Syndicat CFTC
La Vie à Défendre

SÉCURITÉ SOCIALE

# ARTICLE 51 LFSS 2018
# MODE D'EMPLOI

2019

# AVANT-PROPOS

*Il y a de multiples problèmes dans le système de santé français, déserts médicaux, vieillissement, inadaptation de la démographie médicale et absence de coordination des différentes professions. Pour la CFTC, ces problèmes sont en partie dus à la fragmentation des prises en charge entre les divers acteurs : fragmentation ville-hôpital, des intervenants sanitaire/social/médico-social et ainsi de suite. Or, ce que nous devons rechercher, c'est la coordination de ces acteurs, et ce, au service du patient.*

*Quelle est l'utilité de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 dans ce domaine ? En France, l'organisation des parcours et l'articulation des différents acteurs de terrain sont freinées et rendues compliquées par la tarification à l'acte et, plus généralement, par la réglementation.*

*La France dispose d'une multitude d'offres toutes très règlementées : l'offre en ville (généraliste ou spécialisée), l'offre des professionnels de santé paramédicaux en ville, l'offre des soins à domicile (plus complexes et qui répondent à des besoins spécifiques), l'offre dans les établissements médico-sociaux et celle dans les hôpitaux.*

*L'article 51 ouvre de nouvelles opportunités pour tester des approches innovantes, puisque ce dispositif permet de déroger à de nombreuses règles de facturation et de financement, applicables en ville comme en établissement hospitalier ou médico-social.*

*Avec l'article 51, ce sont autour des initiatives de terrain que vont venir s'articuler des offres. La CFTC est absolument convaincue qu'une approche comme celle-là va générer des gains importants, aussi bien en termes de qualité de pratique, d'amélioration des services à la population qu'en termes financiers.*

*L'article 51 constitue une rupture car il met en place deux nouveautés : il crée un cadre dérogatoire aux expérimentations tout en instaurant également un fonds national pour financer ces expérimentations.*

*Compter uniquement sur l'impulsion de Paris et du ministère de la Santé pour transformer le système n'est pas suffisant. Et cela, je pense que les rédacteurs de l'article 51 l'ont bien compris.*

*Christine Lecerf,*
*secrétaire confédérale sur les questions d'Assurance-maladie*

# À PROPOS DE L'ARTICLE 51

## LES ORIGINES LÉGISLATIVES

### L'ARTICLE 51

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ouvre la **possibilité à des financements novateurs, dérogatoires aux règles actuelles de tarification pour des « expérimentations organisationnelles innovantes du système de santé »** (coordination du parcours de santé, pertinence et qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale).

Cet article est le fruit d'un travail collectif entre de multiples acteurs, dont la CNAM et des acteurs de terrain. L'objectif premier est de poser un cadre qui accélère la mise en œuvre des projets décloisonnant le système de santé français et qui permette de déroger à des modes de financement sans recourir à une loi ou un décret afin d'inciter à la coopération entre les acteurs.

La loi crée ainsi un cadre pour toutes les expérimentations et c'est une grande première : on a une loi, une fois pour toutes, et il n'est plus nécessaire de passer par des vecteurs législatifs pour chaque expérimentation, comme précédemment.

### LE DÉCRET DU 21 FÉVRIER 2018

Il précise les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations ont été définies par **le conseil stratégique de l'innovation en santé**. Ce conseil, installé le 5 avril 2018 par Agnès Buzyn, suit en outre les expérimentations et, *in fine*, se prononce sur l'opportunité de leur généralisation.

### LA CIRCULAIRE DU 13 AVRIL 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévues par l'article 51 de la LFSS pour 2018

Elle précise les modalités de mise en œuvre du dispositif de l'article 51 par les agences régionales de santé. **Sont éligibles** les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins.

## DEUX TYPES D'EXPÉRIMENTATIONS

L'article 51 définit deux grands types d'expérimentations, avec un même socle de dérogations mais des nuances dans les procédures.

