

VERSION N°2

RAPPORT POST-ABANDON DU PROJET COOPERINAT PORTE PAR HOSPI GRAND OUEST

27/10/2021

Rapport de l'étude - ajusté



SOMMAIRE

1 - Projet Coopérinat : rappels du projet et de ses ambitions.....3

1.1 - EN BREF	3
1.2 - ENJEUX ET OBJET DU PROJET	3
1.2.1 - Principes structurants	3
1.2.2 - Description de l'expérimentation	4
1.2.3 - Volonté des acteurs	4

2 - Constats et objectifs de l'étude5

2.1 - CONSTATS.....	5
2.2 - OBJECTIFS ET MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE	7

3 - Points de tension autour du projet8

3.1 - SYNTHESE DES POINTS DE TENSION AUTOUR DU PROJET	8
3.2 - DETAIL DES POINTS DE TENSION AUTOUR DU PROJET	9
3.2.1 - Relatifs à l'organisation expérimentale du parcours de périnatalité.....	9
3.2.2 - Relatifs à la rémunération du parcours.....	16
3.2.3 - Relatifs au pilotage du projet.....	17
3.3 - DEMARCHE DES PORTEURS FACE AUX POINTS DE TENSIONS IDENTIFIES	19

4 - Enseignements dans le cadre de la démarche article 5120

4.1 - LA PLACE POUR LA CONCERTATION DANS LA DEMARCHE D'INNOVATION PEUT ETRE INTERROGEE	20
4.2 - LE ROLE DES INSTITUTIONNELS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PORTEURS D'UN ARTICLE 51 PEUT ETRE PRECISE.....	22
4.2.1 - Renforcement de l'accompagnement institutionnel local par les ARS.....	23
4.2.2 - Construction d'un leadership fort et continuité dans l'animation de projet	23
4.2.3 - Soutien juridique et apport de compétences spécifiques	24
4.3 - LA REMISE EN QUESTION DE LA MEDECINE A L'ACTE DANS LA DEMARCHE ARTICLE 51 NECESSITE D'ETRE ANTICIPEE.....	24

1 - Projet Coopérinat : rappels du projet et de ses ambitions

1.1 - EN BREF

Titre de l'expérimentation	Projet d'expérimentation d'un parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique.
Porteur(s)	Groupe mutualiste HOSPI GRAND OUEST (HGO)
Partenaire(s)	Professionnels libéraux (notamment les sages-femmes libérales)
Territoire concerné	Région Bretagne et Pays de la Loire
Nature du projet	National
Cible	Femmes enceintes, grossesse physiologique
Objectifs principaux et opérationnels du projet	L'objectif principal est d'améliorer la prise en charge des femmes suivies pour grossesse physiologique en leur proposant un parcours personnalisé, centré sur les sages-femmes et coordonné entre la ville et l'hôpital, et ce aux différentes étapes de leur suivi : pré, per et post accouchement.
Date et durée d'autorisation	28 janvier 2020 pour 3 ans à compter de la 1 ^{ère} prise en charge
Durée	3 ans à compter de la prise en charge de la première parturiente

1.2 - ENJEUX ET OBJET DU PROJET

1.2.1 - Principes structurants

L'enjeu principal du projet portait sur l'amélioration de la **qualité de la prise en charge des femmes durant leur grossesse**. L'expérimentation souhaitait répondre à un certain nombre de constats tels que :

- Évolution peu favorable du contexte des grossesses : vieillissement, obésité, diverses pathologies liées à de mauvaises conditions de vie (tabagisme, mauvaise alimentation, déficit d'activité physique, ...), chômage des futures mères, ...
- Surconsommation de soins en phase prénatale (échographies, consultations en urgence) mais faible utilisation de l'entretien prénatal précoce,
- Faible participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, notamment pour les multipares,
- Absence de financement d'activités de coordination et faiblesses constatées dans les liens entre les acteurs du parcours,
- Augmentation du nombre de sages-femmes et renforcement de leur implication dans le suivi des grossesses.

Le modèle expérimental était fondé sur trois principes structurants :

- **Evolution du modèle de prise en charge** : mise en place d'un nouveau modèle centré sur un suivi par les sages-femmes (libérales et salariées), dont la population s'étoffe afin de permettre aux ressources médicales, en ville ou dans les établissements de santé d'être mieux valorisées pour la prise en charge des grossesses pathologiques ou à risque.
- **Enrichissement de l'offre** : élargissement de l'offre classique en proposant des actes/actions non financés dans le droit commun (ex : ateliers tabacologie, ateliers allaitement, coordination de parcours de périnatalité, etc.).
- **Financement au forfait** : mise en place d'un parcours complet associé à un forfait par séquence de soins permettant la rémunération des intervenants et la mobilisation de fonctions de coordination.

1.2.2 - Description de l'expérimentation

Le projet consistait en la mise en œuvre d'un modèle de prise en charge expérimentale associant :

- **Un parcours ville-hôpital personnalisé et coordonné**, centré sur les sages-femmes et initié lors de l'entretien prénatal précoce :
 - S'appuyant sur un réseau de sages-femmes libérales référencées
 - Basé sur la création d'une fonction de coordination en charge de :
 - L'animation du réseau de sages-femmes mise en œuvre,
 - La coordination des activités de soins et le suivi des femmes incluses dans l'expérimentation.
 - Définit à partir de 5 parcours types, impliquant différemment les ressources de la clinique et les ressources libérales,
 - Permettant la participation dans le parcours d'autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux en fonction des contextes et besoins des femmes.
- **Un triple forfait à l'épisode soins** :
 - Variant selon les 5 parcours,
 - Construit sur la base de deux-trois séquences pour chacun des types de parcours : prénatal, accouchement, postnatal.

L'expérimentation de ce modèle devait initialement durer 3 ans et porter sur un panel de 750 femmes suivies pour une grossesse physiologique dans les 3 maternités du groupe Hospi-Grand-Ouest (HGO).

1.2.3 - Volonté des acteurs

Plusieurs objectifs étaient poursuivis par les acteurs impliqués dans le projet :

- Accorder une place centrale aux sages-femmes dans la prise en charge des parturientes,
- Mettre l'accent sur une personnalisation des parcours de soins, basée sur l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement des vulnérabilités,

- Permettre une prise en charge globale des femmes et valoriser :
 - l'activité réalisée aujourd'hui mais non financée par l'assurance maladie (ex : Nesting¹, nutrition, allaitement, etc.),
 - certaines consultations spécifiques (ex : psychologie, diététique, alcoologie, etc.),
 - l'évaluation postnatale précoce,
 - la coordination de parcours.
- Associer aux femmes, une sage-femme référente de sa prise en charge pour plus de lisibilité de son parcours,
- Améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital pour plus de continuité dans les prises en charge.

Par ailleurs, dans le contexte de la présente crise sanitaire, il a été préconisé d'agir sur les sorties des jeunes mamans et leurs enfants, afin qu'elles aient lieu le plus tôt possible pour éviter le risque de contamination en établissement.

Les durées moyennes de séjour en France pour les accouchements sont supérieures à la moyenne européenne. Le projet trouve donc toute sa légitimité dans la logique de fluidification du parcours et de limitation du temps de présence à la maternité avec un meilleur suivi post accouchement à domicile.

