce qui met au cœur du dispositif le parcours du patient. Ça pour moi je pense c'est quelque chose dont on n'a pas beaucoup conscience mais qui est absolument fondamental parce que c'est un changement révolutionnaire c'est une manière de remettre le parcours patient au cœur du dispositif et on organise le travail des professionnels et leur financement autour de la réalisation d'un parcours pertinent pour le problème.

Et on se concentre pour commencer à transformer les choses sur certains parcours pour lesquels le fait de prendre en charge les gens d'une autre manière que le parcours crée finalement toute une course d'obstacles. Par exemple prise en charge des douleurs chroniques rebelles sévères eh bien c'est tellement complexe à prendre en charge parce qu'il faut faire travailler ensemble le psychologue, le kiné, utiliser des médicaments un peu spécifiques faire intervenir le médecin également mettre de l'activité physique adaptée toutes ces choses là et une série de choses à mettre en place ensemble et à coordonner ensemble c'est compliqué au point que on a dit on crée une structure douleur à l'hôpital qui est financée par une MIG ou on a des spécialistes qui peuvent organiser ces choses là sauf qu'évidemment il faudrait un calibrage tellement puissant pour prendre en charge tous les gens qui ont des douleurs complexes qu'on a des files d'attente qui sont énormes pour les structures douleurs et qu'on a toute une série de patients qui sont en errance on va résoudre le problème de cette errance en créant une capacité au niveau du premier recours parce que finalement les intervenants qu'on veut mettre en place ensemble et financer dans une structure hospitalière de référence douleur c'est du luxe on va mettre des spécialistes alors que ça existe déjà sur le terrain et qu'on n'a pas besoin d'hyper spécialistes de la douleur mais on a besoin d'une compétence psycho, kiné, APA, technique médicamenteuse etc. On a besoin de ça et ça existe

au niveau du premier recours la seule chose c'est que n'est pas prévu le fait qu'ils puissent travailler ensemble et en créant ce parcours et son financement on organise mais du coup autour du parcours du patient un dispositif qui va permettre d'accompagner ce parcours donc c'est une bascule vers les parcours ça permet une bascule vers les parcours et ça permet de centrer sur le patient tout le dispositif patient par patient et en ça, ça transforme le système de santé c'est profondément transformateur et décloisonnant parce que ça vient résoudre un problème que la structure actuelle avec le modèle de financement et le modèle de pratique avec des professionnels libéraux indépendants payés à l'acte ne permet pas d'organiser. Est-ce que c'est un peu clair ou est-ce que c'est... ?

M.L : Non c'est très clair simplement j'ai plein de manières de rebondir vous m'avez parlé de la transformation financière mais qui remet aussi le patient, donc le but est de remettre le patient au centre du parcours enfin le parcours et le patient au centre parce que pour vous finalement la transformation bien que premièrement financière, si je comprends bien, elle n'est que financière ?

Dr B : Non elle est aussi organisationnelle, c'est à dire qu'en fait...alors on en était où ? Oui est-ce que c'est que financier ou pas que financier ? En fait non parce que d'abord les dérogations article 51 elles peuvent être soit financières soit des dérogations d'organisation donc ce n'est pas que financier mais je crois que je connais pas d'articles 51 dans lequel il n'y a pas les deux mélangés à la fois du mode de financement alternatif et des organisations autour de parcours on redessine le parcours et on construit un dispositif organisé de suivi du patient donc de toute façon il y a toujours les deux.

Alors après est-ce que le levier transformant le plus important c'est le fait qu'on réfléchisse et qu'on structure un parcours coordonné ou est-ce que c'est la magie d'un financement alternatif qui tout seul incite à la construction d'un parcours, fait que les gens vont se coordonner autour du parcours parce que il y a un modèle de financement au parcours et que donc ça crée une sorte d'obligation à travailler ensemble chez les gens ? Je ne sais pas c'est une vraie question, je pense que ça... mais elle est complexe à résoudre et je sais pas si elle peut se résoudre sur un master parce que ici ce n'est pas plutôt sur un travail de beaucoup plus longue haleine de recherche de type doctorat. Parce que ça poserait la question est-ce que le seul changement, est-ce que le mode de paiement, le mode de rémunération est structurant, est-ce que le changement d'un mode de rémunération est déstructurant restructurant, ce serait ça la question en fait. Et du coup l'article 51 puisqu'il permet de façon dérogatoire de changer de modalité de financement il pourrait structurer les pratiques et les organisations par le seul truchement du changement du mode de financement ou bien parce qu'on veut créer un système, une approche coordonnée donc on travaille sur le parcours et

accessoirement il faut lui mettre un financement spécifique pour pouvoir le faire exister et dans ces cas, ce n'est pas le financement qui structure mais c'est bien l'opportunité d'avoir réfléchi sur comment on s'organise et donc quelque part on se transforme. Et puis il y a une autre question, est-ce que le financement, est-ce qu'on peut transformer les choses sans en changer le financement ? Et finalement c'est surtout le parcours qui a changé les choses et que le financement on serait resté au mode de financement antérieur et ça aurait pu fonctionner ? Je pense qu'il y a certaines mais là il faudrait regarder sur l'ensemble de l'éventail d'article 51, il faudrait que pour pouvoir regarder ça, il faudrait typologiser les différents articles 51 et identifier quels sont ceux qui sont d'abord financiers, avec une hypothèse d'abord financière mais quelque part si je regarde le projet concernant l'opération de la cataracte, donc c'est un projet de chirurgie et là l'hypothèse et derrière il y a tout une armée de chercheurs parce que c'est connecté avec des projets de recherche internationaux il y a des comment ça s'appelle ça des projets de recherche, PREMs, PROMs, c'est les indicateurs *patient related experience measure*, *patient related outcome*, c'est les PREMs et les PROMs c'est les indicateurs qu'on mesure mais quand je dis PREM ces projets de recherche, je sais plus quoi enfin c'est des modèles de financement de la recherche bref il y a un gros projet de recherche internationale à l'échelle européenne là dessus piloté par le porteur donc c'est très structuré leur truc. Mais leur hypothèse à eux c'est que le changement, c'est que leur modèle de financement à la performance transparent va faire changer les pratiques et éventuellement les organisations pour des pratiques plus efficaces l'enjeu est le temps puisque c'est un financement à la performance vous avez une prime en fonction de vos résultats. Alors je ne sais plus c'est des résultats de PREMs ou PROMs, je crois que c'est des PROM donc chaque chirurgien a son score de résultats et son résultat est connu et des patients et de ses confrères et le résultat donne lieu à une prime c'est à dire qu'une prime donnée va être distribuée d'autant plus entre les chirurgiens d'autant plus que vous êtes bien classés et l'hypothèse derrière c'est que la recherche, la chasse à la prime va conduire à des comportements vertueux des professionnels en cherchant à gagner la prime, eh bien, ils vont être amenés à changer leurs pratiques pour que le résultat pour le patient soit le meilleur possible et meilleur que leur confrère et quand on va voir un confrère qui réussit mieux spontanément on va regarder qu'est ce qu'il fait pour réussir mieux et on va aller chercher des pratiques et le résultat c'est que vous aligniez les pratiques non pas par une norme descendue de la HAS qui dit c'est comme ça qu'il faut faire la cataracte et on va vérifier si vous suivez bien les bonnes procédures mais c'est plutôt en tâtonnant que spontanément parce qu'il y a une prime et la chasse à la prime les organisations et les pratiques surtout chirurgicales vont se transformer de manière à ce que le résultat soit le meilleur non pas pour le porte-monnaie du chirurgien mais pour le patient et du coup ça remplit le porte-monnaie du professionnel, ça c'est la logique. Donc là derrière cet article 51 on est vraiment dans une logique on transforme la modalité financière et on

en attend qu'elle transforme les pratiques professionnelles et éventuellement les organisations parce que si pour changer les pratiques, les organisations alors ça va se faire mais ça va se faire spontanément par les chirurgiens donc est-ce que cette hypothèse se vérifie donc là on a une catégorie de projets alors là c'est vraiment du pur jus dans ce projet-là et c'est très assumé en principe c'est ce qu'on a aussi dans un AMI le résultat est beaucoup plus mitigé mais je pense parce qu'en même temps beaucoup moins chimiquement pur cet AMI c'est toute une série de pratiques c'est beaucoup plus complexe etc. etc. donc c'est moins chimiquement pur et les professionnels qui se sont lancés là dedans sont beaucoup moins conscients y compris ceux qui pilotent de ce qui se joue dans ce paiement la performance. La meilleure preuve c'est que quand en région les gens de Mayenne avaient répondu à l'AMI concernant les 2 projets, ils avaient écrit exactement le même cahier des charges pour les 2 projets, ils disaient on ne sait pas la différence, on ne comprend pas tout ça c'est la même chose, ce qui montre bien que la logique ils n'avaient pas du tout vu derrière la logique d'un côté paiement à la capitation pour pouvoir mieux partager les tâches et surtout aller passer du temps sur des tâches à haute valeur ajoutée mais non rémunérées dans le paiement à l'acte, non valorisées dans le paiement à l'acte et puis la logique du deuxième de la prime, la recherche de prime.

M.L : Mais la question que je me pose dans la construction de mon mémoire aussi c'est parce que bon il y a transformation financière et donc quand ça vient des porteurs, quand le projet est régional est-ce que vous avez le sentiment qu'il y a des porteurs qui vous envoient un projet pour répondre à des besoins j'ai une expérimentation en tête quand je dis ça mais pour répondre à des besoins, à des problèmes qu'ils rencontrent dans leur exercice quotidien et de dire on a besoin de pouvoir faire ça et là actuellement on peut pas faire ou du moins on n'est pas rémunéré pour ça ?

Dr B : Je pense que ça c'est le premier des moteurs, dans le projet le projet cataracte là c'est un peu différent parce qu'on a vraiment des gens qui ont réfléchi à vraiment un enjeu, levier financier et en plus ça concerne pas mal le privé. Le plus souvent dans les articles 51 on a des porteurs qui vont nous dire on aurait envie de faire ça la *bottom line* c'est on aurait envie de faire ça mais on n'est pas payé pour le faire et donc il faut nous financer une subvention pour pouvoir le faire et ils partent de là, ils cherchent de l'argent pour pouvoir faire quelque chose qui aujourd'hui n'est pas rémunéré. On va faire évoluer en leur disant aujourd'hui qu'est ce qui vous empêche de le faire et comment est ce qu'on va transformer la rémunération de ce que vous faites autrement pour pouvoir travailler autrement, c'est-à-dire, parce que derrière le 51 ce qui est fondamental c'est qu'on a du substitutif c'est-à-dire que c'est substitutif au paiement à l'acte ce n'est pas... En plus on change de modèle de rémunération et vous n'allez plus être rémunéré à l'acte mais donc on substitue un paiement au

parcours au paiement à l'acte et ça au départ il y en a très très peu qui viennent nous voir pour ça. On aurait pu imaginer que des gens qui travaillent par exemple dans des centres de santé nous aient pondu un des projets AMI de paiement à la capitation, c'est-à-dire nous aient dit on veut sortir du paiement à l'acte, notre objectif c'est de sortir du paiement à l'acte. Le plus souvent c'est on voudrait faire des actes complémentaires y compris, et là c'est un peu paradoxal d'utiliser ce terme là, des actes de coordination mais comme on peut pas coter un acte de coordination il faudrait créer un acte de coordination, la plupart du temps les porteurs viennent avec cette logique il faut créer un tarif et on leur dit non la logique ce n'est pas de créer un tarif mais c'est de financer un parcours avec un forfait global plutôt que de rajouter toute une série de tarifs et les professionnels ont souvent beaucoup de mal avec ça et d'ailleurs quand on construit, au départ ils viennent en nous disant voilà le tarif qu'il faut rajouter et on leur dit non non non on va pas travailler comme ça et tous les ateliers et accélérateurs c'est comme ça, on commence par le parcours et en général les porteurs nous disent mais le parcours on le connaît on sait ce qu'on veut faire, il n'y a pas de sujet ce n'est pas ça le sujet le sujet c'est de nous donner les moyens, l'argent de pouvoir passer du temps à faire des choses pour lesquelles on n'est pas rémunéré c'est essentiellement ça ou pour lesquelles notre institution n'étant pas rémunérée pour qu'on fasse ça on nous demande de pas perdre de temps à ça donc du temps c'est ça logique. Quand on leur fait expliquer le parcours en général on montre bien qu'ils ne sont pas si clairs que ça dans le parcours et qu'ils pensent juste qu'il suffit de rajouter un truc et que ça va marcher tout seul et en fait pas tant que ça voilà je ne sais pas si ça répond votre question.

M.L : Si ça y répond mais alors si je devais choisir deux questions pour rebondir, je vais commencer par vous confronter au point de vue de quelqu'un dans l'équipe nationale qui m'a dit nous on a des porteurs qui sont des pionniers oui de ce que vous venez de me dire parce qu'ils viennent vous voir en disant nous on peut pouvoir faire ça et donc on cherche un financement pour, vous considérez quand même que sur certains aspects ils sont pionniers et si oui lesquels ?

