

Quelques éléments de réflexion à l'issue de la journée des porteurs de projets article 51 du 23 novembre 2022

Cette journée a lieu **4 années** après l'adoption dans le PLFSS 2018 de l'article 51. Le dispositif a établi des règles et une forme de routine. Depuis le lancement des expérimentations, un travail très important a été abattu. Il faut le saluer d'autant que ce travail est le plus souvent invisible (réalisé en cuisine en quelque sorte). Formaliser, modéliser, intégrer toutes les dimensions (SI, statut, RH, financement, circuit de financement, et suivie de la montée en charge des projets). C'est du travail-pour les expérimentateurs, ceux qui les aident à monter les projets et ceux qui les évaluent. La journée du 23 novembre, l'affluence et la grande diversité des projets présentés comme la richesse des ateliers capitalisation et regards croisés ainsi que la consultation du rapport d'activité 2022 en témoignent.

Le processus lui-même de l'article 51 est en apprentissage et adaptation régulière. Ainsi l'organisation de la journée du 23 novembre 2022 a tenu compte des remarques et propositions qui avaient été formulées à la journée de 2021 (il était notamment demandé plus de temps d'échanges et une approche plus transversale des projets). Les ateliers de capitalisation et de retour d'expériences ont été conçus en ce sens. Les thématiques abordées témoignaient de l'avancée dans les expérimentations et de la confrontation à des thématiques multiples dans les terrains d'expérimentations dont une partie vont arriver à échéance en 2023 et 2024. (Comment mettre en mouvement les professionnels de santé ? Comment s'appuyer sur le déploiement des SI ? comment réussir à développer et stabiliser les relations villes-hôpital en région ? le regard des évaluateurs sur l'évaluation etc..). Il n'a pas été possible d'assister à tous les ateliers qui se tenaient en simultané, mais ceux auxquels le rédacteur de cette note a participé se sont avérés très participatifs et riches en informations. Les discours étaient souvent positifs mais les difficultés rencontrées comme les problèmes étaient identifiées et débattues ce qui témoigne d'une démarche qui se veut également une démarche d'apprentissage collective. La capitalisation de ce vaste programme que l'on peut qualifier de recherche action est engagée. La pérennisation du dispositif de l'article 51 tiendra compte des échanges de ces ateliers comme de la capitalisation des résultats issus de rapports d'évaluations intermédiaires comme finaux.

Cette note rappelle dans un premier temps les caractéristiques de la démarche d'expérimentation portée par l'article 51 qui en font un dispositif original porteur de transformations potentiellement importante de l'action publique en santé. Dans un deuxième temps nous situons cette démarche de transformation de l'organisation et du système de soins dans les temps propres aux transformations du système de santé et de la culture professionnelle d'une part et d'autre part au regard du temps de l'action politique en santé qui est aujourd'hui très marqué par un contexte de crise et d'action urgente en lien avec la pénurie de ressource humaine. Enfin nous évoquerons plusieurs questionnements pour la suite.

1 - Le cadre expérimental de l'article 51 constitue une approche de de transformation du système de soins Nouvelle, Ambitieuse et Exigeante.

Démarche nouvelle, car c'est la première fois (à ma connaissance) qu'un cadre général est institué par voie législative très largement ouvert aux acteurs du système de santé pour proposer de nouvelles organisations de travail visant à améliorer le service rendu avec la caractéristique de déroger au droit commun notamment dans leur mode de financement. Ce cadre propose une aide méthodologique pour modéliser l'organisation dans ses différentes dimensions (processus de travail, mode de rémunération, critères d'évaluation) et impose une évaluation systématique. Ce dispositif permet ainsi l'émergence et la mobilisation d'acteurs nouveaux souvent très créatifs (groupes de professionnels

souvent libéraux comme les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers libéraux mais également des associations d'acteurs de la ville et l'hôpital, d'ingénieurs et de professionnels de santé ou des opérateurs privés). L'importance des thèmes comme ceux de la dénutrition, la lutte contre l'obésité ou l'amélioration de l'accès aux soins montre également que le cadre de l'article 51 permet de déployer de façon très concrète et opérationnelle des actions et interventions visant à améliorer la santé par la prévention en modifiant et en valorisant de nouvelles pratiques professionnelles. Une nouvelle façon de faire de la santé publique ? Enfin, la nouveauté réside également dans les pratiques administratives qui se croisent et se rapprochent entre les pratiques de l'assurance maladie et celles de l'état, mais également entre l'administration et le monde professionnel (partage des données, co-construction et accompagnement plutôt que la seule application de circulaires).