2 - Constats et objectifs de l'étude

2.1 - CONSTATS

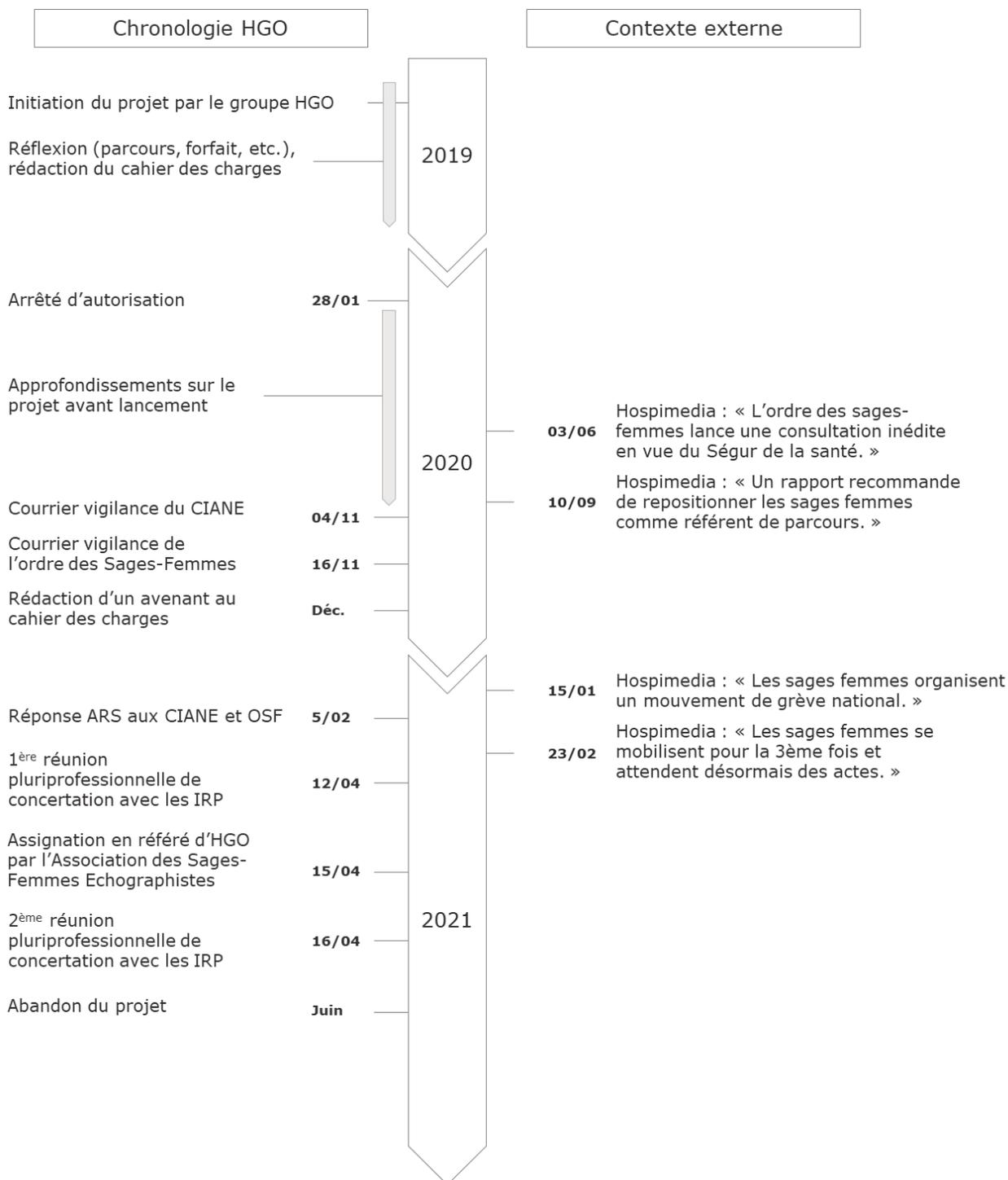
Le projet Coopérinat a été autorisé en janvier 2020 et abandonné par ses porteurs en juin 2021 après un an et demi de concertation infructueuse avec les parties prenantes.

En synthèse, la chronologie des faits fut la suivante :

- **Conception du projet** par le groupe Hospit-Grand-Ouest en 2019,
- **Dépôt du dossier** fin 2019 et **arrêté d'autorisation** émis le 28 janvier 2020,
- Arrêt du projet pendant la **crise COVID** (mars 2020 à fin 2020),
- **Apparition des premiers points de tension** contre le projet à compter de novembre 2020,
- Lancement d'une **période de concertation** de novembre 2020 à juin 2021,
- **Abandon du projet** en juin 2021.

¹ Nesting : « Instinct de nidification », mécanisme naturel qui pousse la future maman à protéger son bébé (préparation du domicile, tri, rangement, etc.)

Il apparait intéressant de comparer la chronologie du projet HGO à l'actualité sur le métier de sage-femme et les parcours de périnatalité :



2.2 - OBJECTIFS ET MODALITES DE REALISATION DE L'ETUDE

Au regard de cet abandon, la Cellule d'évaluation des expérimentations de l'article 51 souhaite par cette étude :

- Rendre lisible la chronologie des faits entre le lancement et l'abandon du projet,
- Comprendre les difficultés rencontrées par les porteurs de projet,
- Apporter des enseignements sur la gestion des projets article 51 et notamment :
 - La gestion des risques,
 - L'embarquement des professionnels libéraux,
 - L'appui des acteurs institutionnels dans la démarche.

Les personnes suivantes ont été interrogées par ordre chronologique d'entretien :

- **Responsables du projet Hospi-Grand-Ouest :**
 - Valentine ASSIER DE POMPIGNAN, directeur des opérations HGO, en charge du projet à la suite de C. Daviron
 - Claire DAVIRON, retraitée, ancienne directrice des opérations HGO et initiatrice du projet,
- **Référentes des maternités Hospi-Grand-Ouest :**
 - Clinique Jules Verne, à Nantes :
 - Claire DOUAUD, sage-femme référente,
 - Hôpital Privé des Côtes d'Armor :
 - Myriam PRUAL, sage-femme référente,
- **Référents ARS :**
 - ARS Pays de la Loire :
 - Dr Pierre BLAISE, Directeur du Projet régional de santé et référent article 51, ARS Pays-de-la-Loire
 - ARS Bretagne :
 - Amelyne LEDUC, référent article 51, ARS Bretagne
 - Dr Carole DAGORNE, médecin conseillère à la direction des coopérations territoriales et de la performance, référent article 51, ARS Bretagne
- **Equipe Nationale Article 51 :**
 - Natacha LEMAIRE, Rapporteur général comité innovation article 51
 - Gabrielle TRUELLE, Chargée de projets à l'Equipe nationale à la suite du départ de Clémence MAINPIN, référente du projet jusqu'en juillet 2021.
- **Organisation Nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF)**
 - Caroline COMBOT, secrétaire générale adjointe

Les entretiens ont été menés entre septembre et octobre 2021.