Dr B : Alors c'est assez contrasté, on a des je dirais des faux pionniers même s'ils se pensent pionniers j'ai un exemple en tête ce matin je relisais un cahier des charges enfin une lettre d'intention qu'on va passer en comité technique à la fin de la semaine et qu'on va quasiment sûrement rejeter où on a sur un vrai sujet les CMP donc santé mentale sont débordés ils ont des files actives énormes et ils n'arrivent pas à suivre tous les patients pourquoi est-ce qu'on les suivrait pas par des infirmiers qui savent faire de la psychiatrie, par des infirmiers libéraux et qui à côté du CMP prendraient en charge un certain nombre de patients en libéral et normalement un infirmier est formé à la psychiatrie mais là ils disaient, ils proposent que ce soit des gens plutôt expérimentés

dans la psychiatrie et qu'ils aillent s'installer en libéral et puis quand vous commencez à creuser le truc, vous voyez qu'il vous dit qu'il faut travailler avec tout un partenariat avec les médecins psychiatres les CMP, l'hôpital le secteur les psychologues du coin pour organiser le parcours et puis quand vous regardez un peu plus précisément vous regardez quelle est l'affiliation du porteur de projet vous voyez que c'est un infirmier d'un hôpital psy que vous avez 2 porteurs un monsieur et une dame qui portent le même nom, en fait c'est le mari et la femme infirmiers psychiatriques de secteur et qui veulent aller s'installer en libéral et il n'existe pas de cotations infirmiers libéral pour faire de la psychiatrie en libéral donc il n'y a pas de débouché libéral un peu comme pour la puériculture par exemple. On a eu un projet comme ça où on voyait bien que derrière l'enjeu c'était des pédiatres de l'hôpital qui étaient passés en privé mais du coup qui en privé voient des choses qui sont ne pas forcément très intéressantes qui feraient bien une partie plus complexe ambulatoire un peu comme ce qui se fait dans le service de pédiatrie en consultation ambulatoire et qui se disent on pourrait le faire en libéral mais il nous faut des puéricultrices, or il n'y a pas une puéricultrice qui va travailler en libéral, elle fait un travail d'infirmière libérale ordinaire elle ne peut pas coter d'actes de puériculture et donc ils nous disent il faut créer un médecin pédiatre qui anime une équipe de puéricultrices et qui suit des parcours de patients complexes en ambulatoire en ville et créer des actes de rémunération des puéricultrices en ville et vous voyez derrière qu'en fait ce qui est proposé ce sont des pionniers parce qu'en fait ils veulent créer un créneau qui aujourd'hui n'existe pas parce qu'il n'y a pas de modèles de rémunération pour ça de la pédiatrie libérale, de la pédiatrie ambulatoire, en ville libérale mais derrière la question nous qu'on se pose c'est est-ce qu'on a un intérêt à agir de cette façon là ? Est-ce qu'on a un besoin de pédiatrie libérale dans la mesure où si on fait ça on va créer une hémorragie, une fuite, c'est à dire un facteur de rétention des puéricultrices à l'hôpital c'est parce qu'elles ne peuvent pas s'installer en libéral si on crée la possibilité de s'installer en libéral, on risque d'affaiblir beaucoup la pédiatrie hospitalière et est-ce que la pédiatrie libérale va être plus efficace c'est à dire pour le même coût coûter moins cher et être plus efficace que la pédiatrie hospitalière, on n'en est pas du tout convaincu et donc ce genre de projet là on a affaire un peu à des pionniers qui veulent créer quelque chose mais c'est derrière il y a beaucoup de l'intérêt personnel et privé donc cela je ne vais pas forcément appeler ça forcément des vrais pionniers.

Après on va avoir des pionniers en ce sens qu'on va avoir des gens qui vont venir nous voir en nous disant on a de gros problèmes dans nos modalités de travail, je prends l'exemple du projet suivi renforcé à domicile, on a sur ce projet là un cabinet qui se débat depuis 10-15 ans pour assurer la suite donc pionniers en ce sens que quand il y a la possibilité de faire une maison de santé pluri professionnelle ils y vont c'est nouveau c'est innovant et voilà ils y vont avec une certaine prise de

risque, quand il y a des protocoles de délégation de tâches, ils y vont par contre, à chaque fois, ils y vont avec beaucoup de méfiance par rapport au risque administratif de surcharge administrative, d'usine à gaz, ils veulent vraiment de la réponse ultra pragmatique à leurs problèmes du moment la conception de ce projet c'est ultra pragmatique ils ont été pionniers mais contraints et forcés donc c'est-à-dire que dans leur ville on a la combinaison d'un contexte extrêmement contraint démographie médicale qui s'effondre et qui va en plus s'effondrer d'autant plus vite, avec la conscience des professionnels que c'est le cas, des professionnels de santé assez passionnés par leur travail qui ont créé leur outil de travail avec la maison de santé et qui n'ont pas envie de la voir juste disparaître parce qu'il n'y a plus de ressources, il n'y a plus rien et donc ils veulent créer quelque part un système qui permet de résoudre leurs problèmes qui est la surcharge de l'inefficience d'organisation du travail donc en fait sans le dire parce qu'ils ne s'expriment pas comme ça mais ils sont à la recherche de marge d'efficacité maximale pour recréer des marges de manœuvre pour la prise en charge de leur patient et surtout créer des conditions de travail plus attractives parce que plus efficient et donc moins de sentiments d'être débordés et du coup ils inventent sans rien demander à personne le travail collaboratif avec l'infirmière à la maison dans les EHPAD et ensuite ils disent mais ça pourrait s'appliquer et ils nous proposent juste le transfert de ça en disant il faut faire un acte d'infirmière à domicile pour pouvoir faire ce qu'on fait avec un salarié le faire en libéral, il n'y a pas d'acte et on leur répond, non on va construire un parcours, et on leur fait construire le parcours, je me souviens au début quand ils sont arrivés pour eux le sujet de structurer le travail, bien préciser la file active, le profil des patients, l'espèce de contrat entre le médecin et l'infirmier, le nombre de consultations, l'évaluation économique de ce que ça rapporterait etc. tout ça paraissait du temps perdu c'était pour eux ils rentraient là dedans disant juste : Donnez nous une tarification de l'acte infirmier et on peut y aller, ça va nous suffire et après on verra bien si ça suffit si c'est bien ajusté ou pas. Et donc c'est structurant en ce sens que ça fait réfléchir et du coup ça leur permet prendre conscience de toute une série d'autres choses parce que, ce n'est pas juste, en faisant ça on a bousculé leur cadre de référence qui est le paiement à l'acte juste d'acte et derrière on voit bien qu'ils sont en train de réfléchir comment est-ce qu'on peut faire pour avoir un système d'information mieux partagé entre le médecin et l'infirmier et aujourd'hui ils veulent un système d'information unique et donc derrière ça a des leviers transformateurs parce que ça permet de réfléchir à d'autres choses parce qu'on les a fait aller plus loin que simplement on résoudre leurs problèmes immédiats. Alors la question sont-ils pionniers ? Oui mais la médecin porteur elle a toujours été pionnière elle a été dans les premières à aller dans les..., dans la régulation médicale à l'hôpital mais constamment dans une logique de je veux faciliter mon travail, rendre mon travail plus performant parce que je la connais bien, des charges familiales lourdes, une vie personnelle complexe et donc quelque part et en même temps il fallait qu'elle

fasse bouillir la marmite avec son boulot et donc que son boulot soit efficace et elle est hyper pragmatique et elle veut que ça tourne et elle résout personnellement et familialement, elle est un peu rompue à la résolution de problèmes complexes pour se simplifier la vie à la fois familiale et professionnelle. Ensuite vous avez des pionniers mais qui sont même quasiment du côté chercheur quoi des pionniers comme M.K qui lui alors il est sur un projet de recherche et à un moment donné pour pouvoir tester son hypothèse il faut faire bouger la réglementation donc il est pionnier dans ce qu'il cherche à faire et à un moment donné il va chercher l'article 51 pour lever un obstacle qui va lui permettre de continuer à avancer dans ses expérimentations pionnières et puis enfin vous allez avoir des gens qui sont comme M. D qui sont des pionniers politiques c'est à dire qu'en fait ils veulent transformer le système et ils veulent des acteurs de la transformation du système et là ils cherchent à résoudre des problèmes de façon assez structurée depuis très longtemps en inventant des choses alors jusqu'à présent dans le cadre réglementaire et l'article 51 vient donner des possibilités supplémentaires parce qu'elles sont dérogatoires mais très souvent ils y vont à reculons en fait parce que c'est quand même très lourd l'article 51 et là souvent ils butent sur cet obstacle parce que pour eux ils veulent résoudre leur problème local donc ils sont des pionniers locaux assez peu se vivent comme des pionniers nationaux c'est à dire on commence à tester quelque chose mais ce qu'on veut c'est transformer le système national et donc ils comprennent pas pourquoi est-ce qu'on prend autant de précautions de l'évaluation et surtout de la transposition, généralisation de la faisabilité de la généralisation dès la conception du projet eux sont dans une logique de dire : mais laissez-nous d'abord faire et après si vous voulez généraliser vous vous débrouillerez avec ça.

M.L : Je vais vous poser une question essentielle que tous vos propos m'ont permis de reformuler un petit peu dans ma tête, vous me parlez de construction du parcours pour vous, quels sont les caractéristiques, les étapes quand vous allez dire au porteur il faut construire un parcours quels sont les incontournables de tout parcours que vous allez construire ou en tout cas d'un parcours quand vous le construisez ou quand vous leur faites construire ?

Dr B : Dans l'article 51 il y a, c'est un peu une question de cours où il faut se souvenir de tout,

M.L : J'aurais plus vous demander que c'était que pour vous un parcours ce qui était le plan initial.

Dr B : C'est plus précis avec les éléments clés et donc, il y a je pense dans les points importants, il va falloir pouvoir déterminer une file active donc il faut déterminer des critères d'éligibilité savoir qui est dans le parcours qui n'y est pas pour savoir à qui on va appliquer le parcours à quel patient on va l'appliquer ou pas donc ça c'est un premier élément enfin c'est un premier élément, ils ne

sont pas forcément dans l'ordre, c'est un élément, il faut bien définir la population cible en caractéristiques donc ça c'est les caractéristiques du patient et donc l'éligibilité du patient et un deuxième élément ça va déterminer la taille de la file active en fonction des critères de éligibilité il faut pouvoir identifier quelle va être la taille de la file active pour savoir quelle va être l'ampleur du dispositif qu'on va mettre en place, est-ce que ça va concerner, si on met en place un parcours personnes âgées on va prendre 30 % de la patientèle, un parcours douleur chronique on va prendre 15 à 20 % de la patientèle, un parcours chirurgie biliaire on va prendre 0,5 % de la patientèle ça va déterminer la taille de la file active et ça c'est un élément important. Ensuite, il va falloir définir quel est l'objectif d'une prise en charge parcours, c'est-à-dire, pourquoi a-t-on besoin de définir un parcours pourquoi et c'est une question fondamentale, c'est pourquoi est-ce que j'ai besoin de structurer à l'avance euh par où mon patient va passer et surtout avec qui, dans quelles mains il va passer parce que spontanément parce que si on fait un 51 ça veut dire qu'on met en place un truc dérogatoire c'est-à-dire qu'on va déroger parce que ça ne se fait pas spontanément, parce que spontanément l'articulation entre les différentes étapes que doit suivre le patient que doit suivre ou que pourrait suivre le patient d'une part et d'autre part les différents intervenants qui va falloir mettre en jeu au long du parcours, ça ne va pas se passer spontanément ou du moins, ça pourrait se passer spontanément mais ça va demander un effort particulier pour le faire et il va falloir que je me coordonne avec un tel et un tel que je demande l'avis d'un tel qu'ensuite on se coordonne téléphoniquement etc. donc l'objectif c'est le patient est mieux pris en charge si son parcours est organisé en définissant quelles étapes et quels professionnels ça va engager que si on ne le structurait pas ça c'est vraiment l'objectif et qu'on va avoir une plus-value en le structurant quand on ne le structurait pas et corollaire également que ça répond à un problème ressenti soit pour le patient parce qu'on sait qu'il y a plein de patients en errance à cause de ça, soit pour le professionnel parce qu'il est frustré parce qu'il a bien conscience qu'il ne prend pas correctement en charge ses patients et qu'il pourrait être plus efficient ou beaucoup plus problématiquement encore que en organisant les choses autrement il va pouvoir dégager du temps pour pouvoir prendre en charge plus de patients c'était l'hypothèse de départ par exemple dans l'expérimentation suivi renforcé à domicile donc ça c'est dans l'enjeu de l'objectif l'intérêt à agir. Ensuite un élément important c'est de pouvoir définir le point d'entrée, comment on rentre dans le parcours donc qu'est ce qui permet d'identifier un tel va être éligible au parcours c'est également d'identifier qui le fait qui évoque l'éligibilité d'un patient et également parce que ce n'est pas forcément la même chose qui va confirmer l'éligibilité comment on va confirmer, comment à un à moment donné on va dire, vous rentrez et là il y a évidemment aussi une étape qui est celle de l'information du patient qui doit avoir conscience qu'il rentre dans un parcours et en plus que ce parcours est expérimental puisqu'on est dans une expé. Donc bien savoir quand est-ce qu'on rentre,

bien savoir quand est-ce qu'on sort d'un parcours et par exemple dans la conception d'un parcours article 51 il faut savoir si on met en place un financement au parcours d'une prise en charge qui va être *ad vitam aeternam* par exemple un parcours maladie chronique et là le patient va être au lieu d'être suivi à l'acte il va rentrer dans une logique de parcours mais qui va être une modalité de rémunération des professionnels pour la prise en charge de ce patient pour tout ou partie de ses pathologies définitivement ou bien on est dans un parcours avec un début et une fin c'est-à-dire qu'on a une sortie de parcours parce que le parcours sert à résoudre un problème donné pendant une période donnée. Par exemple, on va structurer le parcours depuis l'indication d'une intervention chirurgicale en ville jusqu'au retour à domicile en ville, en passant par l'hôpital et en étant passé par la pharmacie de ville et la pharmacie hospitalière et on va avoir le parcours médicamenteux ou le parcours transfusionnel ou le parcours nutritionnel ça évoque à chaque fois des projets article 51 différents qui va passer par l'hôpital mais là du coup on a un début et une fin parce qu'on est sur un épisode maladie on va définir si on est sur un parcours une modalité de suivi *ad vitam aeternam* ou un parcours temporel défini sur un épisode maladie une intervention chirurgicale par exemple ou encore si on est dans un temps donné d'un parcours chronique très long mais qui va être par exemple pour faire un meilleur diagnostic pour arriver de la suspicion de la diagnostic à la confirmation d'un diagnostic et là on a besoin d'une expertise pluripro par exemple et donc là on va créer un parcours mais qui a un début et une fin. Bien qualifier dans quel type de parcours on est épisode, modification de modalité de prise en charge, un temps donné dans un parcours qui justifie une concentration d'interventions et donc une modalité de rémunération d'organisation particulière qui va être très intense à ce moment-là mais qui n'a pas vocation à perdurer. Par exemple dans tel projet par exemple on va accompagner les personnes qui font un premier épisode psychotique parce que l'hypothèse c'est le parcours à vie de quelqu'un qui va confirmer ensuite son épisode psychotique, c'est bien un premier et il y en aura d'autres, c'est un malade qui va peut-être rentrer dans la schizophrénie eh bien en ayant un temps très intense et très coordonné dans l'initiation du parcours ça va permettre que le parcours soit sur des bons rails pour la phase chronique qui va suivre après ou bien également s'il n'y a pas de phase chronique qui perdure après, une fois que cet épisode est terminé on a évité qu'il ait des conséquences délétères, sociales ou autres même si le patient n'est plus il ne reste plus malade mais il a complètement raté ses études à cause de cet épisode là on va l'éviter, on va prévenir ça et donc là on est sur un épisode diagnostic mais bien défini. Donc ça c'est un point très important aussi, un incontournable du parcours c'est bien définir quel type de parcours on a, est-ce que c'est un parcours continu, discontinu etc. pour bien en évaluer la durée parce que très souvent les porteurs vont avoir tendance à dire on finance ça et on verra bien quand ça s'arrête et puis a priori ça doit jamais s'arrêter et on va leur faire prendre conscience, est-ce que vous financez la phase diagnostique et