### LE PREMIER SOCLE CONCERNE LES ORGANISATIONS INNOVANTES

**Exemple :** la création d'équipes mixtes, composées de professionnels hospitaliers (cardiologue, neurologue, pharmacien et infirmiers) et de professionnels exerçant en ville (médecins, pharmaciens et infirmiers) pour le suivi intensif des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde, pour prévenir et dépister les complications et récidives.
**(cf : le projet d'expérimentation DiVa Dijon Vascular Project)**

### LE SECOND SOCLE COMPREND LES PRODUITS DE SANTÉ (médicaments et dispositifs médicaux)

**Exemple :** des projets ayant pour objet d'améliorer l'observance thérapeutique par le biais d'objets connectés.

**À noter !** Le cadre de l'article 51 est très souple, il y a relativement peu de contraintes pour qu'une expérimentation soit recevable. Elle nécessite uniquement une dérogation soit à des règles de financement, soit à des règles d'organisation de droit commun, soit les deux.

La durée de l'expérimentation est de 5 ans maximum.

# LE PROJET D'INNOVATION : COMMENT ÇA MARCHE ?

Les expérimentations peuvent être proposées, **soit en réponse à un appel à projet, soit à l'initiative des acteurs**. C'est l'une des grandes innovations : le dispositif ne sert pas seulement à favoriser les appels à projets des pouvoirs publics ; il permet aussi de faire remonter les initiatives de terrain, les bonnes idées *via* les ARS ou directement au niveau national.

## LA PROPOSITION DE PROJETS

Les associations d'usagers, les établissements de santé (publics ou privés), les fédérations et syndicats, les professionnels de santé, d'entreprises, les professionnels de l'aide à domicile, les organismes complémentaires ou les collectivités territoriales peuvent être porteurs de projets.

Toute personne morale voire même physique est habilitée à proposer un projet.

Les projets peuvent être déposés régionalement auprès des ARS ou à l'échelon national au rapporteur général du dispositif, placé directement auprès de la ministre.

Dans tous les cas, qu'elles soient déposées au niveau régional ou national, **le comité technique** (composé de l'ensemble des directeurs du ministère, d'un directeur général d'ARS et du directeur de l'UNCAM) **émet un avis** sur ces expérimentations, avis qui conditionne leur autorisation éventuelle.

Le projet est composé du triptyque suivant : **un porteur, des acteurs volontaires et un terrain d'expérimentation**.

### À SAVOIR ! CONSEIL STRATÉGIQUE ET COMITÉ TECHNIQUE

**Le conseil stratégique** (62 membres représentant la diversité des acteurs du système de santé) est chargé de se prononcer sur les grandes orientations du dispositif et de formuler des avis en vue de la généralisation des expérimentations. **Le comité technique** (composé de l'ensemble des directeurs du ministère, d'un directeur général d'ARS et du directeur de l'UNCAM) émet un avis sur ces expérimentations qui conditionne leur autorisation éventuelle. Il examine notamment leur mode de financement et leurs modalités d'évaluation et détermine leur champ d'application territorial.
En région, les agences régionales de santé (ARS) pilotent le dispositif en lien avec le réseau de l'assurance maladie.

## LA RÉPONSE À UN APPEL D'OFFRES

Le comité technique et les agences régionales de santé peuvent également être amenés à lancer un appel à manifestation d'intérêt afin de co-construire avec des acteurs de terrain un projet de cahier des charges répondant au mieux aux préoccupations et tenant compte des contraintes existantes.