3 - Points de tension autour du projet

3.1 - SYNTHÈSE DES POINTS DE TENSION AUTOUR DU PROJET

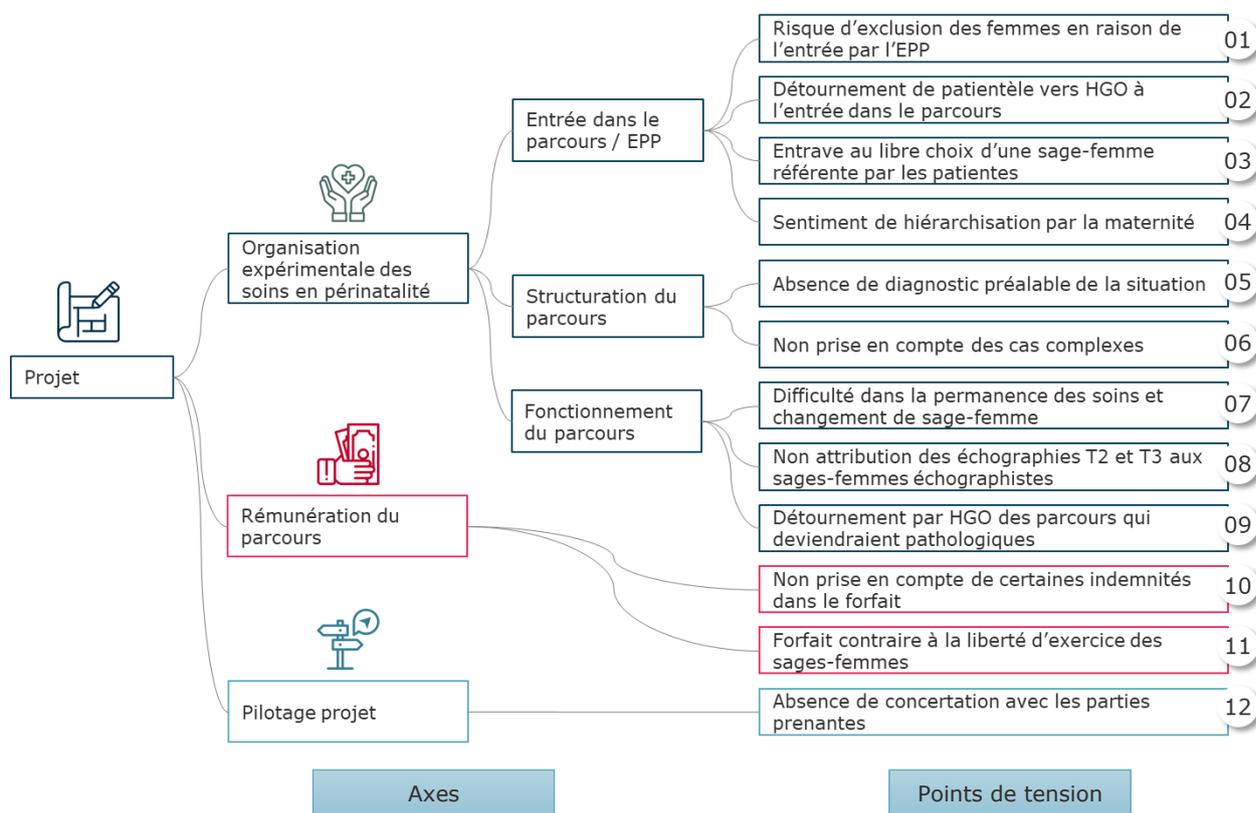
Une part importante de l'écosystème des sages-femmes libérales est à l'origine ou partie-prenante des démarches engagées contre le projet Coopérinat. Il s'agit de :

- Association des Sages-femmes Echographistes (ASFE)
- Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)
- Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF)
- Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes des Côtes d'Armor
- Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes de Loire-Atlantique
- CIANE (Collectif inter-associatif autour de la naissance)

Les points de tension autour du projet peuvent être représentés en 3 axes :

- Points de tension relatifs à l'organisation expérimentale des soins en périnatalité,
- Points de tension relatifs à la rémunération du parcours,
- Points de tension relatifs au pilotage du projet.

Cartographie des points de tension

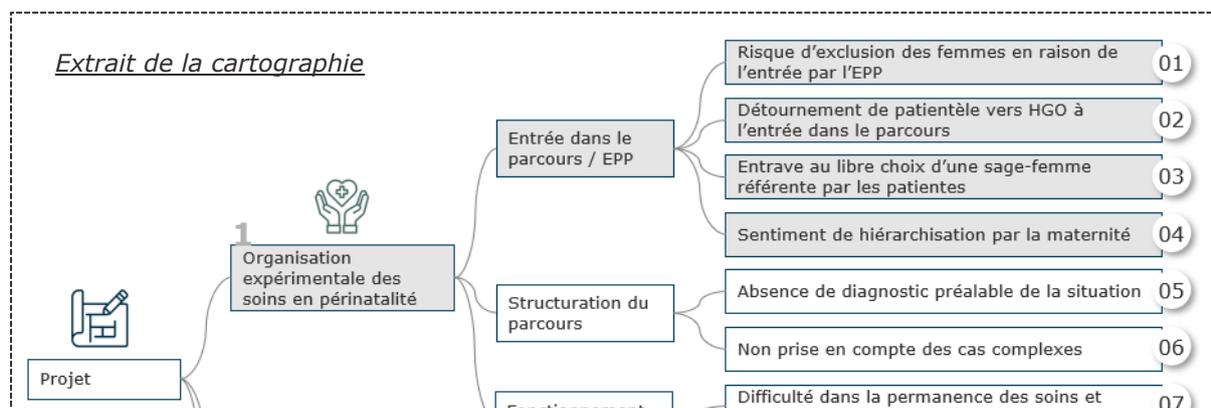


3.2 - DETAIL DES POINTS DE TENSION AUTOUR DU PROJET

Les points de tensions sont décrits sur la base de :

- **Faits** : Eléments factuels prévus dans le projet ou réalisés.
- **Point(s) de tension** : Aspects considérés comme gênant ou bloquant par les instances représentatives des professionnels.
- **Légitimité** : Estimation de l'évaluateur sur la légitimité du reproche effectué, sur la base des éléments prévus dans le projet, du contexte ou de l'environnement ou des réponses apportées par le porteur.
- **Analyse / interprétation** : Avis de l'évaluateur sur le point de tension, selon les réponses apportées par le porteur HGO ou l'interprétation de contexte.
- **Spécificité** : Distinction entre un point de blocage lié aux particularités d'HGO (et pour lequel il faudrait porter une attention particulière pour d'autres projets de périnatalité) et un point de blocage commun à tout projet article 51 (pour lequel des enseignements peuvent être tirés pour l'ensemble du dispositif).

3.2.1 - Relatifs à l'organisation expérimentale du parcours de périnatalité



1. Risque d'exclusion des femmes en raison de l'entrée par l'entretien prénatal précoce (EPP)

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> • L'entrée dans le parcours expérimental est réalisée lors de l'entretien prénatal précoce (EPP). L'EPP est réalisé par une sage-femme en ville ou en établissement de santé, qui doit être informée de l'expérimentation en cours.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels s'inquiètent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du mode d'entrée par l'EPP, qui bien qu'en croissance, n'est réalisé que par une part encore minoritaire des femmes. L'entrée dans le parcours Coopérinat, par cet EPP présenterait un risque d'exclusion important pour certaines femmes qui n'en bénéficieraient pas, et ainsi réduire les bénéfices de l'expérimentation à une population déjà privilégiée et correctement suivie. • De la complexité d'inscription des femmes enceintes dans les maternités qui pourrait amplifier cet effet.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible

Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Depuis le 1er mai 2020, l'entretien prénatal précoce est obligatoire pour les futurs parents. Cet accompagnement fait désormais partie des rendez-vous de suivi de grossesse exigés, comme les sept autres visites prénatales déjà obligatoires. Sur ce point, le bénéfice apporté par le projet devient donc nul. Cette montée en puissance de l'EPP devrait permettre de s'appuyer davantage sur cet événement pour structurer les soins à délivrer comme le proposait le projet Coopérinat.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Spécifique HGO

2. Détournement de patientèle à l'entrée au profit du groupe HGO

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> L'EPP peut être réalisé par la sage-femme d'une des cliniques du groupe HGO.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels s'inquiètent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des effets liés à la réalisation de l'EPP dans une maternité. Ce mode d'entrée imposerait aux femmes incluses dans le parcours de suivre les séances de préparation dans cette même maternité. D'un détournement de patientèle qui pourrait avoir lieu vers les sages-femmes référencées au sein de la maternité réalisant l'EPP, pour les femmes qui n'auraient pas déjà réalisé le choix d'une sage-femme référente lors de cet entretien.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Les porteurs ont bien prévu la possibilité pour une femme de recourir à la sage-femme libérale de son choix quel que soit son mode d'entrée dans le parcours, dès lors que celle-ci accepte d'être référencée (cf. p.15 du CdC HGO). Aucun parcours n'est imposé en raison du mode d'entrée de la patiente. (cf. p.15 du CdC HGO). Le porteur avait proposé de faire évoluer la notion de référencement pour davantage faciliter l'intégration des sages-femmes libérales et encadrer tout potentiel détournement.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Spécifique HGO