puis qu'après le paiement à l'acte suffit ou est-ce que on rentre dans un autre modalité de financement ? Donc ça c'est un point qui me paraît important un autre point extrêmement important c'est de bien définir l'orchestration c'est à dire les instruments de l'orchestre donc qui va jouer dans la partition, est-ce qu'on a que des cordes ou est-ce qu'on a des cordes, des cuivres, une batterie et est-ce qu'il y a un chef d'orchestre donc est-ce qu'on est dans un orchestre symphonique est-ce qu'on est dans un quatuor, comment est-ce qu'on va calibrer l'équipe qui va être concernée par le parcours et donc qu'il va falloir mobiliser, motiver, éventuellement donc financer alternativement etc. et donc pour qui ça va changer les pratiques, donc définir la constitution de l'équipe et puis ensuite définir, écrire la partition c'est à dire comment est-ce qu'on va jouer les différentes interventions des personnes, c'est à dire combien de fois parce que le calibrage du parcours va être essentiel. Alors ça c'est un autre un autre point, comment vous avez dit passage obligé ou incontournable, un autre point incontournable c'est de définir quelque part des conditions de mise en œuvre du parcours et là un point clé c'est quel système d'information on va travailler à plusieurs on va devoir partager de l'information comment est-ce qu'on la partage, est-ce qu'on s'appuie sur un système d'information est-ce que le système d'information est informatisé ou pas, est-ce que qu'elles sont les conditions pour que le système informatisé puisse bien fonctionner, je prends l'exemple d'un projet nutrition qui est un échec complet mais on a eu un peu, on a prévenu les mêmes difficultés avec un autre projet mais on les rencontrées dans d'autres projets c'est le fait que quand on travaille avec des infirmiers les infirmiers travaillent essentiellement en ambulatoire donc un point clé pour que le parcours et les transmissions d'informations au fil du parcours soient fluides, c'est que ça puisse s'exercer en ambulatoire si votre système d'information sur lequel repose les interpellations mutuelles des différents professionnels repose sur un système informatique alors il faut que cet informatique fonctionne sur le téléphone ou au moins en web parce que si vous devez être connecté dans votre base à votre ordinateur etc. l'infirmier, ça peut marcher pour les médecins ça ne va pas marcher pour les infirmiers qui fonctionnent seulement en ambulatoire c'est une des causes de l'échec de ce projet. Vous devez vous devez donc bien définir si vos systèmes d'information existants vont pouvoir fonctionner si vous mettez en place un système d'information connexe dédié alors quelque chose qui est complètement sous-estimé c'est comment va-t-il s'intégrer dans votre *workflow*, c'est à dire est-ce que pour pouvoir rentrer des données dans le système d'information au fil du parcours est-ce que vous allez devoir sortir de votre logiciel métier, rentrer dans un tableau Excel, recopier, coller parce que ça ça crée une énorme difficulté qui est souvent complètement sous-estimée et qui va faire les professionnels ils vont éventuellement recourir à un dispositif papier puis on va se rendre compte que le dispositif papier n'est pas fonctionnel, ne permet pas de conduire l'expérimentation qu'il faut faire des ressaisies après et des fois ça a été complètement sous-estimé y compris du coup

financièrement parce que ça n'a pas été financé. Un autre élément qui me semble également incontournable c'est d'avoir identifié les changements de pratiques que ça va induire, par exemple c'est l'infirmier qui va solliciter le médecin et prescrire au médecin ce qu'il doit faire, est-ce que ça va de soi pour le médecin ? C'est une inversion complète de la relation habituelle entre le médecin et l'infirmier, le médecin prescrit, l'infirmière exécute, là c'est l'infirmier peut-être qui va prescrire le parcours pour que le médecin exécute l'examen clinique et les ordonnances nécessaires, si ce n'est pas anticipé ça risque d'être un vrai sujet, il faut s'assurer que ça rentre bien dans le *workflow* du médecin c'est-à-dire que la charge de travail induite a bien été prévue et financée et des fois les professionnels vont être extrêmement gourmands là-dessus en disant il nous faut un chef projet, un administrateur etc. et puis on se retrouve avec des coûts qui sont une augmentation des coûts déjà existants qui ne vont pas contrebalancer les gains d'efficience qu'on va pouvoir faire.

Et puis alors ça c'est les incontournables pour la construction d'un parcours je pense et après il y a les incontournables d'une expérimentation parcours et là c'est les enjeux de savoir si on a bien réfléchi à la transférabilité, reproductibilité dans le droit commun enfin pas dans le droit commun mais dans des pratiques de gens qui ne soient pas nécessairement militants, il faut aussi regarder si c'est opportun ça c'est un point important, une modification du parcours est-ce que c'est opportun c'est-à-dire est-ce que c'est le bon moment pour le faire ou est-ce que il y a d'autres façons de le faire que de restructurer le parcours pour obtenir la même résolution du problème qu'on identifie parfois créer une structure va être plus performant ou transférer le parcours à des spécialistes voilà bref il peut y avoir d'autres façons de faire donc l'opportunité est-ce que c'est opportun. La logique d'efficience c'est-à-dire est-ce que le jeu en vaut la chandelle, est-ce que d'un parcours amélioré on va vraiment avoir des gains alors ça peut être financiers, ça peut être de temps de travail de difficulté au travail ou de frustration au travail, ça peut être de qualité pour le patient, ça peut être de résolution des patients de l'errance etc. etc. bref qu'elle va être est-ce qu'il y a une plus-value à en attendre, je pense également une interrogation conduire une telle expérimentation est-ce que c'est dans quelle mesure est-ce que c'est un pouvoir transformant un pouvoir d'embarquement un pouvoir transformant et là on arrive à la question de votre mémoire, je sais pas si j'ai tout balayé mais j'essaie de réfléchir à haute voix.

M. L : Moi ça m'éclaire parce que je suis là depuis novembre les systèmes d'information j'étais encore en train de me demander à quoi ils servaient réellement donc là c'est bon j'ai compris mais après je n'ai pas compris que ça, vous m'avez parlé pouvoir transformant et vous avez évoqué la généralisation pour vous parce que là en termes de nombre il y a beaucoup d'expérimentations qui commencent à arriver à leur terme l'expérimentation suivi renforcé à domicile en fait partie.

Dr B : Très intéressant de voir cette phase là parce que c'est vraiment la clé de l'article 51.

M.L : Comment vous envisagez cette phase en termes de rôle et je dirais est ce que pour vous la suite sur votre territoire, alors au-delà de comment on généralise, si on ne généralise pas qu'est-ce qu'il se passe en termes de transformation ?

Dr B : Alors, là on a une... mais s'est quelque part ce qui est inclus dans toute la procédure article 51 où on fait un atelier très en amont, on bascule dans le droit commun ou on ne bascule pas et heureusement parce qu'on va voir ce que ça donne, est-ce que la non bascule dans le droit commun va pouvoir fonctionner ? C'est-à-dire, qu'on ne va pas se retrouver avec des porteurs ultra frustrés et derrière avec une des sollicitations plus que de raison à financer en FIR ce qui n'a pas marché parce que localement ça a marché mais que là-haut ils ont jugé que ce n'était pas opportun de le mettre dans le droit commun donc on veut de toute façon, il faut bien qu'on continue même sans dérogation donc on va modifier les choses pour pouvoir continuer sans dérogation mais il faut continuer à financer et là on se retrouverait dans une impasse parce que ce n'est pas on n'a pas prévu d'entrer dans cette logique là. Nous on va avoir un enjeu important c'est qu'on continue à travailler avec les gens du territoire, le national lui dans un cadre de non bascule dans le droit commun, il tire les chaînes et puis après ce n'est plus son problème alors que nous on se retrouve avec des professionnels qui vont me dire on est revenu à la case départ si on avait fait ça c'est bien parce qu'il y a un problème à résoudre. Ensuite on a un autre sujet, on va avoir à mon avis un autre sujet qui sont des fins d'expérimentation surtout avec les premiers projets dont les expérimentations n'étaient pas hyper hyper travaillées il fallait assez rapidement démarrer des projets je pense au projet suivi renforcé à domicile où on risque de nous dire en sortie de projet finalement le droit commun a évolué entre temps donc on peut retomber dedans, par exemple pour ce projet, il y a maintenant la loi de finance qui a mis en place les protocoles de coopération enfin ce n'est pas protocoles de coopération mais je ne sais plus, ça s'appelle les... les autres oui mais ça c'est une chose mais l'autre qui vient tout récemment de basculer dans le droit commun avec la loi de finance la dernière, ça s'appelle l'exercice coordonné, le financement d'exercice coordonné qui n'est pas tout à fait la même chose que les protocoles de coopération interprofessionnels mais l'exercice coordonné le financement de l'exercice, le paiement, le paiement forfaitaire de l'exercice coordonné, on va nous dire pour cette expérimentation vous n'avez qu'à basculer là-dedans et vous reprenez le truc qui est là avec le protocole qui est écrit dans l'arrêté et puis voilà sauf que il fait 70 pages qui n'est pas forcément adapté à la situation etc. et donc il risque de batardiser une expérimentation qui a plutôt marché et on peut craindre que le national se simplifie la vie plutôt que de créer un forfait spécifique, dise qu'il bascule soit dans cette

modalité de financement de l'exercice coordonné soit dans cet AMI, dans un financement à la capitation qui permettra de, sauf que les maisons de santé en question ne sont pas forcément prêtes à passer du jour au lendemain c'est un travail énorme de basculer dans le tout capitation donc on risque de se retrouver avec un peu de difficultés avec des projets dont on propose une voie de sortie compte tenu de l'évolution du droit commun mais qui ne soit pas forcément adaptée à la problématique qu'ils ont résolu jusqu'à présent.

M.L A noter que le protocole, on en avait parlé à l'atelier parce que moi j'y étais le problème du protocole c'est qu'il ne prend pas les patients qui ont des bilans de soins infirmiers ce que fait l'expérimentation donc les patients très lourds ne sont pas inclus dans le protocole.

Dr B : C'est ça, on n'a pas la consultation infirmière donc là on a de la délégation de tâches mais on n'a pas... et donc effectivement ça ne fonctionne pas donc ça, ça peut être un problème dans la bascule. Après on a d'autres projets où ce qui est un petit peu compliqué pour nous c'est quand le droit commun évolue plus vite que le projet et le projet n'est pas terminé que le droit commun a déjà bougé, c'est le cas d'une expérimentation terminée. On est pris un peu de cours et pour nous pour gérer ça en interne c'est assez compliqué, parce que par exemple on avait sur cette expérimentation c'est assez caractéristique on avait démarré avec un autre projet avant l'autre expérimentation sont arrivés ces dispositifs on a embarqué en région donc ça nous a mis en porte à faux par rapport au projet et la sortie d'expérimentation de se fait avec les CRT qui viennent avant même que l'expérimentation soit terminée et donc maintenant il faut embrayer sur les CRT avec des projets devenus DRAD qui ne sont pas éligibles à devenir CRT donc c'est quand même un peu acrobatique de conduire de l'innovation transformante dans un paysage dont les plaques tectoniques bougent tout le temps. Pour les porteurs c'est compliqué, pour l'administration de l'agence c'est compliqué, pour nous c'est très intéressant c'est à dire pour les gens qui sont vraiment dans une logique on apprend de l'innovation, de l'expérimentation etc. et bien quoi qu'il arrive c'est de façon positive parce qu'il y a toujours quelque chose à apprendre mais c'est quand même un peu compliqué.

M.L : Mais donc pour vous est-ce que le fait par exemple que le droit commun évolue alors que soit en parallèle soit plus vite c'est significatif du fait que de toute façon on est dans une dynamique de transformation du système de santé ?

Dr B : Je pense oui, oui alors ça pose derrière une vraie question est-ce que l'article 51 accompagne la transformation ou est-ce qu'il déclenche la transformation ? Où est la poule et l'œuf, je pense que c'est probablement impossible de répondre à cette question parce que les deux arrivent en même temps, je pense que ça accélère, ça structure dans certains champs ça déclenche et dans d'autres ça n'a pas d'impact c'est plutôt dérangé par les transformations en cours et donc l'article 51 est plutôt bousculé et on perd du temps où on se complexifie le management alors que la transformation est déjà en train de se faire et qu'à la limite on n'a pas besoin d'article 51 mais dans d'autres cas ça permet de structurer des transformations en cours mais dans d'autres encore je suis convaincu pour un AMI on en avait pour passer à un financement de la capitation qui est aujourd'hui quelque chose qui a été annoncé je sais plus si c'est par le premier ministre ou même par le président je pense le fait de basculer dans des financements alternatifs et en particulier le financement du premier recours à la capitation sans l'expérimentation on ne l'aura pas fait on n'y serait pas arrivé et c'est quand même le 51 et la technique 51 qui a permis de le porter donc là c'est, c'est plutôt déclencheur de transformation ou accélérateur de transformation.

M.L : Pour vous l'innovation 51 en quoi elle entre guillemets elle diffère ou elle nourrit de cette innovation ou de cette transformation qui se fait en parallèle ou en accélération ?