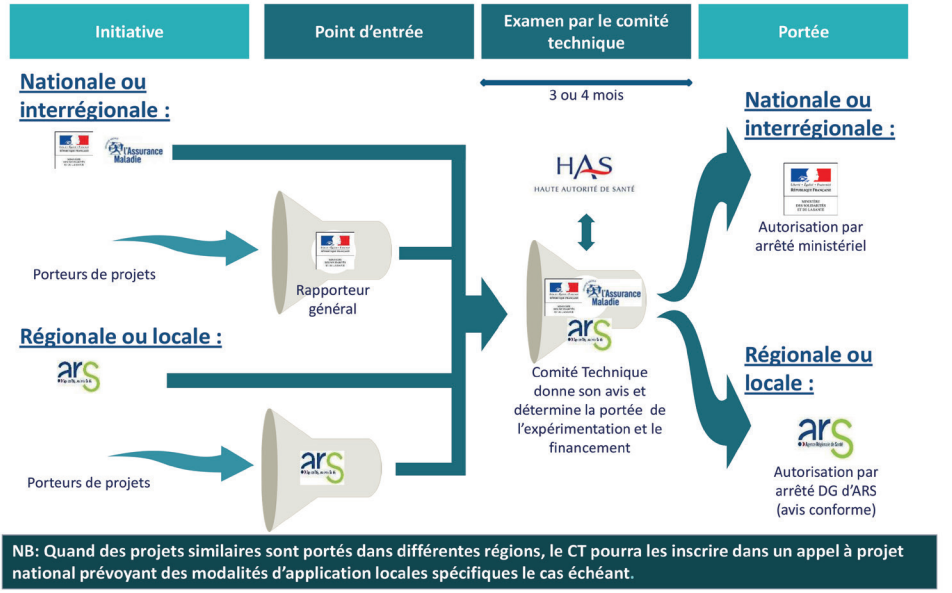
Le projet de cahier des charges est alors rédigé par un groupe de travail composé de personnel administratif et d'acteurs de terrain de la santé, du médico-social et du social pour établir l'appel d'offre.

Les acteurs sélectionnés seront autorisés à participer à l'expérimentation, après sélection par l'ARS et l'avis favorable du comité technique,

- par un arrêté du directeur général de l'ARS, si l'expérimentation est locale ou régionale ;
- par un arrêté interministériel, si l'expérimentation est interrégionale ou nationale.

Dans tous les cas (appel à projet national ou régional), les acteurs souhaitant participer à l'expérimentation doivent envoyer leur candidature à l'agence régionale de santé compétente.

## La procédure pour les organisations innovantes




Source : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/conseil_strategique_de_l_innovation_en_sante_du_5_avril_2018.pdf

### ET LES CPAM ET LES MANDATÉS CFTC DANS TOUT ÇA ?

Pour le moment, le dispositif reste majoritairement du ressort des ARS et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), mais les 101 caisses primaires sont à l'écoute des innovateurs qui veulent confronter leur projet et comprendre ce que pourrait être un autre modèle tarifaire. La CFTC souhaite que les porteurs de projets rencontrent plus systématiquement les directeurs des caisses primaires et le Conseil de la CPAM. **La CFTC encourage également ses mandatés à s'informer des projets en cours dans leurs départements afin d'impliquer davantage le Conseil sur le suivi de ces projets.**

## QUEL SONT LES CRITÈRES DE SÉLECTION ?

L'article 51 introduit **4 critères de sélection** des projets :

- la **faisabilité** de l'expérimentation,
- sa **reproductibilité**, c'est-à-dire que ce que l'on teste sur un territoire va être généralisable à l'ensemble du territoire national,
- son caractère **innovant**,
- son **efficience**.

Il ne s'agit pas d'expérimenter pour expérimenter mais de pouvoir en tirer une innovation organisationnelle capable d'améliorer la coopération entre les professionnels de santé.

### CE QU'EN PENSE LA CFTC

La CFTC estime que le critère de reproductibilité n'est pas vraiment pertinent dans la mesure où chaque projet n'a pas forcément vocation à être généralisé à l'échelle nationale. Penser que tous les territoires sont identiques est une erreur fondamentale alors que l'essence même de l'article 51 est de donner la priorité au acteurs locaux pour apporter l'innovation.