3. Entrave au libre choix d'une sage-femme référente par les patientes

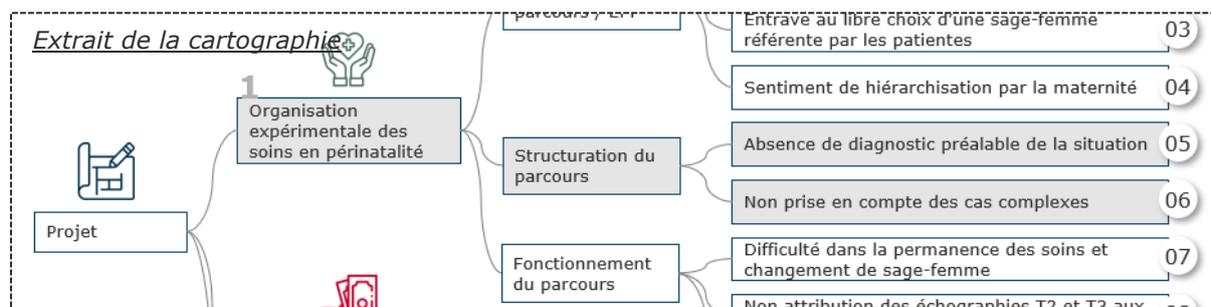
Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe HGO, porteur du projet, assure la fonction de coordination centrale et est notamment chargé du référencement des sages-femmes libérales et salariées.
----------------	---

Point(s) de tension	<p>Les inquiétudes des instances représentatives des professionnels portent :</p> <ul style="list-style-type: none"> sur la capacité pour le groupe HGO à assurer une impartialité et un parfait respect du libre choix du praticien par les femmes enceintes dans un contexte où il leur est proposé une liste limitative de sages-femmes référencées (celles ayant choisi de conventionner avec l'établissement). la distribution à la femme d'une liste de SF référencées qui pourrait porter atteinte au principe de bonne confraternité en favorisant certaines sages-femmes déjà référencées.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Le groupe HGO précise que toute sage-femme peut être référencée dans le parcours dès lors qu'elle en fait la demande. Un travail peut être mené pour s'assurer que l'information réalisée auprès de la patiente pour l'orienter vers une sage-femme référente respecte le principe de bonne confraternité. Il est aussi proposé de remplacer le terme de référencement par « sage-femme volontaire ».
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Commun à d'autres projets

4. Sentiment de hiérarchisation par la clinique

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Les femmes sont incluses dans l'expérimentation à l'issue de l'EPP, si elles respectent les critères d'inclusion et d'exclusion cités dans le cahier des charges. La sage-femme de coordination de la clinique est chargée de gérer le réseau, de suivre les inclusions et le bon déroulement du projet.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels s'inquiètent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> La validation de l'entrée des femmes dans l'expérimentation par la clinique qui subordonnerait le travail des sages-femmes ou des médecins à celle-ci, et entraverait le principe de libre exercice de leur fonction.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Le projet ne prévoit pas une « validation » de l'inclusion par la clinique. L'inclusion relève d'un accord entre la femme, la sage-femme référente et la clinique d'inscription, après validation des critères d'inclusion. La notion de parcours de soins, présente dans la plupart des projets articles 51, implique dans de nombreux cas un accord tacite ou explicite sur les

	inclusions et les soins à délivrer, entre des acteurs qui jusqu'ici travaillaient indépendamment. Ce type de problématique peut donc apparaître dans d'autres projets et doit être anticipé.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Commun à d'autres projets

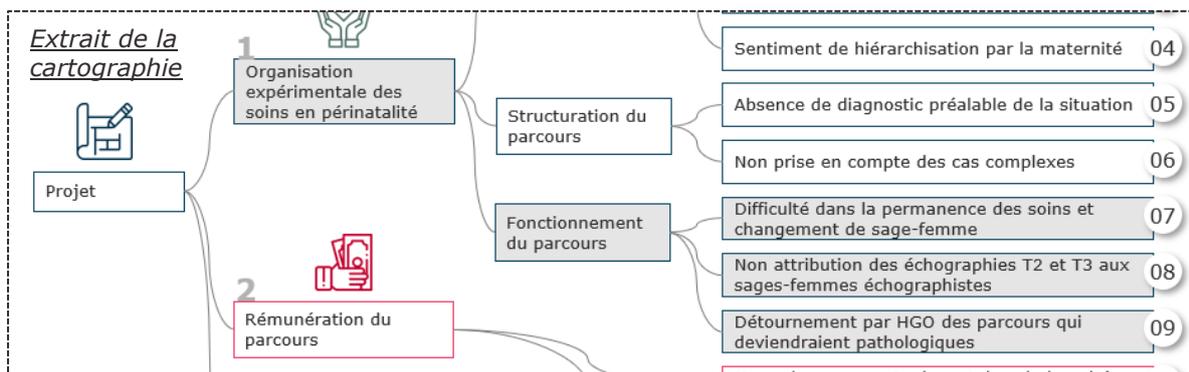


5. Absence de diagnostic préalable de la situation

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Un ensemble d'activités était prévu tout au long du parcours de soins, pour les phases pré, per et post-natale. Ces activités sont une réponse aux analyses des besoins des femmes lors de leur parcours périnatal restituées dans de nombreuses études internationales.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels rapportent les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Absence d'évaluation documentée de la situation initiale des femmes qui accouchent dans le grand ouest, notamment sur la réalisation des consultations supplémentaires ou non programmées. Une étude SNDS aurait été nécessaire. Absence d'enquête auprès des femmes/couples des 3 départements pour mesurer, avant le lancement du projet les niveaux de satisfaction ou insatisfaction sur l'offre de soins et connaître les pistes d'amélioration.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Les porteurs du projet ont souhaité faire une étude initiale à l'aide des données de consommation de la CNAM, qui n'a pas été permise lors de la conception du projet. Celle-ci, et quel que soit le type de projet article 51, peut être intéressante pour évaluer une situation initiale et l'orienter si besoin. (cf. 4.2.3, Soutien juridique et apport de compétences spécifiques)
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Commun à d'autres projets

6. Non prise en compte des cas les plus complexes

<p>Fait(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le projet prévoit la mise en œuvre, tout au long du parcours, d'un package d'activités (EPP, consultations, séance de préparation à la naissance, consultation de suivi, etc.), intégré à 5 parcours impliquant différemment les professionnels de la ville et de l'hôpital. Ces activités sont complétées par un panier de soins personnalisé défini lors de l'entretien initial.
<p>Point(s) de tension</p>	<p>Les instances représentatives des professionnels relèvent et reprochent les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Méconnaissance des attentes des couples qui peuvent choisir des parcours plus complexes que ceux cités dans l'expérimentation (tel qu'un suivi médical avec une sage-femme libérale et préparation à la naissance avec une autre). Par ailleurs, le CIANE aurait souhaité être associé dès la conception du projet pour contribuer à la prise en compte de cette diversité de besoins et mieux étudier la situation initiale des femmes.
<p>Légitimité</p>	<p>Haute / Moyenne / Faible</p>
<p>Analyse / interprétation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le principe même d'un parcours structuré, rémunéré au forfait, encadrant les prises en charge, et limitant la consommation de soins « à la carte » est un des fondements des modalités de prise en charge expérimentées par les projets article 51. De la souplesse peut être apportée, tel que c'est le cas dans ce projet avec le « panier de soins personnalisé ».
<p>Spécifique ou commun aux autres articles 51</p>	<p>Commun à d'autres projets</p>