Dr B : En fait ça dépend comment on qualifie innovation par exemple ce qu'on fait dans l'article 51 ce n'est pas une innovation certains éléments qui sont dans l'article 51 je les ai fait il y a 20 ans dans d'autres pays c'était même la façon de faire dans d'autres pays. Le travail collaboratif avec des infirmiers quand vous travaillez à 3 médecins pour 100 000 habitants avec une poignée d'infirmiers et de centres de santé vous êtes obligés de travailler en collaboratif avec les infirmiers donc des choses qu'on protocolise nous chez nous, il y a 20 ans je travaillais comme ça en Afrique donc ce n'est pas vraiment des innovations les IPA ce n'est pas une innovation ça existe depuis des années aux Etats-Unis. Par contre là où c'est ce qui est innovant c'est d'abord le fait de le mettre en place en France donc on va mettre en place quelque chose un concept qui existe déjà mais il va forcément prendre une forme innovante par rapport à ce qui existe ailleurs parce que le contexte est différent ça de toute façon, c'est une innovation ça peut être qualifié d'innovation parce que c'est une nouvelle façon de faire par rapport à ce qu'on faisait avant même si ce n'est pas une innovation dans l'absolu dans notre système c'est nouveau et innovant et puis ensuite ça peut être aussi innovant en ce sens on fait quelque chose qui n'est pas qui existe déjà ailleurs donc on n'a rien inventé mais par contre ça va déclencher des transformations qui elles sont de nouvelles façons de faire donc des façons de faire innovantes pour notre système de santé français donc je pense que et alors du coup l'article 51 il permet de faire un certain type d'innovation mais il n'invente pas une

nouvelle façon de moudre le café, il fait des soins parcours il est vraiment bien adapté à un certain nombre de choses, on s'est rendu compte par exemple qu'il n'était pas bon pour les innovations de dispositifs on s'est planté avec toute une série de projets on a très peu de projets pour lesquels on a des dispositifs médicaux voire même des dispositifs numériques des histoires de seringues connectées, des histoires de poches connectées, des histoires de dispositifs qui permettent de mesurer la coagulation l'INR en mobile avec des dispositifs de mesure au lit du malade, tout ça a échoué, n'a pas abouti donc ce n'est pas bon par exemple pour innover sur des dispositifs. Ça c'est vraiment alors est-ce que c'est parce que c'est conçu comme ça avec ce modèle dérogatoire, cette logique de dérogation substitutive au financement que c'est adapté essentiellement pour la bascule de l'agent qui suit le parcours du patient et la logique de travail coordonné de décloisonnement de professionnels qui travaillent dans des modalités de rémunération ou des institutions différentes, dans des articulations ville-hôpital, ville-médico-social et dans le travail collaboratif et que finalement c'est là que ça permet l'innovation essentiellement là et que pour d'autres innovations il faut réfléchir autrement probablement. Si je prends un exemple comme un tel projet qu'on n'a pas pu déployer, ce projet il portait tout plein de dimensions d'innovation il y avait une dimension d'innovation, de création d'un financement de capitation un modèle économique, capitation. Deuxième chose c'est qu'il y avait un modèle de prise en charge ou parcours de la personne dans une logique santé non pas maladie c'était surtout pas des épisodes maladies mais c'est vraiment la nouvelle façon et donc pour ça la rémunération à la capitation s'indiquait mais une nouvelle façon d'interagir avec un patient pour prendre en charge sa santé et pas simplement ces épisodes maladies avec vraiment un suivi des facteurs de risque, dépistages, suivi des vaccinations mais également accompagnement des épisodes de la vie grossesse, passage à l'adolescence pour les jeunes, prévention du risque d'addiction donc une prise en charge globale de la personne tout au long de sa vie grâce à un financement à la capitation et des outils qui permettaient de structurer, d'anticiper d'avoir vraiment une approche préventive et de santé ça c'était également innovant parce que aujourd'hui les médecins prétendent le faire mais ils ne sont pas du tout organisés et structurés pour avoir une approche d'anticipation préventive etc. On voit bien les difficultés qu'on a avec des programmes comme d'autres expérimentations. C'était également très innovant dans le modèle, dans le modèle collaboratif médecin infirmier vous le connaissez un peu le projet ou vous n'avez pas du tout entendu parler ?

M.L : J'en ai juste entendu parler pour dire qu'il n'avait pas pu être déployé.

Dr B : C'est ça et donc il y a vraiment une logique du parcours collaboratif médecin infirmier qui n'est pas du tout de la délégation de tâches mais les deux personnes travaillent en même temps

sur le patient simultanément mais ils sont à distance et ça n'est pas de la télémédecine, ça n'est pas de la téléconsultation assistée par une infirmière, ça n'est pas de la consultation infirmière avec le médecin à distance, c'est vraiment du travail collaboratif et dans lequel la grande innovation qu'il y avait c'est que comme le soignant de première ligne c'est l'infirmier quel que soit le problème qui se pose parce qu'il a un *backup* en continu à travers le dossier médical avec une équipe médicale qui est basée à distance mais qui connaît le patient parce que elle est venue le voir pour ouvrir le dossier et qu'elle revient le voir éventuellement dans des moments particuliers de la vie vous avez un dispositif qui permet de construire un système de santé dans lequel les médecins traitants du malade, connaissant bien le malade peuvent ne pas vivre sur place et donc derrière il y a une dimension innovante énorme qui va être que vous pouvez attirer des médecins qui vont travailler pour une population rurale sans aller s'installer et vivre en milieu rural, sans ni avoir le transport à faire et c'est forcément limiter en distance pour aller tous les jours en ville, tout en vivant en ville avec leur famille et aller dans une zone rurale pour intervenir dans un cabinet donc vous n'avez pas cet enjeu des transports et pour autant et donc vous pouvez du coup attirer des jeunes médecins ou des médecins qui disent : moi le travail sur la ville, cette population là rien ne me rebute sauf que je n'ai pas envie d'imposer à moi et à ma famille de vivre à la campagne je ne peux pas, mon conjoint est ingénieur dans une start-up et il ne peut pas fonctionner en télétravail donc il faut bien qu'il soit en ville et la start-up c'est là qu'elle est ou je suis enseignant dans un lycée dans un grand lycée de centre-ville et dans des classes prépa et je n'ai pas envie d'aller vivre dans une ville de campagne à 60 km donc je veux rester avec mon conjoint je peux pas par contre du coup ça c'était un caractère vraiment innovant. Le deuxième élément extrêmement innovant c'était le logiciel métier de DPI dossier patient informatisé qui était un dossier complètement pensé pour le travail collaboratif alors qu'aujourd'hui quand on veut faire du travail collaboratif avec les logiciels métiers existants c'est compliqué, ce n'est pas conçu pour. Et la troisième dimension complètement innovante c'était le fait de travailler médecins et infirmiers ensemble sans que ce soit de la délégation de tâches donc il y avait trois dimensions hyper innovants pour lesquelles il fallait une transformation des pratiques telle qu'il fallait quasiment refaire un interna, il fallait trois ans d'accompagnement tutoré et ça, ça coûtait pour une population d'à peu près 100 000 habitants, ça coûtait 8 millions pour avoir l'appui et puis il part des médecins entraînés à cette pratique là pour former des jeunes médecins à pratiquer de cette façon là les médecins en question étant des médecins qui pratiquent de cette façon là sur un territoire aujourd'hui qui est grand comme l'Europe vous avez un cabinet médical qui couvre une population de 17 000 habitants répartie sur un territoire grand comme l'Europe et donc sur lequel, à proximité des patients par petit grappe vous n'avez que des infirmiers qui sont des médecins et donc les médecins sont à Papeete et les patients dans les îles sur tout le territoire de la Polynésie qui est grand comme l'Europe dans l'océan

pacifique et donc ils ont inventé un dispositif qui a été immédiatement excessivement rentable puisque les patients des îles n'ont plus besoin qu'on n'a plus besoin de les chercher par avion puisque les infirmiers sont en capacité de prise en charge avec un logiciel donc là vous avez une vraie innovation de rupture, on n'a pas pu la faire aboutir en 51 parce qu'il fallait faire un vrai investissement dans une transformation des pratiques par une formation lourde qu'on n'avait pas les moyens de payer. L'idée c'était de le transférer à partir de, il y a une thèse de médecine qui avait été faite pour ça à partir de l'expérience polynésienne qui avait été conçue pour résoudre la particularité d'un territoire avec une désertification médicale maximale et de se dire il y a des déserts médicaux en France pourquoi on fait pas la même chose, des médecins de Papeete soignent de façon collaborative avec les infirmiers les patients qui sont dans des îles isolées au milieu de l'océan voilà on a des patients isolés dans des déserts médicaux de la Sarthe et on a une poignée de médecins qui sont installées sur un plateau technique à Anger et d'Anger ils sont en capacité comme les médecins de Papeete mais c'est plusieurs heures d'avion donc il faut pas que ce soit tous les jours l'enroulement des patients va se faire par déplacements sur place du médecin qui va aller d'Anger mais une fois les patients inclus il n'ira qu'une fois de temps en temps les voir s'il y a besoin de revoir tout le PPS par exemple.

M.L : Je me rends bien compte en vous en ayant parlé au début que ma question est très large, je pense que de toute façon d'ici à septembre j'aurais un peu élagué, sur le premier recours si vous voulez moi c'est cette impression parce que je vais me baser sur 3 expérimentations et un projet en instruction plus ou moins dans mon mémoire dont l'expérimentation suivi renforcé à domicile fait partie je vais pas vous le cacher et j'ai l'impression que le premier recours est quand même extrêmement présent dans le 51 néanmoins là dans les PCR qui sortent il me semble qu'il n'y a qu'un seul sous contrôle de Natasha qu'un seul PCR premier recours pour l'instant

Dr B : Qu'est ce que vous appelez PCR ?

ML : Parcours coordonné renforcé de la mesure de la LFSS.

Dr B D'accord oui parcours coordonné renforcé c'est le nouveau dispositif.

M.L : Et en fait ma question là dedans quelle est pour vous l'apport du 51 en matière de premier recours parce que j'ai l'impression qu'il est quand même essentiel ?

Dr B : Alors il est assez essentiel chez nous parce que c'est là qu'on avait qu'on a eu des marges de manœuvre pour concevoir les premiers articles 51 donc voilà on avait pas mal investi, c'est l'endroit où on a eu le plus de manifestations d'intérêt des professionnels plus que l'hôpital qui a d'autres façons traditionnelles de nous interpeller ça c'est une première chose, la deuxième chose c'est que sur les logiques de parcours vraiment, le premier recours est vraiment sur cet enjeu là et comme il est très éclaté du fait de l'organisation très libérale ce n'est pas très étonnant que si on est dans des logiques parcours que le premier recours se trouve des terrains de prédilection pour le 51 mais je ne suis pas sûr que dans d'autres endroits ce soit le cas et on voit bien qu'au niveau national c'est plutôt des projets sur des parcours comment dire thérapeutiques, des parcours d'APA des parcours qui sont moins des enjeux de parcours coordonnés, que des enjeux plus de thérapeutiques ou autre oui donc votre interrogation c'est est ce que le 51 n'est pas finalement assez spécialisé pour le premier recours c'est ça ou non ?

M.L : C'est, comment dire est ce que pour enfin je l'ai bien compris que c'était une spécificité territoriale mais par exemple quand vous dites, est-ce que ça veut dire qu'il n'y a pas de parcours pour vous, du fait que ce soit thérapeutique ?

Dr B : Il y a un parcours mais dans telle expérimentation on a un parcours assez simple c'est ville hôpital et pharmacie, ville, la conciliation médicamenteuse c'est assez simplifié alors que je fais un peu la différence avec tout l'enjeu des parcours du premier recours parce que la spécificité du premier recours c'est qu'il est éclaté entre plein de professionnels libéraux qui sont payés chacun séparément et qui ont un nombre d'actes limité en particulier pour les infirmiers qui ne leur permet pas d'avoir une prise en charge globale or le sujet aujourd'hui à cause du vieillissement de la population c'est la prise en charge globale de la population en multidisciplinaire

M.L : Du fait des maladies chroniques aussi non ?

Dr B : C'est ça du fait que ce sont les maladies chroniques il y a une multiplicité de maladies chroniques et que le suivi de ces maladies chroniques nécessite une prise en charge globale et nécessite une prise en charge de plus souvent pluriprofessionnelle dans laquelle on a intérêt à avoir le pharmacien dans la boucle pour gérer la iatrogénie, il y a souvent des problèmes de locomotion tout ça avec le vieillissement donc les kinés sont pertinents, les problèmes de nutrition enfin tous les facteurs de risque, perte d'autonomie et d'aggravation des maladies chroniques avec l'âge nécessitent de faire intervenir tout un jeu de professionnels de façon coordonnée et donc le parcours coordonné devient, tombe sous le sens or ce n'est aujourd'hui pas prévu le premier

recours n'est pas conçu pour ça il est vraiment conçu pour des actes disjoints les uns des autres et des épisodes disjoints les uns des autres.

M.L : Parce que la coordination a l'air essentielle au parcours dans tout ce que vous me dites mais d'autant plus sur le premier recours au sens où il n'y a pas l'habitude de cette coordination et qu'en fait vous me dites si je me trouve mais pour vous est-ce qu'il peut y avoir parcours sans coordination des professionnels ?

Dr B : Il pourrait y avoir parcours, dans le premier recours on entend, dans le premier recours s'il n'y avait pas enfin, il y a dans le premier recours compte tenu la structuration de l'évolution de la population et de l'évolution des problèmes à résoudre, il faut l'intervention de plusieurs professionnels autour d'un patient. Soit on est dans un système complètement intégré et ces professionnels s'articulent naturellement entre eux parce qu'il n'y a pas d'obstacle, donc il n'y a pas besoin de créer un parcours, le parcours existe donc ça si le système est intégré, or le système en France n'est pas un système intégré parce que les professionnels sont disjoints les uns des autres et donc c'est pour ça que pour les parcours complexes et on a travaillé 10 ans sur les PAERPA, les parcours personnes âgées mais on a créé les DAC, on a créé les dispositifs d'appui de la coordination on a conçu les plateformes territoriales d'appui, on a promu les regroupements MSP parce qu'à ce moment-là quand on a les gens qui sont regroupés les articulations pluriprofessionnelles vont se faire plus naturellement donc on a toute une série de dispositifs qui sont depuis 10 ans inventés pour arriver à résoudre le parcours d'obstacles de prises en charge qui sont de plus en plus pluriprofessionnelles et complexes à cause de ça et donc l'articulation et donc la coordination entre les professionnels elle est inhérente quand il y a besoin d'un parcours si on définit le parcours comme étant l'intervention séquentielle de toute une série de professionnels les uns derrière les autres.