# LES DÉROGATIONS, QUELLES SONT-ELLES ?

## LES RÈGLES DE DÉROGATIONS AU FINANCEMENT DE DROIT COMMUN

Ce sont les plus nombreuses. Il s'agit :

- des règles de facturation pour les professionnels ou les établissements de santé,
- des règles de tarifications des établissements de santé et les règles de remboursement, c'est-à-dire de la prise en charge par l'assurance maladie pour les patients,
- des règles de prise en charge des produits de santé,
- des règles de paiement direct des honoraires par le malade.

**Par exemple :** la création d'un **paiement à l'épisode de soins** consistant à ne plus financer au coup par coup un acte et un professionnel mais l'ensemble des professionnels de santé publics et privés impliqués dans le parcours de soins du patient de façon forfaitaire avec une enveloppe unique, incluant tant l'acte chirurgical en lui-même, que les consultations de pré-hospitalisation, les soins et le suivi postopératoire ou le matériel médical.

## LES RÈGLES DE DÉROGATION AUX RÈGLES D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Elles sont moins nombreuses. Il s'agit :

- du partage d'honoraires entre professionnels de santé,
- de la définition des missions des établissements de santé en ce qui concerne les prestations d'hébergements non médicalisés (communément appelées hôtels hospitaliers),
- les autorisations d'activité de soins et d'équipements de matériels lourds (cette dérogation permet d'autoriser des groupements d'établissements de santé, de professionnels ou une combinaison des deux),
- la dispensation à domicile des dialysats qui déroge au régime juridique des pharmacies.

En faisant fi de ces dispositions, il devient possible de trouver des organisations nouvelles qui bénéficient au patient. Ce dernier reçoit ainsi des soins de meilleure qualité, plus adaptés et mieux coordonnés.

L'article 51 n'impose pas d'autres exigences au-delà de ce cadre juridique afin de laisser de la liberté aux acteurs qui souhaitent faire financer leurs projets. On le comprend bien, l'objectif de l'article 51 n'est pas seulement de simplifier les expérimentations, mais de faire évoluer le nœud résultant de la connexion organisation/financement, lequel bloque la transformation du système.

## COMMENT SONT FINANCÉS LES PROJETS ?

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 a créé **le fonds pour l'innovation du système de santé, le FISS**. Le FISS finance l'évaluation (faisabilité) et les rémunérations dérogatoires des expérimentations. Il peut contribuer au financement des éventuels coûts d'amorçage et d'ingénierie pour les projets nationaux. Les financements de l'expérimentation relevant du droit commun restent inchangés (tarifs fixés nationalement par l'Assurance maladie).

Pour les projets régionaux, **le fonds d'intervention régional (FIR)** peut également être mobilisé, notamment pour un appui au porteur de projet.

Le comité technique se prononce sur l'éligibilité des expérimentations au FISS.

### À NOTER !

Le texte de loi a vocation à constituer un cadre pérenne pour les porteurs de projets. Ces derniers seront accompagnés tout le long de l'élaboration de leur expérimentation. 20 à 30 millions d'euros sont mobilisés. Une fois le fonds épuisé par les expérimentations en cours, il sera possible de le réapprovisionner.

# LES PROJETS EN COURS

De nombreux projets ont été déposés au niveau national et régional par des établissements de santé (publics ou privés), des professionnels de santé libéraux, des associations, des entrepreneurs. D'autres sont attendus. Les expérimentations sélectionnées seront mises en œuvre après autorisation par arrêté interministériel pour les expérimentations nationales ou par décision du directeur général d'ARS pour les expérimentations régionales après avis du comité technique de l'innovation en santé.

# EXEMPLES DE PROJETS EN COURS

## LE PROJET D'EXPÉRIMENTATION « AMÉLIORATION DE LA SANTÉ D'UN PATIENT SOUFFRANT D'OBÉSITÉ » (ENMO)

Le projet est porté par une équipe de médecin nutritionniste, infirmière, diététicienne et psychologue spécialisés de Bourgogne-Franche Comté. Le projet vise à améliorer la prise en charge et surtout le suivi du patient obèse. Un programme spécifique pour les personnes présentant un trouble du comportement alimentaire a été envisagé. Ce parcours médico-éducatif est renforcé par une plateforme pédagogique rendant l'usager actif au cœur de son parcours.