7. Difficulté dans la permanence des soins et changement de sage-femme

<p>Fait(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le parcours est défini et rémunéré à la séquence de soins. La sage-femme référente est conventionnée pour l'expérimentation, ce qui permet de la rémunérer pour les activités réalisées dans le parcours.
<p>Point(s) de tension</p>	<p>Les instances représentatives des professionnels relèvent et reprochent les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> Non prise en compte des organisations existantes permettant d'assurer la permanence des soins avec des relais assurés entre plusieurs sages-femmes libérales, voire entre plusieurs cabinets. Impossibilité pour les femmes enceintes de changer librement de sages-femmes en cours de parcours si elles le souhaitent.
<p>Légitimité</p>	<p>Haute / Moyenne / Faible</p>
<p>Analyse / interprétation</p>	<ul style="list-style-type: none"> Deux raisons principales expliquent la contrainte limitant la flexibilité dans la réalisation des soins par les sages-femmes tout au long du parcours : <ul style="list-style-type: none"> La rémunération : le financement au forfait impose aux acteurs rémunérés d'être conventionnés en tant qu'expérimentateur primaire ou secondaire (rémunération directe ou indirecte par l'Assurance Maladie). Les sages-femmes agissant sur le parcours doivent donc être connues à l'inclusion. Toute activité supplémentaire, relèverait d'une activité urgente, rémunérée dans le droit commun. Le suivi des femmes : l'axe central du projet est d'assurer un meilleur suivi des femmes enceintes. L'objectif, est donc d'avoir une plus grande continuité dans les acteurs qui interviennent dans le parcours. Une trop grande flexibilité pourrait s'avérer être un contresens pour le projet.
<p>Spécifique ou commun aux autres articles 51</p>	<p>Commun à d'autres projets</p>

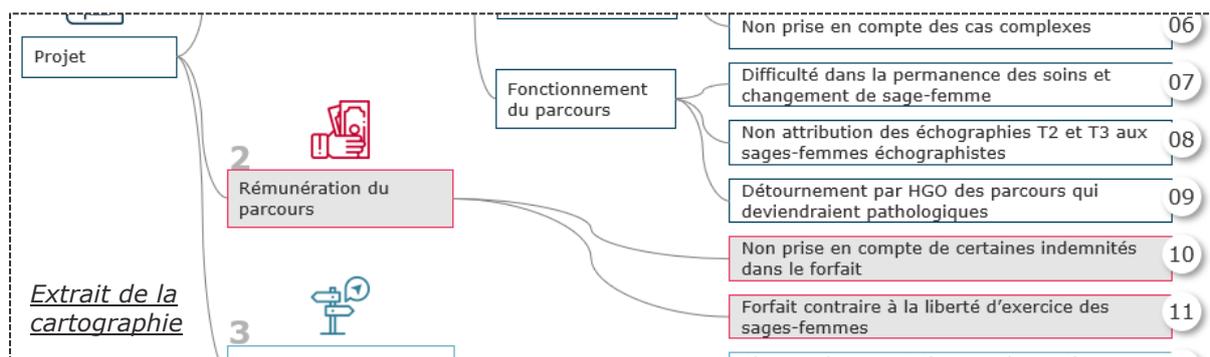
8. Non attribution des échographies aux sages-femmes échographistes

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> La séquence prénatale du forfait prévoyait la réalisation des échographies T2, T3 par les gynéco-obstétriciens uniquement (libéraux ou salariés).
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels reprochent :</p> <ul style="list-style-type: none"> La non-attribution aux sages-femmes, qu'elles soient salariées ou libérales, de la réalisation des échographies du 2e et 3e trimestre alors qu'elles assurent aujourd'hui une grande partie de ces examens. Cet aspect est qualifié d'acte de détournement de patientèle au profit des médecins.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Le porteur a relevé cette erreur dans le cahier des charges et proposait un avenant modificatif.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Spécifique HGO

9. Détournement par HGO des parcours qui deviendraient pathologiques

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le projet est exclusivement dédié aux grossesses physiologiques. Le cahier des charges ne précise pas ce qu'il advient des grossesses qui deviendraient pathologiques au cours du parcours.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels s'inquiètent du :</p> <ul style="list-style-type: none"> Potentiel détournement de patientèle au profit du groupe HGO, pour toutes les femmes intégrées dans le parcours dont la grossesse deviendrait pathologique.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Rien n'indique que la patientèle incluse dans le parcours et qui deviendrait pathologique ne soit contrainte d'être prise en charge dans le groupe HGO. Par ailleurs, HGO prend déjà en charge 80% des grossesses des territoires couvertes par l'expérimentation, l'enjeu du détournement est difficilement justifié.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Spécifique HGO

3.2.2 - Relatifs à la rémunération du parcours



10. Non prise en compte de certaines indemnités et crainte de perte de revenus

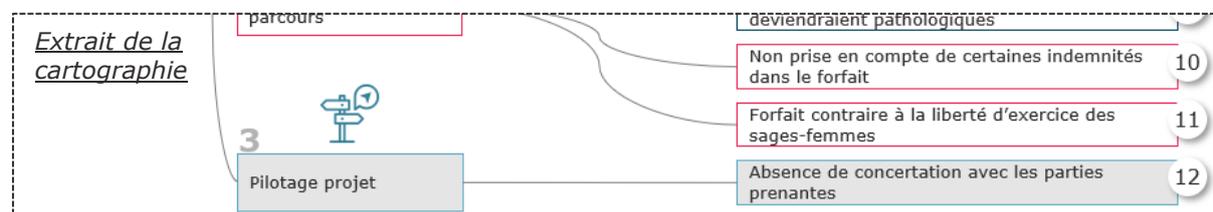
Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le projet encadre les activités rémunérées dans 3 séquences de soins consécutives.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels reprochent :</p> <ul style="list-style-type: none"> La non prise en compte des indemnités de déplacement (4€), des indemnités kilométriques (0.45 €/km), du Dispositif Sortie Précoce (DSP à 25 €) alors que le projet se base sur des sorties précoces, et l'indemnité férié (21 €). L'indemnité de 30 € (si la sage-femme est référente) ne peut pas compenser ces pertes.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Le porteur propose de corriger cette erreur en intégrant à l'avenant ces indemnités.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Spécifique HGO

11. Forfait contraire à la liberté d'exercice des sages-femmes

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le projet prévoit un suivi par la femme enceinte d'un parcours de soins défini lors de l'EPP. Tous les actes et consultations nécessaires au suivi sont déterminés lors de cet entretien et inclus dans le forfait qui permet de rémunérer les acteurs de ce parcours.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels reprochent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un système de « salariat déguisé » de la part des maternités intégrant les sages-femmes qui seront contraintes de respecter un modèle d'organisation des soins au service des établissements.