(...) d'une part la nécessité d'avoir une approche intégrée avec une bonne articulation distinguant les rôles d'appui de l'hôpital et le rôle du premier recours qui est spécifique et à l'intérieur du premier recours pour qu'il puisse prendre en charge les parcours il faut qu'il soit pluriprofessionnel que cette pluriprofessionnalité soit intégrée dans la structure type centre de santé aux maisons de santé avec des pratiques bien articulées entre elles de manière à assurer une prise en charge biopsychosociale, longitudinale des individus patients et également avec une approche de responsabilité populationnelle sur le groupe de patients qui est rattaché à une maison de santé c'est ça à ce niveau là aussi qu'il faut que ce soit intégré au premier recours mais oui c'est bien toutes ces questions là que j'aborde par contre je ne l'ai pas abordé dans le cours je crois dans la dimension j'ai assez peu parlé des parcours à moins que ça dépend des cours ça dépend de

comment je suis interpellé il y en a où je suis plus ou moins interpellé sur les parcours personnes âgées et où je vais jusqu'à faire une petite vidéo qui montre la logique parcours personnalisé mais je sais pas si je l'avais montré avec vous

M.L : Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter pour clôturer cet entretien ?

Dr B : Non sinon vous dire bon courage et puis si vous voulez je sais là si je suis le premier dans votre liste d'entretien si c'est le début ou si déjà vous avez, parce que si vous voulez je suis à votre disposition en avançant c'est pour le premier cycle vous avez probablement beaucoup de choses qui vont s'éclairer ou des choses très contradictoires qui vont émerger et donc si vous voulez on refait un rendez-vous.

M. L : Mais en même temps l'article 51 c'est un peu niche quand même...

Dr B : C'est un peu niche c'est volontairement je pense une niche parce que ça nous permet de travailler dans un laboratoire et tout le tout ça nous permet d'innover dans des espaces qui sont syndicalement verrouillés dans des espaces à gros enjeux et où les postures professionnelles viennent protéger les cloisons qui protègent les pouvoirs donc ça c'est très important parce que et là dessus je pense que François-Xavier aura sûrement un point de vue et une lecture en fait le paiement à la capitation c'est une révolution par rapport à une médecine qui s'affirme libérale avec des libéraux indépendants des autres et que la quintessence de la médecine libérale c'est le paiement à l'acte, ça fait 40 ans qu'il est défendu et il est appuyé par tous les groupes professionnels médicaux, le financement au parcours on appelle ça article 51 parce qu'on n'appelle pas ça sortie du paiement à l'acte si on avait appelé ça sortie paiement à l'acte on aurait les fourches devant à nos portes tous les matins c'est iconoclaste. Le projet de paiement à l'heure des infirmiers, j'en ai parlé ici à l'infirmier qui représente l'URPS, je dis mais ça c'est un projet génial à l'heure des infirmiers c'est vraiment une vraie révolution et ça transforme ce qu'on peut faire avec les infirmiers et le travail collaboratif j'en parle avec lui qui représentant l'infirmier de l'URPS donc syndical et qui me dit je lui dis mais les infirmiers qui sont entrés là-dedans ils ne veulent pas sortir de ça donc j'imagine que vous allez porter ça et ils me répondent c'est la bonne évolution à faire mais c'est impossible syndicalement de la porter donc en gros ça veut dire syndicalement je vais m'y opposer mais j'espère qu'on va échouer parce que c'est vraiment ça qu'il faut faire donc c'est vraiment un comble. De la même manière celui qui a défendu médecine libérale et paiement à l'acte mais jusqu'à faire le coup point quoi presque tellement il était assez c'est son cœur de mobilisation depuis 30 ans et qui là accepte de passer, comprend qu'on passe à autre chose d'ailleurs avec

l'article 51 et pour autant rentre dans un dispositif et dit de toute façon on n'a plus le choix, on est bien obligé de trouver des alternatives parce que les jeunes ne veulent plus ce qu'on a construit. Et donc il y a une... mais on voit bien que le 51 est très important parce qu'il permet de travailler en laboratoire sans devoir faire accepter les concepts d'abord et les démontrer après on démontre d'abord on fait l'expérimentation et on va lever toute une série d'incompréhension ou d'obstacles, les gens vont vous dire si on paye on va plus travailler mais on va diminuer la performance tout un tas d'obstacles de bonnes raisons pour lesquelles ça ne peut pas marcher et puis une fois que vous l'avez fait vous dites, regarde ce n'est pas un problème, donc après tout mais même le médecin de l'expérimentation suivi renforcé à domicile elle était, il fallait l'entendre parler de la téléconsultation il y a 5 ou 6 ans et aujourd'hui elle veut développer tout un tas de choses en téléconsultation. Sur les systèmes d'information et sur l'investissement dans les systèmes d'information qui leur casse les pieds et là maintenant elle dit il faut qu'on fasse bouger notre dossier patient informatisé donc les gens, un certain nombre par la pratique où en regardant les autres faire, ça lève des obstacles qui sont dans les têtes, qui sont des constructions mentales et ça c'est fondamental. En Afrique pour arriver à développer le vrai concept de ce que doit être un centre de santé primaire qui était conçu comme c'est un mini-hôpital c'est-à-dire qu'on fait dans un centre de santé là on fait un centre de santé là où on peut pas avoir un hôpital parce que ça coûte trop cher et que les blancs ne payent pas donc on n'a pas d'hôpital et par contre dans une plus grande ville il y a plus de bailleurs de fonds donc là on va avoir un hôpital et c'est mieux et il a fallu que avec l'UNICEF des collègues dans des projets dans les années 90 créent un mode type de centres de santé et volontairement le faire en ville pas très loin d'un hôpital pour démontrer ce que c'est qu'un centre de santé articulé de façon systémique à un hôpital mais qui offre un service complètement différemment et différent de l'hôpital et qui du coup pour les soins primaires va être bien meilleur que l'hôpital et du coup ça permet de comprendre qu'un centre de santé ce n'est pas un hôpital raté mais c'est bien mieux qu'un hôpital et c'est encore beaucoup mieux si c'est articulé avec l'hôpital et ça fait tomber d'un seul coup toute une série de barrières et d'obstacles, à y travailler etc. Donc là je crois énormément à la maison témoin, l'appartement témoin que les gens vont pouvoir visiter et vous faites tomber toute une série vous n'allez plus avoir que les idéologues qui vont se poser mais du coup les pragmatiques vont dire : mais regarde ça marche moi je vais y aller, t'as beau me dire que c'est une c*** parce qu'on va perdre notre pouvoir, moi je vois bien que ça marche et que ça va me résoudre mon problème et en ça l'article 51 c'est aussi bien que ce soit dans une niche parce que du coup on y va avec ceux qui veulent et on avance, on est pionnier parce que sinon il y a tout un tas de raisons pour que ça ne marche pas pour qu'il y ait plein de freins si on veut y aller en généralisé.

Annexe 4 suite

Retranscription de l'entretien semi-directif avec le référent de la région B

M.L : Je vais vous demander de vous présenter et de présenter votre rôle au sein du dispositif 51.

Dr P : Moi, je suis le Dr. P, je suis conseiller médicale à la direction de l'organisation des soins et j'ai intégré la cellule Article 51 au niveau de la région qui est une double composante, composante ARS et composante assurance maladie depuis la création du dispositif soit la LFSS 2018.

Le rôle de la cellule d'instruction est à la fois un rôle de veille en termes des dispositifs que l'on pourrait déployer au niveau de la région, un rôle d'accompagnement des porteurs de projets régionaux à pouvoir élaborer une lettre d'intention et un cahier des charges, un rôle dans le déploiement, la montée en charge de ces dispositifs pour que s'assurer que le dispositif arrive bien à se déployer tel qu'il est prévu et s'il y a des freins de pouvoir aider à retirer ces freins. Aujourd'hui, la cellule a un rôle dans la préparation du déploiement de la généralisation de la transposition dans le droit commun à compter de 2025. Nous, on est en train de caler nos organisations pour pouvoir avoir cet outil à disposition dans le cadre du déploiement de notre projet régional de santé par l'intermédiaire du dispositif parcours coordonné renforcé.

M.L : Ok, écoutez, c'est extrêmement complet. Est-ce que vous pouvez un petit peu me détailler votre manière dont vous agissez auprès des porteurs de projets et des expérimentateurs et comment vous êtes amenés à les accompagner tout au long, s'il vous plaît ?

Dr. P : Alors, par rapport aux porteurs de projets, tout dépend du niveau où on est. Si c'est un projet régional, donc il y a une émergence en fait d'un souhait de développer un article, en tout cas, d'expérimenter une nouvelle organisation, nous recevons en fait des porteurs potentiels de projets. Donc on le fait en mode de cellule d'instruction, donc ARS et DCGDR. On peut y associer une direction métier si on a déjà la connaissance, si on ne l'a pas, on peut l'associer ensuite, de l'agence. Et donc là, on demande aux porteurs de nous dire pourquoi aujourd'hui le droit commun ne répond pas à l'organisation qu'ils souhaitent. Comment en fait l'article 51 pourrait répondre, en fait, quelle organisation ils souhaitent avoir pour être optimale en termes de cibles. Et donc c'est à partir de ces éléments et du travail avec la direction métier, qu'on essaye en fait de les accompagner dans l'écriture de la lettre d'intention et ensuite, la lettre d'intention est validée avec le niveau national dans l'écriture de cahier des charges. On peut y associer la Fédération de l'Exercice Coordonnée qui est une fédération de l'exercice coordonné et de l'Innovation en Santé qui accompagne les équipes de soins primaires, les maisons de santé et les CPTS, les futures CPTS à pouvoir rédiger leur projet

de santé et de pouvoir déterminer les actions. Sur son volet innovations en santé, elle peut être aussi facilitateur dans la rédaction de la lettre d'Intention et du cahier des charges, si c'est une équipe qui travaille en l'exercice coordonné. Ça peut être aussi un point fort du dispositif et notamment, elle a une capacité importante aussi dans la modélisation sur le volet financier. Donc, une modélisation qui au départ est organisationnelle, c'est qui fait quoi ? À partir de là, c'est combien d'ETP, de temps est consacré à l'action et donc ça se traduit en un modèle financier pour pouvoir aboutir à un forfait puisque l'article 51, c'est une modalité forfaitaire. Donc, c'est comme ça, sur la partie, je dirais, émergence d'un projet et accompagnement jusqu'à l'écriture de cahier des charges et la validation par le CTIS de ce projet-là pour en faire un arrêté à la main de notre directeur général au niveau de la région. Quand on est sur un projet inter-régional ou national, la cellule d'instruction travaille avec le niveau national à la conception du cahier de charges et ensuite, et le correspondant de l'équipe qui veut porter en région pour pouvoir travailler avec elle dans la bonne compréhension et en même temps s'assurer qu'ensuite, elles sera en capacité de déployer. Donc, c'est ce qu'on a fait récemment sur un article 51. Donc, on s'adapte à notre public, c'est-à-dire qu'en fonction de son niveau, on va lui donner une culture article 51, on va lui donner la modalité de déploiement, on va s'assurer que dans le déploiement, s'il y a des points qui sont des freins, on va essayer de trouver des solutions et ensuite on essaie de leur donner des conseils qui veulent développer des actions et qu'ils sont en difficulté. Voilà, et après, on a un volet qui est de suivi puisqu'on participe au comité du pilotage de tous les articles 51 justement pour avoir ce suivi, sur la région et en même temps, on peut être initiateur du comité du pilotage si on sent que les équipes sont un peu en difficultés. Comme on peut être aussi initiateur de réunion, quand en fait, dans un dispositif, la montée en charge n'est pas au rendez-vous et donc là, on prend la main pour organiser les réunions avec les bons intervenants, de manière à dégager des actions correctrices pour rapidement faire reprendre la voie de l'article 51 dans le cadre de l'épure du cahier des charges. Donc ça, c'est un peu tous nos rôles, toutes nos casquettes, on va dire, facilitatrices.

M.L : D'accord, pour rentrer un peu plus dans le corps du sujet, du mémoire, vous avez parlé beaucoup, exercice coordonné, enfin, déjà CPTS, etc. Pour vous, sur le territoire, vous vous attachez à ce que les projets et les expérimentations répondent à quels besoins pour les sélectionner sur la région ?