## LE PROJET D'EXPÉRIMENTATION DIVA (DIJON VASCULAR PROJECT) de suivi intensif commun des accidents vasculaires cérébraux et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux

L'expérimentation a pour objet d'améliorer le suivi des patients victimes d'accident vasculaire cérébral et d'infarctus du myocarde, notamment en luttant contre les récidives et en améliorant la prévention. Le projet modifie les règles de rémunération des professionnels de santé en proposant une forfaitisation de la prise en charge sur un parcours de 24 mois. Ce ne sont plus des actes isolés mais un parcours de soins entier, avec des équipes mixtes composées de professionnels hospitaliers (cardiologue, neurologue, pharmacien et infirmiers) et de professionnels exerçant en ville, qui est rémunéré.

# EXEMPLES D'APPELS D'OFFRES EN COURS

## FINANCEMENT À L'ÉPISODE DE SOINS

Dans le cadre de l'article 51, plusieurs appels d'offres ont été lancés pour tester et mettre en œuvre un paiement groupé des acteurs pour une prise en charge coordonnée et intégrée d'un épisode de soins (en amont, pendant et après l'hospitalisation).

Les bénéfices attendus de ce type d'expérimentations sont de favoriser la coordination des acteurs en dehors et au sein des hôpitaux tout en intégrant l'évolution des pratiques professionnelles. Il s'agit également de prendre en compte l'expérience des patients pour améliorer les prises en charge. Ces derniers étant amenés à évaluer le dispositif innovant après leur prise en charge.

**Exemple :** l'expérimentation relative au parcours de soins et à la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe. L'objectif est de forfaitiser la prise en charge en radiothérapie (qu'elle ait lieu en ville ou en établissement de santé), par technique et sur l'ensemble de l'épisode de soins (incluant la consultation initiale avec le radiothérapeute, la préparation à l'irradiation, les séances d'irradiation, les consultations de suivi et allant jusqu'à la consultation de fin de traitement).

## INTÉRESSEMENT À UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE

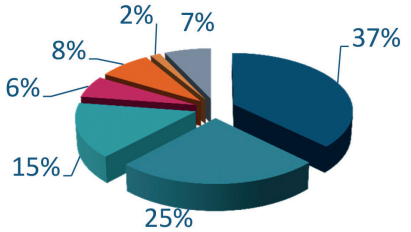
D'autres appels d'offres ont été lancés pour des intéressements à une prise en charge partagée. L'idée est d'**octroyer un versement complémentaire aux modes de rémunération principaux** (à l'acte ou à l'activité). Ce versement est non-substitutif. La non-atteinte des objectifs n'entraîne **pas de sanction financière** afin de renforcer le **caractère strictement incitatif du dispositif**.

**Exemple :** expérimentation relative à la prise en charge des personnes atteintes de douleurs chroniques L'objectif est de permettre au médecin généraliste de ville d'initier le parcours du patient douloureux (détection et orientation). Il s'agit donc en termes de financement de permettre au généraliste d'avoir le temps de coordonner l'initiation du parcours et de réaliser la détection, les examens complémentaires, le courrier d'accompagnement et l'adressage en structure spécialisée via un temps de consultation aménagé et de former les médecins généralistes à l'initiation de ce parcours puis à la prise de relais.

# BILAN

Un premier bilan de la mise en œuvre du dispositif d'expérimentations innovantes en santé a été dressé en janvier 2019. Cependant, de par la jeunesse de ce dispositif, il est encore difficile d'évaluer les effets de ces innovations organisationnelles sur l'amélioration du système de santé. Dans tous les cas, l'article 51 a suscité de l'enthousiasme de la part des acteurs de santé qui s'en sont massivement emparés. Ainsi, on recensait plus de **374 projets** formalisés auprès des ARS en décembre 2018. Plus intéressant encore, ces projets semblent vouloir s'attaquer aux insuffisances profondes de notre système de soins, **pour une prise en charge cordonnée des maladies chroniques, une amélioration du parcours de soins et de la communication ville/ hôpital**.