	<ul style="list-style-type: none"> Le forfait constitue de fait, selon elles, une atteinte à la liberté d'exercice en limitant les consultations (droit de prescription) et les soins offerts aux patientes. Selon les instances représentatives des professionnels, le parcours est pourtant « éminemment évolutif au fil des séances de préparation qui permettent aux femmes et aux couples de mieux cerner leurs attentes, besoins, souhaits ». L'encadrement du parcours irait donc de fait, à l'encontre de la réponse aux divers besoins des femmes enceintes et couples.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> Le projet souhaitait répondre aux besoins par l'identification précoce des besoins et des facteurs de vulnérabilité et en permettant justement le financement de nouvelles activités jusqu'alors non remboursées. Comme tous les articles 51, le parcours et le forfait relèvent nécessairement d'un encadrement des pratiques et consommations de soins.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Commun à d'autres projets

3.2.3 - Relatifs au pilotage du projet



12. Absence de concertation avec les parties prenantes

Fait(s)	<ul style="list-style-type: none"> Le projet a été conduit principalement par le groupe HGO, de sa conception à l'émission de l'arrêté d'autorisation. L'intervention des instances de représentation des professionnels est intervenue ensuite dans la préparation de la mise en œuvre, à compter de novembre 2020.
Point(s) de tension	<p>Les instances représentatives des professionnels reprochent :</p> <ul style="list-style-type: none"> La construction du projet sans concertation/implication des bénéficiaires (usagers) et des acteurs (sages-femmes libérales) avec un sentiment d'avoir été pris « en étau ».

	<ul style="list-style-type: none"> • La non-interrogation du rôle et de l'implication possible des réseaux de périnatalité.
Légitimité	Haute / Moyenne / Faible
Analyse / interprétation	<ul style="list-style-type: none"> • Les porteurs s'accordent sur le fait que la concertation avec les parties prenantes est arrivée trop tardivement. La stratégie à adopter sur ce volet n'était pas clairement définie à l'initiation de la démarche Article 51 et n'a pas permis d'aboutir aux consensus permettant le lancement de l'expérimentation. • Lors des 1^{ères} sessions d'accélération, il a été considéré inutile de lancer une concertation car il semblait y avoir un alignement des professionnels sur le territoire avec une volonté d'expérimenter. La concertation au niveau local n'a donc pas eu lieu.
Spécifique ou commun aux autres articles 51	Commun à d'autres projets

3.3 - DEMARCHE DES PORTEURS FACE AUX POINTS DE TENSIONS IDENTIFIES

Les premiers points de tension sont apparus dans un courrier de vigilance du CIANE datant du 4 novembre 2020.

Dès le mois de décembre 2020, le groupe HGO propose de travailler sur un avenant au cahier des charges afin de faire évoluer les points bloquants. Cet avenant propose des modifications sur les aspects suivants :

- la possibilité de réaliser les échographies par tous les professionnels autorisés,
- la suppression du terme de « sages-femmes référencée » au profit du terme de « sage-femme volontaire pour participer à l'expérimentation »,
- la réaffirmation du respect des règles déontologiques, *notamment pour le libre choix des patientes dans leur parcours,*
- la prise en compte des sorties précoces,
- la prise en compte des indemnités de déplacement, kilométriques, de week-end et jours fériés dans la phase de suivi post-natal,
- le financement des ateliers réalisés par les sages-femmes libérales en pré et post natal.

Pour renforcer la concertation, deux réunions de concertation sont animées en avril 2021, afin de faire état des problématiques et co-construire les solutions adaptées. Dans le contexte de crise sanitaire, les réunions sont organisées en visioconférence, mode d'échange non optimal pour trouver des solutions dans un contexte de tension.

Ces réunions n'atteignent pas l'objet escompté et des blocages et points de désaccord majeurs perdurent entre les instances de représentation des professionnels et les porteurs de projet.

Le projet est abandonné en juin 2021.

4 - Enseignements dans le cadre de la démarche article 51

4.1 - LA PLACE POUR LA CONCERTATION DANS LA DEMARCHE D'INNOVATION POSE QUESTION ET EST AU CŒUR DE LA PROBLEMATIQUE

Comme évoqué précédemment, le projet Coopérinat n'a fait l'objet d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes que très tardivement et après acceptation du cahier des charges qui structure et encadre le modèle expérimental.

Cet embarquement tardif a suscité des réticences et des blocages de principe, notamment de la part de la communauté des sages-femmes libérales, considérée généralement comme dynamique dans la défense de ses intérêts. Ces blocages, impossibles à lever a posteriori ont abouti à l'abandon du projet.

De fait, deux stratégies peuvent être envisagées dans le processus de concertation avec les parties prenantes externes (Instances représentatives des professionnels, acteurs de ville, etc.), liées à la mise en œuvre d'un modèle expérimental et quel que soit le secteur :

1^{ère} option : Concertation large anticipée, embarquement dès la phase de conception

- **Avantages** : une concertation revêt, *a priori*, deux avantages principaux :
 - Embarquer les professionnels nécessaires à la mise en œuvre du modèle expérimental
 - S'appuyer sur la connaissance et l'expérience de ces acteurs pour modéliser une organisation cohérente avec les réalités du terrain (pratiques professionnelles et besoins des patients)

La concertation anticipée peut permettre d'identifier et désamorcer les points potentiellement bloquants dans la mise en œuvre d'un modèle nouveau. Pour le projet Coopérinat, l'embarquement des acteurs locaux, centraux dans la réalisation du parcours, était identifiée dès sa conception comme l'un des facteurs de sa réussite (ou de son échec). L'expérience de ces acteurs aurait pu permettre de coconstruire / ajuster certains éléments du modèle organisationnel ou de la rémunération pour répondre au mieux aux besoins du patient tout en collant à la réalité des acteurs de terrain.

- **Risques / inconvénients** : l'innovation de rupture peut difficilement avoir lieu avec un processus de concertation trop large et trop lourd en début de projet. Dans une perspective de forte remise en question des pratiques et de la culture, les porteurs de démarches d'innovation peuvent être confrontés à des stratégies non-constructives, voire de sabotage, dans laquelle les intérêts particuliers de chaque type d'acteur peuvent dépasser l'intérêt commun (ici les besoins des femmes enceintes). Les blocages entraînés par la défense des intérêts particuliers rentrent en conflit avec les principes d'une démarche d'expérimentation qui consiste à démontrer par les résultats, les avantages/bénéfices d'une nouvelle organisation ou manière de faire qui ne peuvent pas être démontrés a priori.

2^{ème} option : Concertation restreinte en début de projet et large en fin de projet

- **Avantages** : une concertation restreinte à petit nombre d'acteurs, nécessaires et suffisants à la mise en œuvre du modèle expérimental, peut permettre le développement d'innovations de rupture centrées sur la réponse aux intérêts d'un type de patientèle. L'expérimentation sert alors de démonstration de résultats (« pied dans la porte ») pour de futures concertations avec les parties prenantes.
- **Risques / inconvénients** : une concertation trop restreinte peut être identifiée sur un territoire comme un « passage en force » et être à l'origine d'un mouvement de contestation de la part d'acteurs qui auraient souhaité être associés à la réflexion (mouvement constaté ici sur le projet Coopérinat). Or, la bonne entente des acteurs locaux est souvent nécessaire au fonctionnement des activités courantes de soins sur un territoire. Il est donc nécessaire de les préserver.

Conclusion sur la concertation :

La stratégie d'inclusion de chaque partie prenante du projet doit être étudiée dès la phase de conception afin de concilier « inclusion des acteurs », sans laquelle le projet ne peut fonctionner, et « innovation de rupture », ADN des projets article 51 permettant de faire évoluer le système de santé.

Il n'existe pas de stratégie idéale, l'adaptation aux enjeux et contextes de chaque projet doit être prise en compte. La concertation, au stade de l'expérimentation, doit être réfléchie pour être limitée au nécessaire (embarquer et être adaptée aux contextes locaux) tout en évitant les blocages tels que celui auquel a fait face le groupe HGO.