Dr P : Alors, dans la... je dirais que ça, ça sera plutôt la phase à venir. Aujourd'hui, de 2018 à 2023, ça continue aussi en 2024, on est sur un rôle de veille dans le sens où il peut apparaître un besoin, et là, il y a encore des articles 51 qui se construisent. Donc, en fait, on est sur des porteurs qui ont une problématique, et en fait, il leur paraît, la solution, en tous les cas, ils la qualifient d'innovante,

et à ce moment-là, ils se présentent à nous dans le cadre d'une boîte aux lettres unique qui permet de pouvoir analyser l'opportunité de développer dans un article 51. Donc là, effectivement, dans ce rôle-là, le rattacher au projet régional de santé, ce n'est pas toujours le cas, puisqu'en fait, on est plus sur un outil pour lequel des professionnels viennent vers nous en disant « ça ne marche pas », et donc je pense que ça pourrait marcher comme ça. Et là, nous, on regarde si oui ou non l'article 51 est la bonne réponse. Parfois, ça ne l'est pas, et on l'oriente vers d'autres dispositifs. Par contre, dans le cadre de la transposition dans le droit commun, nous, l'article 51, du moins ce qui sera transposé, et pour nous, un des leviers pour pouvoir mener à bien les actions qu'on a prévues dans notre projet régional de santé . Et donc, si vous lisez le projet régional de santé qui est sur le site de l'ARS, sur le premier recours, il y a un axe très fort sur l'article 51 et sur la transposition dans le droit commun. Et là, effectivement, parce que, je dirais aujourd'hui, la santé se construit, en tout cas, au niveau des équipes de premier recours, la santé se construit autour de ces équipes qui, la première maille, équipe de soins primaire, la deuxième maille, la Maison de santé, la troisième maille, la CPTS. Pour nous, ces parcours coordonnés renforcés, s'inscrivent tout à fait dans cette démarche-là. Et aujourd'hui, l'organisation qui est mise en place au niveau de l'agence, c'est que, lorsqu'on est sollicité, puisqu'il y a un directeur général d'ARS, qui représente toutes les ARS au comité stratégique de l'innovation en santé, lorsqu'on est sollicité pour les avis dans le cadre de la transposition du droit commun, on s'est organisé pour que dès cette phase-là, les directions métiers qui sont concernées soient concertées pour qu'elles puissent, d'une part, prendre connaissance du dispositif, l'appréhender et voir comment, stratégiquement, elles pourraient l'intégrer dans leur plan d'action, dans les objectifs en fait qu'elles ont développés dans le projet régional de santé. Donc ça, c'est la phase 1. La phase 2, c'est qu'on travaille en parallèle avec des séquences de travail, il y en a une par trimestre avec la Fédération de l'Exercice Coordonné, qui elle justement aujourd'hui a cette capacité auprès des équipes de soins primaires, MSP, CPTS, de pouvoir identifier à la fois leurs besoins et en même temps, en tous les cas la priorisation de leurs besoins et en même temps les outils dont elles auront besoin dans le cadre d'une implémentation des articles 51 parcours coordonné renforcé. Et tout cela, tout ces temps, ces des temps d'échange sur comment le dispositif est pensé dans le cadre de cette transposition, ça c'est le volet ARS, et le volet Fédération, c'est de dire comment les équipes devront être accompagnées pour pouvoir le déployer. Et sachant que le filtre de la direction métier c'est de dire, dans ma stratégie, j'ai ce levier là, et dans mes priorités, je dirais ça, ça et ça. Donc ce travail collectif avec ces trois entités nous amènera en fin d'année à avoir une feuille de route, je dirais transposition dans le droit commun, qui permettra d'une part, en fonction de la capacité des équipes de premier recours et de leur priorisation à elles versus une priorisation de la direction de métiers de trouver les points d'intersection qui vont permettre de dire, on va porter d'abord ce projet, ce projet, parce qu'il va

décliner telle action et telle action et que tout le monde est en capacité de dire effectivement que c'est important, et donc pourra s'engager dessus. Et en même temps, on aura déjà une idée de comment on va outiller nos professionnels pour qu'il puisse, je dirais, dérouler d'une manière plus facile cette implémentation de l'article 51 dans sa transposition du droit commun. Donc ça, c'est la feuille de route qui est attendue et ensuite au fil de l'eau, on va comme ça, dérouler, en 2025, ce sera certaines transpositions qui seront, je dirais, déployées, d'autres pas, parce qu'on ne les aura pas priorisées ou parce qu'on aura estimé qu'on ne pouvait pas dans l'année en porter trop, puisque en fait après, ça sera le vivier de la région qui sera une capacité d'en porter certains, mais pas tous. Donc il faudra probablement prioriser et avec trois filtres, le filtre du PRS, le filtre de la direction métier et le filtre des offreurs en santé qui eux, par l'intermédiaire de leur fédérations, vont prioriser aussi ce qui leur paraît pertinent, opportun, prioritaire par rapport à un ensemble qui sera défini par les directions métier et par le PRS.

M.L : Mais je me permets, je ne suis pas sûre d'avoir compris, donc je ne voudrais pas créer de contre-sens. Est-ce que ça veut dire que vous donnez le droit d'implémenter sur des projets qui seraient généralisés dans d'autres, mais qui seraient portés par d'autres régions originellement et qui ne sont pas, pour l'instant, à l'échelle de la région ?

Dr P : Ça, c'est autre chose. Quand je vous parle de la transposition du droit commun, c'est la préparation à tout ce qui va se généraliser. C'est le rôle facilitateur, sachant qu'à ce niveau-là, il faut qu'on voie comment évoluer le dispositif dans le cadre de sa transposition. Pour l'instant, on n'a pas la complétude de comment il va être transposé. On a des, petit à petit,, ça se construit. Et c'est par le fait que petit à petit se construit et que nous, on le partage au sein de l'ARS, mais aussi avec la Fédération, que ça va nous permettre d'écrire dans notre feuille de route pour les décliner ensuite. Donc ça, c'est purement la transposition du droit commun et ça sera que pour des projets qui seront, après leur période de sas, transposés. Mais nous, ça nous donne un délai de temps dans cette période de sas pour voir comment, effectivement, on se met pas en ordre de marche pour pouvoir le transposer plus facilement parce que nous restons persuadés que si les équipes ne sont pas accompagnées, ça va être compliqué. Ça, c'est un point. Pour l'interrégional, c'est autre chose. Aujourd'hui, effectivement, il y a des moments où on se pose, en disant, ce projet qui a été expérimenté, par exemple, en Bretagne, à un moment, le national a souhaité qu'il soit ouvert à d'autres régions. Et donc là, effectivement, nous, on regarde avec nos URPS, les personnes qui sont concernées si elles sont intéressées à les déployer. Si elles sont intéressées à les déployer, on rentre dans le groupe de travail, je dirais qui va prévoir l'interrégionalité, et on travaille avec nos URPS pour

faciliter les choses, pour qu'elles soit prêtes à pouvoir le déployer au moment où ça arrive, mais là, on est dans le cadre expérimental article 51.

M. L : Merci pour ces clarifications. Est-ce que je peux me permettre de vous demander en quoi, d'après vous, l'article 51 participe à la transformation du système de santé ?

Dr P : En fait, en tous les cas de notre expérience, l'article 51 a été un levier énorme en termes de structuration, en région. C'est-à-dire que l'article 51 par le fait qu'il écrit ou modélise son organisation et que ce modèle d'organisation, il soit porté par des porteurs, des professionnels de santé, donc c'est eux qui le portent, soit parce qu'ils rentrent dans un groupe de travail, et donc ils vont aussi porter, même s'il y a une facilitation nationale, puisqu'il y a un pilote, soit national, soit interrégional, ils sont les acteurs de l'évolution du modèle qu'ils souhaitent avoir. Et donc pour nous, c'est un levier énorme en termes de structuration. Et tous les articles 51 qu'on a déployés en région ont permis, en fait, de structurer des parcours cliniques qui n'étaient pas aussi évident au départ. Donc c'est pour ça, et l'exemple le plus frappant, c'est un dispositif article 51 d'une prise en charge par une équipe, à la fois hospitalière, et par une équipe de ville, d'une réadaptation cardiaque pour des patients à bas risque de réadaptation cardio-vasculaire. Et en fait, ce projet-là a décliné tout les éléments, enfin, tout ce qu'on porte en termes d'évolution du système de santé. C'est-à-dire, le aller vers, l'hôpital, la capacité d'une équipe de soins primaires ou d'une MSP à pouvoir faire des prises en charge dans un cadre organisé, le fait qu'il y ait un interface très fort, donc une coordination à la fois clinique entre l'hôpital et les équipes de soins primaires pour la prise en charge du patient, mais aussi une coordination organisationnelle entre les acteurs pour essayer de prendre en charge au mieux le patient. Ensuite, sur un volet financier, elle a permis de mettre en place et de prime la qualité et à l'efficience. Ce qui veut dire qu'en fait, c'est l'équipe à la fois ville et l'hôpital qui est financée sur des indicateurs de résultats, donc ça, c'est un élément très important. Donc quand on le voit de ce côté-là, et quand on voit qu'en termes d'inclusion, on a inclus beaucoup de patients, dans le haut risque, haut risque cardiaque, c'est de la prévention primaire, on se dit qu'on a coché la case prévention, on a coché la case décroisement, on a coché la case aller vers, on a coché la case capacité de l'équipe de soins primaires, de la MSP à pouvoir intervenir dans le système de santé, on a coché la case de coordination et on a coché la case efficience du système de santé. Donc on fait la démonstration par cet article 51 que l'évolution qui est attendue du système, elle est tout à fait possible, elle est pertinente, elle est efficace, elle est répliquable, puisque nous, on est en train de couvrir l'ensemble du territoire régional.

M.L : Moi, je travaille sur le parcours et vous m'avez dit que c'était structurant, justement parce que ça a créé un parcours. Qu'est-ce qui pour vous, en fait, fait que le 51 permet d'innover en matière de parcours et de pouvoir créer des parcours qu'on n'a pas pu créer jusque-là.

Dr P : Par l'exemple, que j'ai donné, le parcours du patient, il est écrit dans le modèle organisationnel, c'est-à-dire on dit qui fait quoi mais après, il y a une réalité de territoire et dans la réalité du territoire, aujourd'hui, l'hôpital s'est mis à disposition des équipes de soins primaires, donc il leur a dit, " Voilà les outils dont je dispose, je peux les donner et je peux vous apprendre à les utiliser." Voilà la formation dont vous avez besoin de base pour pouvoir faire les ateliers tels que nous, nous les faisons et voilà les éléments de langage que nous utilisons. " À partir de là, l'équipe de soins primaires, elle a, d'une part identifié avec qui elle allait travailler à l'hôpital donc un coordonnateur un médecin, elle sait que si elle a un souci elle a ses référents. Elle, elle va inclure les patients qu'elle va pour lesquels elle voit qu'il y a des déterminants de santé qui font qu'il y a un haut risque. Elle a appris à scorer les patients, elle sait ce qui relève du haut risque cardiovasculaire ou pas et en fait c'est un haut risque neuro-cardio vasculaire ce n'est pas que cardio-vasculaire et ça va même au-delà de ça parce qu'il y a d'autres pathologies comme l'oncologie aujourd'hui sur laquelle on sait qu'il y a les mêmes déterminants de santé. Donc elle va inclure les patients et elle va faire valider l'inclusion par l'hôpital, l'hôpital qui va vérifier qu'on ait un bas risque de réadaptation parce qu'il va monitorer le patient pendant les ateliers et ensuite elle va le prendre en charge au plus près de son domicile et elle va, je dirais, faire le restant de la prise en charge en renvoyant à l'hôpital les éléments de suivi dans le cadre d'un outil qui permet, en fait, de tracer ce qui est fait et de vérifier si les objectifs qu'on s'est fixés sont atteints ou s'il faut les modifier. Donc là on est bien dans un parcours de réadaptation avec un niveau 1 qui serait la ville, un niveau 2 qui reste l'hôpital voire 3 parce qu'il est l'expert et qui va chaque fois rectifier les éléments de manière à ce qu'on soit sûr que ce qui était fait précédemment uniquement dans le centre de réadaptation cardiaque aujourd'hui il est fait dans le centre et au plus proche du domicile du patient mais avec une qualité et une sécurité à l'égal de ce qui fait au niveau de l'hôpital. Donc là on est bien dans un parcours, on est dans une filière en réadaptation avec ses différents niveaux et avec sa coordination. Et si on est dans un parcours cardiaque on y est aussi parce qu'on y est dans le premier niveau, c'est à dire dans un axe de prévention, prévention primaire mais on peut l'être aussi dans un niveau 2 de prévention secondaire et du coup on acculture une équipe de soins primaires à une prise en charge globale d'un patient puisqu'elle peut le voir au temps de la prévention et elle peut lui éviter l'accident grave, elle peut le voir une fois que l'événement aigu est passé et elle va lui permettre de se réadapter pour éviter qu'il revienne donc on traite la maladie et donc là on est bien dans un parcours maladie cardio-vasculaire au sens large, puisqu'il y a le

syndrome coronarien, il y a l'insuffisance cardiaque, aujourd'hui les indications elles sont posées par les sociétés savantes et on sait très bien ce qui relève d'une indication de réadaptation et ce qui n'en relève pas. Donc là on a mis en évidence, qu'en fait, le parcours il s'est construit et avec les ingrédients aujourd'hui que l'on souhaite, un axe fort prévention, un axe fort, je dirais, prise en charge, un axe fort éducation thérapeutique et un axe de fort d'un hôpital qui pense la prise en charge donc pas dans un versus très intra-hospitalier mais dans un versus je vais aller vers la ville et je vais m'adapter moi à l'interlocuteur que j'ai en face et c'est ce qu'a fait une équipe hospitalière puisqu'elle a revu son mode d'organisation au regard du fait que la prise en charge en ville il fallait des petites adaptations qu'elle n'avait pas quand elle faisait tout chez elle. Donc elle s'est bien adaptée et de l'autre côté il y a une montée en compétences, donc il y a une transfert de la compétence vers les équipes de ville et ce transfert il va au-delà du cardio-vasculaire puisqu'il y a une sensibilisation très forte sur l'axe de prévention et donc il s'approprie finalement la prévention et l'éducation thérapeutique par un exemple concret.

M.L : Et ça, est-ce que vous pensez que sans les dérogations article 51 ça aurait pu être mis en place ou c'est vraiment... ?

Dr P : En tous les cas pour nous, pour la région, c'est vraiment l'article 51 qui a déclenché puisqu'en fait on a eu plusieurs temps on a eu le temps du réseau, le réseau, la volonté c'était ça, c'était de créer des parcours, de coordonner ces parcours et chez nous ça n'a pas été concluant et d'ailleurs les réseaux ont disparu, ils ont été absorbés au départ par les PTA aujourd'hui ce sont les DAC donc on voit bien la limite du système en plus dans le réseau on n'était pas sur des effecteurs, on était sur des gens qui coordonnaient, qui organisaient mais qui ne faisaient pas et c'est donc la limite du système. Tandis que l'article 51, on est sur des effecteurs qui se mettent en ordre de marche avec des outils adaptés, qui se coordonnent entre eux, qui peuvent se coordonner aussi avec un hôpital et ensuite qui partagent une prise en charge c'est à dire que le niveau d'implication il n'est pas sur une strate supplémentaire en fait il est sur une équipe qui se met en ordre de marche d'une modalité différente de ce qu'on a connu jusqu'à aujourd'hui et le décloisonnement ville-hôpital ce n'est pas comme un élément de langage, c'est une réalité mais pour que ça soit une réalité il faut que ce soit fait à travers un projet autrement ce n'est pas possible et c'est évident que l'article 51 par son côté très matriciel, c'est à dire que je t'aide à modéliser l'organisation et par le côté financier je t'aide à décloisonner puisqu'on va être sur un mode forfaitaire qui va être redistribué c'est sûr que c'est un levier qui est énorme puisque autrement si quand on décloisonne on n'y arrive pas parce que c'est pas facilitant, la réglementation, elle ne permet pas, le financement il n'y est pas, ça s'arrête.