Démarche ambitieuse, car il est annoncé d'emblée que le projet est de généraliser les innovations qui vont faire la démonstration de leur efficacité et de leur efficience. L'objectif est de s'appuyer sur les expérimentations pour introduire des changements à l'échelon du système et de façon durable. Les expérimentations sont conçues comme des prototypes qui pourraient être répétés ou étendus. Le travail de modélisation et d'évaluation qui est mené de façon approfondie est justifié par cet objectif.

Démarche exigeante, car il faut passer de l'idée à la formalisation détaillée, de la formalisation à la réalisation puis à l'évaluation. Rappelons que l'évaluation vise à porter un jugement sur une action/réalisation/organisation afin d'aider à la décision de pérennisation, généralisation ou arrêt de l'expérimentation. Il y a donc une prise de risque. En effet, évaluer c'est risqué. C'est risqué pour celui qui est évalué car cela peut conduire à une déception, l'arrêt ou la réorientation d'un projet, la fin des contrats de travail des personnes recrutées etc.. C'est également une prise de risque pour les évaluateurs qui se retrouvent souvent pris entre plusieurs feux, souvent pressés par le temps et en position de devenir le bouc émissaire. Enfin, l'évaluation est également risquée pour le décideur et ce d'autant plus que l'évaluation est publique car il doit alors expliciter et assumer la décision prise au regard des éléments factuels produits par l'évaluation de façon plus explicite et argumentée. Mobiliser systématiquement la démarche d'évaluation et rendre publics les résultats, c'est prendre finalement l'évaluation, comme processus et comme résultat, au sérieux. L'évaluation ne permet généralement pas (surtout dans des délais courts) d'épuiser les questionnements et de répondre de façon définitive aux questions posées. Mais elle permet de mieux poser les questions, comprendre ce qui est en jeu, dégager des tendances et surtout de dialoguer entre parties prenantes (payeur, régulateur, professionnels, patients...). Ce travail d'échange constitue également un processus de transformation qui peut faire émerger de nouvelles façons de gouverner (bâtir un accord à partir d'éléments factuels, de critères co-construits, partager l'information, dialoguer) et de mieux comprendre les pour chacun les contraintes de l'autre.

2 – L'enjeu de la gestion simultanée des temps de la transformation nécessairement longue et de la réponse aux urgences politiques et du terrain beaucoup plus court

4 ans cela peut paraître court au regard d'autres démarches expérimentales de transformation du système de santé. Prenons l'exemple du PMSI qui a bien mis plus de 20 ans à s'installer en routine au travers de la création des DIM après son importation des US (Yale) au début des années 80. C'était un outil de gestion plutôt qu'une innovation organisationnelle mais cet outil a embarqué l'organisation. De même, au regard de la longue expérience des réseaux de soins nés dans le contexte de l'épidémie de sida, qui ont été déployés de façon très variées (circulaires administratives, réseaux « Soubies » en 1996) pour finalement être abandonnés par défaut de doctrine et également une absence de

continuité dans la politique publique¹. Plus proche de nous, on peut évoquer les maisons de santé qui sont apparues au début des années 2000, qui ont fait l'objet d'une expérimentation de nouveaux modes de rémunérations initiée en 2008/2009 et qui a débouché sur un Accord Conventionnel interprofessionnel en 2015 (s'agit-il d'une généralisation ? on peut penser que oui mais je mets cela au débat). Le projet Asalee né en 2003 (dans le cadre des expérimentations dites « Berland de coopération entre professionnels ») et qui 20 ans plus tard est devenu une organisation employant plus de 1000 ETP infirmières travaillant auprès de plus de 5000 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire français. Les IPA également, expérimentées entre 2003 et 2008 dans le cadre des expérimentations Berland, qui ont été véritablement introduites dans la loi en 2016 et qui se déploient aujourd'hui non sans difficultés. Donc du point de vue la transformation effective du système de soins (et encore, l'effet de transformation du système reste encore souvent parcellaire) il semble bien au regard des expériences passées que la quinzaine d'années soit l'horizon plus réaliste que 4 années. Donc 4 années c'est finalement assez court pour produire plus d'une centaine de projets dont il va être possible dans un ou deux ans de se prononcer sur la faisabilité et idéalement la possibilité de généralisation.