Dans cette philosophie, l'équipe nationale des projets article 51 souhaite garder dans cette démarche de construction un positionnement neutre vis-à-vis des parties prenantes. La démarche d'innovation expérimentale, ne peut pas faire l'objet d'une concertation nationale pour l'ensemble des projets article 51, d'une part parce qu'elle serait impossible dans un contexte de multi-expérimentations, mais surtout parce qu'elle serait contre-productive dans une démarche d'innovation de rupture. L'équipe nationale soutient les porteurs de projet pour les aider dans d'éventuels échanges ou négociations permettant la mise en place des expérimentations mais ne souhaite pas opposer directement la puissance publique aux revendications des ordres et syndicats professionnels.

Les porteurs sont libres et chargés d'identifier les besoins de concertation nécessaires localement pour permettre de mener la démarche expérimentale à leur terme. Les ARS peuvent les appuyer dans cette démarche. L'élargissement de la concertation aux instances nationales n'aura lieu qu'en phase de généralisation et sur la base des résultats démontrés par l'expérimentation.

Dans un contexte où l'activité des professionnels de la ville et de l'hôpital est profondément réorganisée par le modèle proposé, l'embarquement local doit toutefois être suffisamment fort et la communauté des professionnels suffisamment étoffée pour permettre sa mise en œuvre. Les équipes nationales et régionales de l'article 51 sont désormais plus sensibles aux alertes relevées par les porteurs et aux signaux faibles pouvant révéler de futurs blocages.

4.2 - LE ROLE DES INSTITUTIONNELS DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES PORTEURS D'UN ARTICLE 51 PEUT ETRE PRECISE

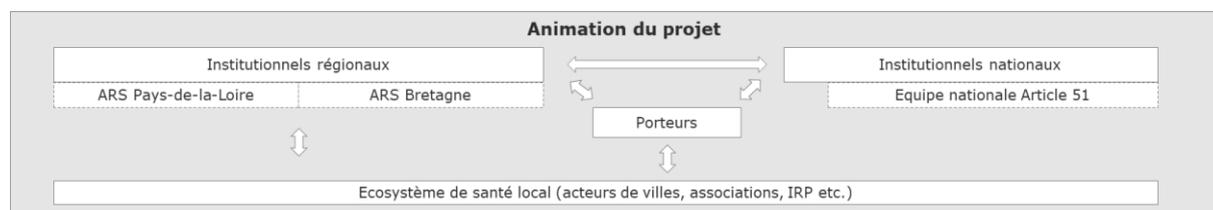
La démarche de conception et de préparation à la mise en œuvre du projet Coopérinat d'HGO a duré 1 an et demi et a été principalement portée par la direction des opérations et projets du groupe HGO.

Cette dynamique a pâti de :

- La démarche Article 51 naissante, au sein de laquelle les acteurs peinent parfois à trouver le positionnement et le rôle idéal,
- La Crise COVID qui a profondément réorienté les priorités pendant près d'une année, que ce soit chez les institutionnels ou chez les offreurs de soins (hôpitaux et acteurs de ville),
- Une ambition portée par une cheffe de projet seule et peu accompagnée par sa direction
- D'un sentiment d'absence de soutien de la chefferie de projet par la référente nationale dans la période de crise Covid et de confinement qui a pu limiter la fluidité des échanges.

En conséquence, les porteurs de projet (groupe HGO et leurs directrices des opérations Claire Daviron puis Valentine Assier de Pompignan) et partenaires rapprochés (sages-femmes coordinatrices) ont eu le sentiment de se retrouver seuls dans une démarche d'innovation complexe, aux enjeux politico-soignants importants.

L'animation du projet peut être schématisée ainsi :



Celle-ci pourrait-être renforcée via plusieurs leviers :

1. Un accompagnement dans les phases de conception et de préparation à la mise en œuvre du projet par les ARS, notamment pour assurer un lien entre une dynamique nationale et des particularités locales,
2. La constitution d'un leadership fort et continu capable de monter et supporter le projet dans le temps ; quelles que soient les difficultés rencontrées,
3. Un appui juridique (cf. p24) et un apport de compétences spécifiques par le Ministère de la santé et par la CNAM.

4.2.1 - Renforcement de l'accompagnement institutionnel local par les ARS

Dans les phases décisives de conception et de préparation à la mise en œuvre, les porteurs auraient souhaité bénéficier d'un appui institutionnel régulier pour lever les blocages courants. Or, le projet d'un niveau inter-régional, a été traité par l'équipe nationale et le réengagement des ARS n'a été que très tardif.

Leur implication, plus précoce, pourrait permettre de :

- Mieux prendre en compte les contextes locaux (initiatives dans le champ de la périnatalité, etc.),
- Faciliter l'embarquement des parties prenantes locales (acteurs de ville, réseaux, dispositifs d'appui à la coordination, etc.),
- Alerter les porteurs et l'équipe nationale en cas de mise en risque ou conflits potentiels liées à des particularités locales.

Les équipes Article 51, relèvent que le processus de construction et d'accompagnement des projets a évolué depuis son lancement. Des communautés de pratiques ont été mises en place et devraient faciliter le rapprochement entre les porteurs et les institutionnels locaux et nationaux. Ces groupes permettent notamment de bénéficier des synergies possibles entre les projets d'une même thématique, tout en prenant en compte les particularités locales. Cette articulation entre le local, le niveau régional et le niveau national bénéficie aujourd'hui d'une meilleure fluidité. HGO a fait partie de la première génération de projets et n'a pas bénéficié de ces synergies et de ces appuis.

4.2.2 - Construction d'un leadership fort et continuité dans l'animation de projet

La conception et la mise en œuvre d'un modèle expérimental d'organisation des soins doit reposer sur un leadership fort et constant du début à la fin du projet. C'est un constat réalisé pour tous les projets d'innovation, quel que soit les secteurs, et particulièrement pour le secteur de la santé, encore peu acculturé à l'innovation.

Ce leadership est rendu nécessaire par la transversalité du projet (aspects organisationnels, financiers et politiques) et la nécessité d'embarquer des partenaires internes et externes pour rendre l'expérimentation opérationnelle ; partenaires dont la structure est hétérogène.

Le projet Coopérinat a été bousculé par plusieurs éléments qui n'ont pas permis d'assurer une continuité suffisante dans l'animation du projet :

- La crise Covid, qui a fortement bousculé les priorités,
- Le départ de l'initiatrice du projet, directrice des opérations du groupe HGO,
- Le départ de deux sages-femmes coordinatrices des cliniques du groupe HGO, impliquées dès l'initiation du projet,
- Le départ de la référente nationale du projet.

Bien que n'étant pas la cause principale de l'échec du projet, ces éléments n'ont pas favorisé sa bonne mise en œuvre et la mise en place d'une réponse efficace aux difficultés rencontrées. Le risque d'abandon du projet n'a sans doute pas été évalué assez tôt pour mettre en place une réponse adéquate.

La notion de leadership projet doit être centrale dans l'accompagnement des porteurs de projet Article 51, et ce dès la genèse de leurs réflexions. Elle doit permettre à ces acteurs de percevoir l'enjeu à construire ce leadership fort et continu pour une démarche par essence longue et fastidieuse. Ce leadership doit, dans la mesure du possible, être porté par plusieurs personnes et soutenu par l'écosystème local et les institutionnels.

4.2.3 - Soutien juridique et apport de compétences spécifiques

Soutien juridique :

Le groupe HGO regrette de s'être retrouvé seul face à l'assignation en référé malgré l'autorisation légale du projet d'expérimentation. Aucune aide juridique n'a été apportée au groupe, mettant le porteur dans une position de risque pour le bon déroulement de ses activités courantes, fortement liées à ses relations avec les acteurs de ville. En effet, les plaignants ont fait le choix de ne pas attaquer l'arrêté ministériel mais le porteur d'où la difficulté à apporter un appui car les moyens soulevés concernaient principalement le porteur.