M.L : Mais pour arriver à ça, c'est à dire une fois qu'ils sont dedans et que tout a été cadré ça se met en place et c'est facilité comme vous l'avez dit mais pour vous quels sont les incontournables auxquelles vous allez porter attention dans les constructions des parcours que vous avez accompagnés ?

Dr P. Alors lesquels ? Ceux que j'accompagne maintenant ou ceux qui seront transposés ?

M.L : Les deux, j'ai envie dire les deux, quand vous vous construisez un parcours alors aussi bien quand vous les avez construits pour les cahiers des charges que pour la transposition vous regardez quels éléments pour vous dire là c'est un parcours et là ça va fonctionner ou là il faut faire attention ça pourrait...

Dr P. Alors quand on accompagne des départs on ne fonctionne pas comme ça, en fait nous la seule, à partir du moment où l'agence accompagne, elle accompagne régionalement donc elle demande au porteur d'avoir une vision régionale, elle va être un facilitateur c'est à dire qu'en fait il y a la capacité du porteur en tant que sachant, technicien dans son territoire et après il y a l'accompagnement de l'ARS en tant que sachant ,technicien d'une région et elle, elle connaît son écosystème ce que ne connaît pas toujours en tous les cas régional ce que ne connaît pas l'équipe qui a une vision de son écosystème territorial ou infra-territorial donc ça c'est le seul élément sur lequel l'ARS a posé des conditions à ce qu'elle accompagne des projets dans sa façon de le faire, de manière très proactive parce que nous on n'a pas fait appel à des cabinets de consultant qui venaient écrire des modèles etc. on a souhaité que ça reste au niveau de l'agence régionale de santé dans sa composante et en même temps en associant nos collègues de l'assurance maladie donc ça c'est nous. Ensuite dans le déploiement, en fait, il faut être très actif très agile très disponible, donc en fait quand il y a un problème les porteurs de projets connaissent, ont identifié des personnes ressources, reviennent vers elles et c'est à ces personnes ressources là de s'organiser dans leur écosystème pour trouver les solutions et pour pouvoir aider à déployer l'article 51 tel qu'il doit être fait de manière à ce que ça se passe le mieux possible parce que l'article 51 il y a des hauts et des bas parfois dans les bas si on n'est pas facilitant, si on met pas les bonnes personnes autour de la table, si on trouve pas les bons outils, si on n'est pas pédagogue en expliquant pourquoi ce point là est particulièrement important pour le déploiement puisqu'en fait ce n'est pas quelque chose d'acquis et si on n'explique pas aux personnes les enjeux qui sont derrière un système d'information ou qui sont derrière une organisation ou qui sont derrière une coordination on ne va pas les embarquer et on n'y arrivera pas, donc ça c'est quand même le rôle de la cellule d'instruction d'être très pédagogue sur les enjeux et pourquoi dans un outil il y a un enjeu qu'on n'a pas perçu

au départ c'est à nous de faire le job et d'essayer d'accompagner du mieux possible et c'est ce que nous faisons donc ça demande une grande réactivité et c'est en permanence qu'il faut essayer d'organiser les choses au mieux et donc ça, ça va se déployer et en tous les cas en dehors d'un article 51 qui connaît des difficultés mais parce qu'en fait il a cumulé le nombre de difficultés mais on est en train d'essayer d'en réfléchir à une solution justement pour lui redonner une vie qui lui permettrait d'être plus adapté en fait au territoire. Ça c'est la partie vie article 51 sur la partie de transposition c'est tout un autre travail, je vous l'ai décrit et c'est ce travail là qui permettra en fait de poser les jalons des incontournables à l'accompagnement et ça c'est pas encore rédigé c'est en cours.

M.L : Est-ce que vous voulez dire que par exemple les porteurs de l'expérimentation dont vous parliez sont arrivés avec eux déjà leur parcours tout bien fait, tout quasiment modélisé ou est-ce que vous avez dû les aider à remodeliser ?

Dr P. Non en fait on a co-écrit le cahier des charges, il y a une personne qui... alors il peut arriver des structures, en tout cas nous on n'est pas une région ou en fait le modèle est arrivé finalisé, prêt à l'emploi quand on était dans un premier niveau ça ne marche pas, je voudrais que ça marche je pense que l'article 51 est la réponse en fait dans ce niveau là on est plus sûr j'ai pensé que sur je vous donne le projet, en tout cas moi je n'ai pas en tête un projet. Peut-être Un qui était un projet assez écrit mais c'est pareil c'est une grosse structure associative et son modèle existait déjà ailleurs donc ce n'était qu'une transposition dans un territoire d'un modèle que nous avons adapté mais là effectivement il était quasiment écrit on l'a adapté, on a évolué dans le forfait, les prises en charge etc. Pour les autres on a coconstruit parce qu'en fait soit la structure, quand vous êtes sur une équipe de premier recours une maison de santé vous n'avez pas les moyens de la rédaction d'un cahier des charges tel qu'il est prévu sur l'article 51. Si vous êtes sur une CPTS vous pouvez avoir des moyens puisqu'il y a des temps qui sont prévus qui permettent en fait d'écrire le projet mais vous n'avez pas forcément des personnes ressource qui auront la culture de l'article 51 donc si elles n'ont pas la culture même avec une lettre d'intention il va falloir quand même un peu les aider pour qu'il puisse y avoir cette culture là. Donc on est sur une corédaction avec des moments où on leur demande un travail plus précis qu'après on peut remettre en forme ou qu'on peut revoir, moi j'estime que ça fait partie du job, bon après certaines ARS pour des questions de volume etc. parce que nous on est une petite région on en a huit, article 51 on va en avoir deux autres, on va arriver à dix ce qui est beaucoup pour une petite région mais c'est sans commune mesure avec d'autres régions comme l'Occitanie, Ile de France, Hauts de France etc. et donc je comprends qu'à un moment ils ont souhaité externaliser. Mais pour nous en tous les cas ça a été une richesse de

pouvoir en fait coconstruire les articles 51, d'avoir la chance que la Fédération de l'exercice coordonnée avec sa capacité de modélisation de modèle économique puisque dedans il y a un doctorant qui est tout a fait en capacité de modéliser le modèle économique et le volet organisationnel aussi puisque c'est son métier et donc ça a permis cette possibilité qui est très optimale en région.

M.L : Est-ce que vous pouvez me dire ce que c'est pour vous un parcours ?

Dr. P : En fait aujourd'hui, ça dépend de quoi on parle c'est ce que j'ai expliqué chaque fois qu'on m'a, je dirais, interpellée sur le sujet. Un parcours, on fait un parcours pourquoi ? Un parcours de vie un parcours de santé, un parcours de soins, si c'est un parcours de soins, quelle est la différence avec un chemin clinique ? Comment on définit la différence ? Pourquoi ça sera un chemin clinique ? Pourquoi ça sera un parcours de soins ? C'est tout ça, un parcours en fait pour moi, alors suivant le degré qu'on y met quand on est dans la vie, on va introduire des acteurs qui vont voir le volet éducation, professionnel, emploi etc. donc on sera plus large et la qualité de vie en dehors du soins si on est sur un parcours de soins on va le restreindre au champ du soins bien que la qualité de vie, à mon avis, on ne peut pas y échapper, on peut pas l'enlever puisqu'elle fait partie du soins à part entière. Mais sur un parcours de soins qu'on a plus limité, c'est comment on s'organise pour que la prise en charge soit la plus fluide possible, la plus optimale possible sans rupture de parcours et pour obtenir à la fin soit une guérison, soit une rémission, soit une acceptation de cette vie fluctuante de la maladie, notamment dans la maladie chronique qui fait qu'on est par moments en acuité donc en aigu et donc on va retourner vers les professionnels pour reprendre une action plus forte en termes de prise en charge alors que quand on est dans une surveillance on dit quelque chose de différent. Il est évident que dans ce qu'on décrit d'un parcours de soins avec cette vie à la fois, je dirais, de poussées et puis de rémission, et en même temps une fois que le diagnostic est posé. On va avoir dans tout cela des temps indispensables de coordination et là c'est la même chose quand on coordonne, qu'est-ce qu'on coordonne ? Est-ce qu'on coordonne une prise en charge et c'est que de la clinique donc on s'organise pour que le patient soit pris en charge le mieux possible. Est-ce qu'on coordonne des acteurs, on est plus dans un systémique ? Est-ce qu'on coordonne un projet parce qu'on veut le voir déployer ? Donc c'est ces trois niveaux là, donc moi je crois que quand on parle de parcours il faut donner la granularité à laquelle on s'intéresse, quand on parle de coordination, il faut dire qu'est-ce qu'on coordonne parce qu'autrement les professionnels n'y comprennent plus rien et ils ont l'impression qu'ils le font déjà mais qu'on n'a pas compris qu'ils le faisaient donc il y a rien de pire d'avoir l'impression qu'on fait et que les autres n'ont pas compris ce qu'on faisait mais si on parle pas de la même chose c'est évident qu'on ne peut pas avancer.

M.L : Pour vous les articles 51, ce sont plutôt des parcours de soins ou de santé ?

Dr. P : Ça peut être les deux. En fait, l'expérimentation dont je vous parlais au départ c'est un parcours de soins, c'est une prise en charge de réadaptation ça devient un parcours de santé, pourquoi ? Parce qu'en fait la personne elle va se réadapter certainement pour son état de santé mais du coup elle sera mieux dans sa vie, si elle est mieux dans sa vie elle va avoir des activités qu'elle avait auparavant qu'elles soient des activités ludiques, qu'elles soient des activités professionnelles, qu'elles soient des activités domestiques donc on ne peut pas dire je n'ai pris en charge que la pathologie, ce n'est pas vrai, on prend en charge l'individu dans sa globalité. Il est important, je pense, et d'ailleurs c'est ce qui a fait aussi la force de l'expérimentation c'est qu'en fait l'individu étant pris dans sa globalité, tout le monde est satisfait, c'est-à-dire, en fait l'équipe de soins primaires est très satisfaite de sa prise en charge puisque elle en voit les résultats au quotidien y compris quand elle avait quelqu'un, puisque en fait c'est des gens qui sont sur le territoire, ils se croisent, ils se croient au supermarché, ils se croient dans la vie, ils se croient dans une randonnée et voir quelqu'un qui ne faisait plus rien qui reprend une activité, qui a maigri, qui s'améliore, qui peut faire des choses qui ne faisait pas, c'est très gratifiant, c'est très gratifiant pour l'équipe de l'hôpital parce qu'en fait elle l'accompagne des équipes et puis à un moment elle se recentre sur ses missions essentielles qui sont une activité plus lourde, c'est ce qu'on appelle l'animation territoriale et pour le patient qui lui voit que les effets immédiats et il se rend compte que ce n'est pas que pour sa maladie c'est aussi pour sa vie et donc moi pour moi ça n'existe pas, c'est quelque chose d'évolutif et quand on arrive d'un parcours de soins à un parcours de santé, je dirais qu'on a gagné la partie, ça veut dire qu'en fait le patient dans tout cela finalement il reprend une vie, puisque une vie ce n'est pas que se soigner c'est vivre, travailler, apprendre, être bien dans sa peau, dans sa vie donc je dirais presque que quand on traite un parcours de santé au niveau de l'article 51 c'est qu'on a réussi tout.

M.L : D'accord, qu'est ce que vous appelez un chemin clinique pour faire la différence avec le parcours ?

Dr P : Un chemin clinique, par exemple, dans les réadaptations, le RAC, la réhabilitation améliorée après la chirurgie, donc l'objet de cette réhabilitation c'est, en fait, de pouvoir anticiper avant la prise en charge ce qui va se passer pendant la prise charge donc je fais simple, prothèse de hanche, je vais voir le patient en amont, je vais voir avec le kiné qui va lui expliquer qu'on va lui mettre en

place une prothèse, que dans le post opératoire ça va se passer comme ça mais qu'il pourra avoir un appui rapidement, que ça va peut-être faire mal mais qu'on a des traitements pour la douleur et qu'il va falloir se réadapter rapidement donc globalement le patient il est à la fois informé mais il peut être pris en charge en amont, notamment si par exemple il fume pour arrêter le tabac de manière à ce qu'il n'y ait pas de complication post opératoire, au niveau diététique pour avoir une alimentation saine et qui apporte tous les éléments y compris, protidiques pour refaire du muscle donc en fait, la prise en charge, elle démarre dès l'avant chirurgical, elle va être au niveau de la chirurgie où on s'est organisé pour que le temps soit le plus court au niveau de l'hôpital et elle va être après la chirurgie où le temps est déjà organisé avec les professionnels de ville qui vont le prendre en charge pour pouvoir faire la réadaptation et donc on va écrire ce chemin clinique avec ces différents temps, qui fait quoi ? comment s'est organisé ? Ça c'est un chemin clinique, ce chemin clinique soit il est purement hospitalier c'est à dire qu'on s'organise sur le temps hospitalier en prévoyant ce qu'on va faire en amont, ce qu'on va faire en aval et après on passe la main à d'autres équipes en général c'est ce qui se fait et donc dans la réhabilitation améliorée après la chirurgie. On a beaucoup de chemins cliniques qui sont aujourd'hui disponibles sur le net, vous regardez sur la Haute Autorité de Santé, je pense qu'il y a un chemin clinique hernie inguinale, il doit y avoir un chemin clinique cholécystectomie, il doit y avoir un chemin clinique prothèse de hanche, prothèse du genou. C'est vraiment une partie et c'est plutôt centré sur des prises en charge, le plus souvent c'est chirurgical d'ailleurs. Après on pourrait imaginer le chemin clinique du syndrome coronarien aigu, je fais une douleur thoracique, qu'est-ce qu'il se passe ? On doit appeler le SAMU qui va m'amener dans la salle de coronarographie, dans la salle de coronarographie je suis pris en charge immédiatement, je suis bilanté, j'aurais ma coronarographie, je serai stenté si nécessaire puis après je passerai dans une unité de soins intensifs de cardiologie, où là je vais être surveillé puis après je passerai dans la prise en charge conventionnelle et ensuite je pars en ville avec mon traitement et avec ma réadaptation puisque aujourd'hui ça fait partie de ces sujets, donc là on peut écrire ce chemin clinique là qui va décrire de différentes étapes mais souvent c'est peut-être un peu plus centré sur la prise en charge de l'aigu et après les prises en charge d'aval c'est l'équipe de.. alors que dans le parcours on va embarquer cette équipe-là pour pouvoir l'avoir et on sera peut-être un peu moins sur cette notion en fait d'événement aigu.