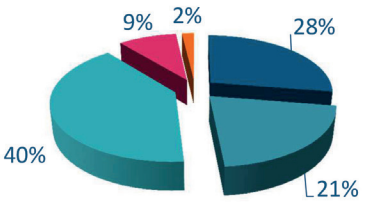
## POUR QUELS TYPES DE POPULATION SONT MONTÉS CES PROJETS ?




**Cible les maladies chroniques dans 37% des cas et les personnes âgées dans 15%**

- Personnes atteintes de maladies chroniques
- Population générale
- Personnes âgées
- Enfants et/ou jeunes
- Personnes en situation de handicap
- Personnes en situation d'addictions
- Autres

## QUELS SECTEURS DE SANTÉ SONT VISÉS ?

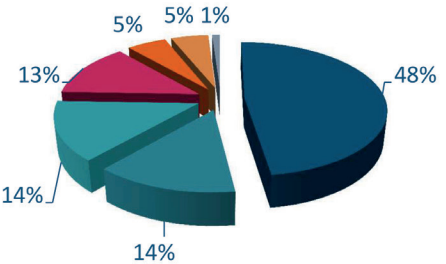



Projet ville hôpital dans 40% des cas

**Secteurs**

- Ambulatoire
- Hospitalier
- Ville/Hôpital
- Médico-social
- Non précisé

## QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CES PROJETS ?




Coordination/exercice coordonné/parcours pour la moitié des projets

- Coordination, parcours, exercice coordonné
- Autres
- Accès aux soins
- Outils ou services numériques dont télémédecine
- Prévention
- Séquence de soins
- DM

Source : Conseil stratégique d'innovation en santé 24 janvier 2019

# PREMIER BILAN FINANCIER

Il est encore difficile de dresser un premier bilan financier dans la mesure où nous n'en sommes qu'aux prémices de l'article 51 depuis sa création il y a deux ans. Néanmoins, fin 2018, le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et le fonds d'intervention régional (FIR) étaient respectivement dotés de 20 et 5 millions d'euros sur les 30 millions attendus.

Le dépenses pour ces deux fonds s'établissaient de la manière suivante :

- FISS : 0,5 M € - accompagnement/ingéniérie
- FIR : 2 M € - accompagnement/ingéniérie

### CE QU'EN DIT LA CFTC :

La CFTC souhaite qu'au moment d'évaluer l'application des projets, celle-ci intègre également la capacité de ces innovations à apporter des réponses aux transformations structurantes que notre système de santé connait (vieillissement, accès aux soins, maladie chroniques etc.). L'évaluation ne doit pas être uniquement centrée sur les gains financiers qu'engendreraient ces projets.

# CONCLUSION

L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 doit promouvoir et accompagner la création d'expérimentations visant à améliorer le parcours des patients et le système de santé. Toutefois, si l'on veut que ces dispositifs fonctionnent efficacement, établissements de santé (privés ou publics), associations, professionnels de santé, patients ou encore entrepreneurs, devront véritablement travailler main dans la main.

L'article 51 est un signal très positif envoyé aux acteurs de terrain. Il témoigne d'une réelle volonté de faire émerger des projets innovants, mais il ne saurait se substituer aux acteurs eux-mêmes pour une plus grande coordination et un meilleur suivi autour du patient.

# POUR ALLER PLUS LOIN

**Textes législatifs :**

- Article 51 de la loi de financement de Sécurité sociale 2018

**Textes d'application :**

- Décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la Sécurité sociale
- Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018

Avril 2019 - Rédaction : Lorenzo Lanteri - Maquette : Céline Dulauroy - Crédit : Elenabsl - Impression : Imprimerie de la Centrale Lens