Mais 4 années cela peut paraître également assez long, surtout si l'on est dans un cadre de pandémie dans lequel il faut agir très vite et qui a montré qu'il était possible d'adopter de façon accélérée des innovations longtemps freinée voire empêchées (téléconsultation, contact tracing, centres de dépistages, mise en place de SIDEP, puis centres de vaccination etc...). Mais cela est également court dans un cadre post pandémique avec un épuisement des professionnels certain, massif et une grande lassitude, un retard de soins à combler qui accélèrent les tensions bien connues et annoncées depuis longtemps sur l'offre de soins de moins en moins disponible.

Changer durablement et en profondeur tout en répondant aux exigences de l'action immédiate nécessaire. C'est le défi auquel est confronté le système de santé et ses acteurs. C'est également dans ce contexte qu'il faut replacer toute la démarche de l'article 51 aujourd'hui.

Agir vite, agir de façon pragmatique et différenciées selon les ressources, les problèmes et les initiatives locale pour garantir à tous sur le territoire un égal accès aux services de santé. Le HCAAM dans son dernier avis et rapport sur les soins de proximité montre que dans de nombreux territoires cela est possible et recommande mobiliser les solutions déjà existantes en cherchant à éviter la concurrence par la concertation à l'échelon territoriale notamment départemental. Il semble bien que certaines expérimentations de l'article 51, notamment quand elles facilitent l'accès aux soins (dentaires par exemple) améliorent la satisfaction au travail des soignants et diminuent le recours à l'hôpital comme l'expérimentation équilibres (sous réserve des résultats de leur évaluation) paraissent pouvoir être assez facilement répliquées.

Dans une perspective de changement de moyen/long terme telle qu'elle est dessinée dans la loi de 2019 en visant la gradation des soins et l'intégration horizontale des acteurs de la proximité, les expérimentations articles 51 trouvent également toute leur place. La très forte impulsion qui a été donnée avec la création et le financement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé en 2019 pour organiser les soins a un installé un cadre nouveau qui peut s'articuler de façon très synergique avec les expérimentations article 51. L'accord conventionnel interprofessionnel national qui définit les objectifs et les indicateurs des CPTS comme leur budget, et qui pour le coup ne relève pas du tout d'une démarche expérimentale puisqu'elle a été généralisée d'emblée, peut constituer un

¹ A bien des égards, la démarche de l'article 51 évoque la démarche d'expérimentation des réseaux de soins des années 90 mais dans une forme beaucoup plus élaborée avec une volonté politique explicite de transformation du système de santé.

espace propice d'articulation avec des démarches portées par des projets d'actions collectives telles qu'envisagées dans la démarche IPEP. Un atelier de capitalisation était d'ailleurs consacré à cette thématique. Les CPTS ont été également régulièrement évoquées par les acteurs porteurs d'expérimentation dans les différents ateliers (la mise en mouvement des professionnels de santé ou les relations ville hôpital). La structuration collective des acteurs libéraux sanitaires et sociaux dans un cadre d'action territorial qui est l'enjeu des CPTS constitue un cadre propice au déploiement et à la généralisation des innovations organisationnelles. Ces dernières visent le plus souvent à améliorer les services rendus au patient par le développement d'actions de coordination et/ou de prévention en agissant le plus souvent par le biais des acteurs à un échelon local (celui des CPTS et des Etablissements Publics de Coopération Intercommunale -EPCI).

Le dispositif de l'article 51 arrive au moment délicat de la production des premiers rapports d'évaluation et de la fin des premières expérimentations. La question de l'issue et donc de la décision de généraliser, poursuivre ou arrêter se pose. Le Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé (CSIS) va être en situation de donner un avis. Il paraît opportun de réinterroger et éventuellement adapter l'ensemble du processus d'expérimentation à l'aune des changements induits par la loi de 2019 mais également la « crise » actuelle de la ressource humaine et de l'urgence à agir pour maintenir l'accès aux soins primaires comme secondaire dans les territoires. A ce titre le CSIS pourra être amené à préciser les critères de jugement et leur pondération à la lumière de ces enjeux.

Inversement, les expérimentations de l'article 51 permettent en miroir d'interroger et également adapter les mesures de transformations engagées dans le plan ma santé 2022 sur le numérique (e-parcours, rôle et optimisation des Grades), la réforme de la formation, le déploiement des DAC et leur articulation avec les projets (notamment pour les situations complexes) et plus récemment le SAS.