M. L : Et est-ce que ça veut aussi dire que la coordination est vraiment, en quoi la coordination est-elle un élément essentiel du parcours ? parce que de ce que vous dites c'est ce que je comprends ?

Dr P : Il n'y a pas que la coordination, tout le monde s'agite beaucoup sur la coordination, la coordination c'est un des éléments, dans un parcours il n'y a pas comme ça pour moi et la

coordination il faut savoir comment on parle. Qu'est-ce qu'on coordonne ? Aujourd'hui un médecin traitant je vais le voir parce que j'ai un suivi de prothèses, j'ai un suivi en fait d'une chirurgie d'un anévrisme si vous voulez un cas précis aortique. Lorsque mon angiologue me fait mon échographie, il se rend compte que mon anévrisme a doublé de volume donc il est inquiet, il va coordonner la prise en charge, c'est-à-dire qu'il va appeler le radiologue, il va lui dire il me faut un scanner en urgence, il va appeler le chirurgien vasculaire, il dit, ce patient a été opéré à telle date, aujourd'hui son anévrisme reprend il augmente de volume, je suis inquiet parce qu'il peut à tout moment rompre son anévrisme j'ai fait faire un scanner dès que j'ai le résultat je te l'envoie et tu le prends en charge et tu vois si tu peux mettre une prothèse par voie interventionnelle. Il a bien coordonné la prise en charge du patient, ce n'est pas un parcours, c'est une prise en charge et là on voit qu'il le coordonne. Donc le parcours, la coordination c'est un des éléments, ce n'est pas que ça, un parcours pour qu'il soit efficient si je reprend le parcours de la réadaptation qui est allé au-delà, en fait il y a l'organisation qu'on a mis place, il y a comment on a formé les gens pour qu'ils arrivent à cette organisation-là, il y a comment on reste en hotline parce que ces gens vont avoir des difficultés, il y a comment on outille les professionnels pour qu'ils puissent parler un langage au commun et ensuite il y a *in fine*, effectivement, une coordination, c'est à dire, moi j'ai un patient comment je fais pour avoir un pool de patient qui va arriver à l'hôpital puisqu'ils sont tous du même territoire, toi comment à l'hôpital tu t'organises pour que ce pool de patient, en même temps il ait ses séances et puis au bout des 6 séances comment moi je reprends la main donc là on est dans une coordination qui est à la fois un petit peu clinique mais surtout des acteurs dans le cadre d'un processus de prise en charge, c'est la différence. Donc effectivement ça en fait partie c'est un temps important, on a sous-estimé dans l'article 51 le temps de cette coordination mais parce qu'on a eu du mal à définir qu'est-ce qu'on coordonne, aujourd'hui je pense qu'on a une vision beaucoup plus claire de ce qu'on coordonne et donc des temps qu'il faut pour coordonner ces prises en charge mais il n'y a pas que ça.

M.L : Coordonner les prises en charge et les professionnels aussi ?

Dr P : Tout à fait.

M.L : Quand vous vous dites on reste en hotline c'est vous l'ARS ?

Dr P. Alors nous en hotline on peut y être mais par exemple dans l'expérimentation, la hotline c'est le centre de la référence, c'est le centre de la réadaptation, pour cet article en particulier demain, sur de la téléexpertise pour surveiller des plaies la hotline c'est le centre expert qui donne l'avis

donc voilà et si le centre expert a une difficulté qui n'est pas une difficulté clinique mais qui est une difficulté organisationnelle, là il va se retourner vers la Fédération de l'Exercice Coordonné qui aide, je dirais, sur l'organisationnel ou sur l'ARS suivant la granularité sur laquelle on doit intervenir ou après la Fédération peut nous interpeler sur un processus qui dépasse en fait sa capacité parce qu'elle va embarquer dans l'écosystème des professionnels dont elle a moins l'interface au départ.

M.L : Est-ce que vous avez l'impression que l'article 51 avec le parcours qu'il s'agit de définir bien sûr mais a permis de renforcer la coordination territoriale entre les différents acteurs et si on ne parle pas de coordination en tout cas le lien territorial entre les différents acteurs qui vont prendre l'habitude de se retourner les vers les autres en cas de besoin ?

Dr. P. Oui, puisque en fait nous sur les articles 51, le premier lien qui s'est créé c'est de parler avec l'hôpital et de voir comment on s'organise avec lui, donc c'est un accès et facilité c'est des personnes ressources avec une identité on sait qui ils sont, comment ils sont, où on peut les appeler etc. donc ça c'est un premier temps qui a fait que déjà sur le territoire les entités ville et hôpital ont travaillé ensemble pour des prises de charge. Ensuite sur un territoire donné effectivement les acteurs ont été obligés de s'organiser entre eux, kiné, pharmacien, un infirmier, un médecin, deux médecins, plusieurs kinés, plusieurs infirmiers pour justement organiser leur prise en charge. Donc oui effectivement c'est un liant à la fois du territoire au niveau du premier recours, du territoire entre l'interface ville-hôpital et du territoire demain dans le médico-social, c'est exactement la même chose c'est qu'en fait, c'est pareil que si un moment on vous donne des pièces d'un puzzle et vous construisez le tableau et on vous dit voilà, tu vas le construire et ton tableau, l'image que tu as c'est le cahier des charges de l'article 51, il est là, tu le sais et c'est ça qu'il font en fait, ils tricotent pour pouvoir arriver au modèle et en fait, le tricot qu'ils font va se servir de composantes qu'ils ont à disposition et dans ces composantes, les acteurs du territoire, qu'ils soient des acteurs libéraux ou des acteurs institutionnels, forcément, ils sont embarqués, et c'est du concret, c'est quelque chose qui est au service d'une population.

M.L : Et c'est tous ces éléments là qui font que ce n'est pas que des prises en charge mais des parcours si je comprends bien ce que vous dites ?

Dr. P : En fait pour moi la prise en charge, elle est incluse dans le parcours, donc en fait cette dichotomie pour donner un nom à quelque chose et vouloir vraiment avoir une représentation, elle est virtuelle.

Si j'avais un mémoire à faire aujourd'hui les définitions des parcours vous les avez la coordination les définitions sont approchées quand on dit ce qu'on coordonne, une fois qu'on a posé l'ensemble des définitions, c'est de se dire qu'est ce qui est important dans ces définitions ? Est ce que c'est de rester crispé pour avoir finalement une définition un mot ou est ce qu'en fait c'est quelque chose d'évolutif qui va faire qu'on va avoir un événement aigu une prise en charge qui peut être un chemin clinique qui va rentrer dans un parcours de prise en charge parce qu'à un moment on va interfacer avec autre chose que ce qu'on fait nous à l'hôpital, donc d'autres acteurs et puis comme ce parcours de prise en charge il est optimal et que la personne elle se retrouve très inclusive dans son milieu de vie à la fois professionnelle, scolaire, vie de tous les jours, ça devient un parcours de santé c'est ça le chemin qu'il faut prendre, autrement si on coupe des bouts on va avoir le même échec qu'on a eu dans d'autres dispositifs parce qu'en fait à un moment on a trop besoin d'une sémantique systématique pour décrire quelque chose. Mais en fait il faut comprendre que c'est parce que c'est évolutif que ça a marché et d'ailleurs l'article 51 a fonctionné pourquoi ? parce qu'il n'y avait pas en dehors du fait qu'il devait déroger à certains articles du code que ce soit code de santé publique, code de l'action sociale et des familles, code de sécurité sociale, il n'y avait pas de principe, on construit au fur et à mesure. Il a commencé à marcher à quatre pattes et puis à un moment donné il s'est levé, à un moment il a couru. Tout au long de cette phase on a accompagné, on s'est fait nos propres dogmes, on a construit des outils pour être facilitant et puis ces outils ont été évolutifs pour que les nouveaux qui arrivent puissent se l'approprier et quand vous regardez ce qui a été mis à disposition pour les nouveaux arrivants dans l'article 51 moi qui ai commencé en 2018, je vois tout le chemin parcouru pour arriver à ça mais la force de l'article 51, c'est qu'il n'y avait pas au départ quelque chose qui était pensé en disant ce sera comme ça et vous ferez tous comme ça et c'est parce qu'il n'y avait pas ça que c'est une réussite à mon sens. Et en fait ils continuent dans ce sens parce que même la phase de transposition, elle n'est pas écrite, elle se construit et quand elle se construit elle s'appuie sur ce qui existe, sur ce qui a marché, sur ce qui a pas marché et c'est ce qui est en train de se construire parce qu'on est en train nous de le construire, on est en train de se faire notre dogme, on est en train de donner nos outils, c'est ça qu'on est en train de faire.

M.L : Est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter pour clôturer cet entretien ?

Dr P : Non, je suis très contente de faire de l'article 51 en tout cas pour moi c'est une très belle expérience professionnelle et en tout les cas, c'est quelque chose qui va au-delà de ce que nous traitons puisqu'en fait c'est une autre façon de concevoir une animation d'un territoire, de concevoir comment on met un système en ordre de marche à travers des valeurs communes pour arriver à un objectif précis et en tout cas d'une démarche très article 51 projet avec ses règles

aujourd'hui c'est un processus que moi j'utilise dans mon métier de tous les jours, tout est pour moi potentiellement quelque chose qui peut se décliner comme un article 51 y compris dans l'évaluation. On en n'a pas parlé mais le point fort de l'article 51 c'est qu'il est évalué et qu'en fait cette évaluation, elle structure les choses, à un moment, on ne dit pas tu vas partir pendant dix ans dans une expérimentation, on dit au bout de trois ans et jusqu'à cinq ans parce qu'on démarre à trois ans pour que ce soit efficient, on va évaluer. Je fais une évaluation quantitative et qualitative donc j'ai bien les deux éléments qui vont me permettre de dire si c'est quelque chose d'opérationnel, quelque chose d'efficient, quelque chose de répliquable et ça c'est le point particulièrement fort de l'article 51, parce qu'on reste pas sur quelque chose, on pense que c'est bien, mais bon, on est sur quelque chose qui a une vertu et c'est vrai que quand vous embarquez les équipes et que vous leur dites que, quelque part, ils sont un peu pionniers dans ces organisations puisqu'ils vont faire le test pour voir si ça marche et on va adapter pour essayer que ça marche, l'engouement n'est pas le même, les gens ne mettent pas la même énergie que lorsqu'on leur donne une matrice et qu'on dit voilà c'est le cahier des charges, vous le remplissez et vous me dites ce que vous pouvez faire dessus parce qu'en fait ça ne s'adapte pas c'est contraint, là c'est pas tout à fait la même philosophie.

M.L : Pour vous c'est important cette posture de pionniers ?

Dr P : En tous les cas, je peux vous dire qu'au niveau des équipes c'est très, ça suscite à la fois une envie quelque chose de très optimiste d'y aller et en même temps une responsabilité, c'est à dire qu'on prend conscience qu'on est dans un dispositif qui va permettre des évolutions pour un système de santé et donc les gens qui travaillent sur l'article 51, les porteurs de projets ce sont des gens que vous sentez investis mais parce qu'ils ont aussi cette responsabilité quelque part de participer à l'évolution de leur système de santé et je crois me rappeler que c'était la volonté du ministre qui a mis en place la LFSS 2018 que ça vienne des territoires parce que justement c'est eux qui, quelque part, sont mieux placés pour dire ce qui peut marcher et ce qui ne marche pas en fait et après c'est vrai que quand ça marche pas, forcer pour que ça rentre dans la chaussure si ça ne doit pas y rentrer, ça ne rentrera pas et si ça rentre ça rentrera de manière transitoire mais pas définitive.

M.L : Écoutez, je vous remercie grandement pour ce temps que vous m'avez accordé, pour vos réponses.

LUCAS

Mila

20/09/2024

PILOTAGE DES POLITIQUES ET ACTIONS EN SANTE PUBLIQUE

Promotion 2023-2024

L'INNOVATION PEUT-ELLE ETRE INSTITUTIONNALISEE ? ANALYSE D'EXPERIMENTATION ARTICLE 51 CONCERNANT LES PARCOURS DE SOINS.

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP

Résumé :

L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 instaure un cadre juridique générique et dérogatoire propice à l'expérimentation de nouvelles formes d'organisation et de financement.

Ce mémoire, dont la démarche est qualitative, prend racine dans un terrain de stage alterné d'une durée de 24 semaines au Ministère de la Santé au sein de l'équipe nationale dédiée au pilotage du dispositif. Le dispositif d'enquête se fonde sur de l'observation participante, sur la réalisation d'entretiens informels ainsi que sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Cette recherche est principalement nourrie par l'analyse d'expérimentations parcours à l'initiative des acteurs, qu'elles soient régionales ou interrégionales ; alors que la littérature scientifique s'intéresse surtout aux expérimentations d'initiative ministérielle.

Il s'agit d'examiner les différentes étapes du processus d'innovation article 51 de l'instruction des projets d'expérimentations jusqu'à leur institutionnalisation synonyme d'intégration dans le droit commun. La question que ce mémoire se propose de traiter est de savoir si le dispositif article 51 en tant qu'instrument d'action publique réputé innovant et porteur de changement peut permettre d'organiser et de financer un parcours coordonné et pluriprofessionnel. Il s'agit d'interroger la création d'une innovation organisationnelle et financière *via* l'outil qu'est le parcours et ce précisément en s'intéressant à la manière dont il est construit et mis en œuvre grâce aux capacités d'action offertes par le cadre dérogatoire.

Ainsi, le processus d'innovation article 51 est une activité collective et procède d'un apprentissage collectif qui vise à renouveler la démarche d'élaboration des politiques publiques en encourageant une approche transverse et collaborative, afin de transformer le système de santé.

Mots clés :

Article 51 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, innovation organisationnelle, financement, parcours de soins, parcours de santé, maladies chroniques, exercice coordonné, réforme

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.