Le soutien juridique et politique pouvant être apporté par les ARS et l'équipe nationale en cas de conflit entre un projet autorisé et les intérêts des Instances représentatives des professionnels qu'elles soient locales ou nationales, mériterait d'être clarifié au regard de l'objet de la plainte et des moyens soulevés.

Compétences spécifiques :

Pour correctement préparer et dimensionner leur projet, les porteurs peuvent avoir besoin de recourir à des compétences spécifiques détenues par les institutionnels. Le projet Coopérat a par exemple sollicité la CNAM pour une étude des données de consommation des soins pour les parcours de périnatalité afin de mêler recommandations et réalités locales dans la définition du parcours de soins, sans que cette demande ne puisse aboutir. Sans envisager de généraliser les analyses SNDS en amont de tout projet article 51, la politique d'appui dans chaque domaine de compétence (ce qui peut être fait / ce qui ne peut pas être fait) mériterait d'être clarifiée et communiquée auprès des actuels ou futurs porteurs, avant qu'ils ne s'engagent dans la démarche.

4.3 - LA REMISE EN QUESTION DE LA MEDECINE A L'ACTE DANS LA DEMARCHE ARTICLE 51 NECESSITE D'ETRE ANTICIPEE

La démarche article 51 bouleverse les paradigmes et par cela, peut entraîner des situations de crispation voir de conflit qu'on se doit d'anticiper et d'accompagner pour la réussite des projets.

La démarche d'innovation Article 51 est fondée sur certains principes fondamentaux tels que :

- L'amélioration du parcours des patients par décloisonnement des secteurs de ville et d'hôpital,
- Le développement du modèle forfaitaire et collaboratif,
- Une plus grande efficacité des soins.

Ces principes sont par nature en rupture forte avec le modèle prédominant actuel basé sur la médecine à l'acte, la liberté d'exercice de la médecine, et des modalités de prise en charge qui en découlent ainsi que de la liberté de choix de son médecin de la part du patient.

La mise en œuvre des organisations expérimentales en parcours rémunérés au forfait dans un modèle cadré a priori limite la liberté dans les modalités de l'exercice en secteur libéral modifiant potentiellement la relation aux autorités de régulation, au niveau national comme au niveau local par les ARS. En effet, les soins délivrés dans le cadre d'un parcours financé au forfait sont inclus dans des modèles standardisés dans leurs modalités de prise en charge, plus ou moins flexibles, dans lequel le professionnel a moins de liberté.

La défense de cette liberté, est historiquement portée par les ordres et syndicats (médecins, sages-femmes, etc.). Face à cela, l'article 51 bouleverse les paradigmes, entraîne l'interrogation des professionnels (avec leurs ordres/syndicats) et provoque un questionnement important de l'écosystème, se traduisant parfois par des rapports conflictuels entre acteurs.

Le conflit constaté sur le projet Coopérinat avec le groupe HGO en est une illustration. Les Instances de Représentation des Professionnels ont porté la défense de leurs intérêts respectifs (la liberté d'exercice principalement) en faisant passer la compréhension du projet, de ses enjeux et des solutions proposées sur le parcours des femmes enceintes (besoins non couverts par l'assurance Maladie, ateliers de préparation à la naissance, besoins de coordination entre les acteurs de ville et de l'hôpital, etc.) au second plan au regard des crispations suscitées par le cahier des charges dans un contexte national de revendications fortes en particulier des représentants des sages-femmes dans le cadre du Ségur de la Santé.

La réussite d'une démarche d'innovation nécessite une acculturation des professionnels de santé, de leurs représentants et des équipes institutionnelles.

On constate que les projets article 51, qui font face à des réticences, sont les projets proposant une substitution d'un mode de prise en charge par un autre et non l'ajout simple d'un nouveau service complémentaire.

Or, l'un des enjeux de la démarche Article 51 est justement d'arriver à démontrer aux acteurs le bien-fondé de la médecine aux parcours en mettant en exergue leur intérêt par les résultats. Il s'agit de trouver le bon équilibre pour éviter les blocages avant le lancement de l'expérimentation et permettre de baser les négociations futures sur des faits réels (résultats) et non sur des interprétations *a priori*.

Plus généralement, les constats établis sur ce projet font échos aux résultats de l'étude de l'IRDES² parue en septembre 2021, qui traite entre autres du rapport des expérimentateurs et des équipes nationales du Ministère de la santé et de la CNAM, à l'innovation pour les expérimentations PEPS et IPEP. L'étude rappelle que les expérimentateurs et les équipes qui les accompagnent doivent concilier deux objectifs parfois contradictoires :

- « *Expérimenter ensemble (décadrer) afin de s'adapter aux enjeux des différents acteurs du dispositif,*
- *Créer des dispositifs à terme généralisables (recadrer), appropriables par le plus grand nombre et adaptés aux contraintes du système de santé. »*

Concilier ces deux objectifs est un exercice complexe. Il nécessite un apprentissage de part et d'autre (équipes institutionnelles / représentant des professionnels / expérimentateurs) et plus largement une acculturation réciproque des acteurs qui peut prendre du temps.

La précocité du projet HGO n'a pas permis cet apprentissage réciproque entraînant des erreurs stratégiques de la part des porteurs et des équipes institutionnelles qui les ont accompagnés. Ces erreurs ont entraîné les blocages précédemment cités.

La démarche article 51 doit s'inscrire dans une logique partenariale forte, qui tient compte des jeux de pouvoir entre acteurs.

²IRDES, *Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé, Question d'économie de la santé, n° 261, septembre 2021*

La transformation profonde de notre système de santé, entreprise par la démarche Article 51, entraîne par essence des ruptures avec l'existant et implique un nombre d'acteurs important. Cette transformation ne peut donc être permise que par une logique partenariale forte et guidée. Le rapport de l'IRDES rappelle qu'il *s'agit de « susciter l'engagement des acteurs concernés par ces expérimentations [...], tout en tenant compte des contraintes institutionnelles. »*

De fait, ce constat est d'autant plus vrai quand il s'agit de remettre en question le paiement à l'acte et donc lorsque l'on touche aux relations entre pouvoirs publics et professionnels de santé libéraux. La logique partenariale doit être centrale et permettre de dépasser les uniques jeux de pouvoir.

Les constats établis après l'abandon du projet HGO montre que cette logique partenariale n'était pas aboutie ou suffisamment mature pour permettre à l'expérimentation de voir le jour. L'encadrement du parcours de périnatalité et la mise en place du forfait constituait le terreau d'une situation potentiellement conflictuelle entre des acteurs dont les intérêts divergent. Cette expérimentation ne pouvait avoir lieu sans le développement préalable d'une relation de confiance nécessaire à l'engagement conjoint des parties prenantes (établissements et professionnels de santé libéraux).

Le projet HGO a fait partie d'une première génération de projets qui n'a pas bénéficié de l'expérience suffisante accumulée sur la démarche article 51. Elle l'enrichit.

Néanmoins, il s'agit de porter une attention particulière à l'impact que pourrait avoir cet abandon sur les jeux de pouvoirs entre expérimentateurs, et représentants des professionnels de santé- ordres, syndicats, fédérations et équipes nationales pour de futurs projets. Il est évident que la Cnam étant en charge des négociations conventionnelles, son portage avec le Ministère de la Santé des nouveaux modes de rémunération qui sont ainsi expérimentés, la désigne potentiellement comme cible de certaines des oppositions en cours mais surtout à venir quand le passage dans le droit commun sera à l'ordre du jour.

L'abandon du projet HGO doit donc servir d'enseignement pour mettre en place au plus tôt les bons dispositifs d'alerte permettant à l'équipe nationale et aux ARS d'identifier au plus tôt les oppositions des représentants des professionnels et de proposer des actions correctrices.