Le processus de l'article 51, en offrant la possibilité à de nombreux acteurs professionnels « innovateurs » porteurs de désirs de transformation de leurs pratiques ou de la reconnaissance de leurs pratiques innovantes souvent restées sous les radars et marginales car bricolées, permet également de redonner du sens à l'action des professionnels de santé « innovateurs ». Plusieurs réflexions entendues dans les ateliers ou à l'occasion d'échanges en témoignent. « Le plaisir est essentiel pour consolider et stabiliser les relations ville-hôpital », « On se dit les choses, on cherche des solutions sans jugement ». L'importance de revenir au patient et au service rendu revient également dans les échanges sans que les modalités en soient détaillées. De mêmes plusieurs éléments facteurs clés de succès bien connus, mais trop souvent oubliés, ont été rappelés. Ainsi le rôle central de la formation comme moyen de construire du collectif et de l'organisation est bien identifié « on pense ensemble sur des situations complexes ». La formation comme moyen de se mettre à niveau sur des situations ou pathologies est également évoquée. Les participants aux ateliers formulent également très bien l'installation progressive de formes de régulation collectives « nous avons une charte d'engagement implicite entre nous » qui dessinent ce qui me semble être le support de cette notion un peu générale de « responsabilité populationnelle ». Le rôle également de l'évaluation a été envisagé comme élément favorisant la stabilisation du travail collectif témoignant ainsi de son intérêt comme outil d'apprentissage et d'appropriation de l'organisation par les participants en complément du jugement externe.

En conclusion, nous pouvons retenir quelques pistes pour la phase de l'évaluation et les enjeux liés à la généralisation.

La décision de généraliser et/ou pérenniser des expérimentations devra se faire comme toute décision publique avec un ensemble de paramètres dont les résultats de l'évaluation. L'évaluation ne permettra probablement pas, sauf quand l'expérimentation a manifestement échoué à fonctionner,

de répondre seule à la question de la généralisation. C'est toujours le cas, et en fonction de l'urgence à agir, on peut envisager soit de pérenniser les expérimentations le temps de consolider les éléments de preuve par l'évaluation soit de généraliser en maintenant un suivi et une évaluation au cours de l'eau permettant de réorienter l'organisation en fonction des résultats (un peu comme un traitement médicamenteux que l'on met sur le marché et qui fait l'objet de pharmacovigilance).

En changeant notre focale, c'est le processus même de l'instruction, sélection, élaboration des innovations et projets « articles 51 » qui pourrait être adapté en fonction des résultats des évaluations. Les résultats négatifs sont souvent très féconds et riches d'enseignement. La capitalisation devrait pouvoir les concerner. Le projet a-t-il été mal conçu ? Pouvait-on repérer en amont (évaluation *ex ante*) comme étant destiné à ne pas fonctionner ? Comment expliquer ce qui n'a pas fonctionné ? Comment en tenir compte pour évaluer de nouveaux projets ? Comment aller plus vite pour monter un article 51 quand il y a urgence (par exemple quand il n'y pas plus assez de médecins) ? Ne peut-on pas imaginer des procédures d'instructions plus rapides ? Autant de questions qui peuvent permettre d'affiner un dispositif qui est manifestement voué à se pérenniser. Les changements induits dans les pratiques administratives également sont à évaluer et peuvent être envisagés comme un résultat de l'expérimentation sur lequel capitaliser et verser au sujet de la transformation de l'action et de la fonction publiques. A ce titre un rapprochement avec le ministère du même nom pourrait être envisagé (c'est peut-être d'ailleurs déjà le cas).

Le processus article 51 est de grande ampleur et à la hauteur des enjeux de transformation du système de santé qui sont devant nous. Il a toute son utilité dans le processus de transformation engagé car il s'appuie beaucoup sur les acteurs de terrains et est rigoureux ce qui lui donne une forte légitimité et une forte possibilité de dissémination. Les expérimentations articles 51 inscrites dans la LFSS 2018 prennent place désormais, depuis la loi de 2019 dans un cadre qui donne une cible pour transformer le système de santé à 15/20 ans. S'il va permettre de bâtir des outils divers mobilisables selon les contextes, il constitue également un processus d'apprentissage à soutenir, adapter et articuler avec les autres leviers de transformation aujourd'hui mobilisés.

Dès lors nous pouvons conclure ces premières réflexions en citant W Churchill

"Now, this is not the end. It is not even the beginning of the end. But it is, perhaps, the end of the beginning"