

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.pdf>

Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé

Noémie Morize^{1,2}, Isabelle Bourgeois^{1,3}, Cécile Fournier¹

L'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 permet la mise en place d'expérimentations de financements dérogatoires au droit commun pour les acteurs du secteur de la santé. Parmi elles, les expérimentations d'un Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) visent à faire évoluer les modes de financement des soins primaires en France, jusqu'alors largement dispensés par des professionnels de santé libéraux dont la rémunération est principalement à l'acte. Cependant, pour mettre en place ces évolutions au niveau local, les équipes du ministère en charge de la santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) doivent articuler deux objectifs : composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables que le plus grand nombre pourra s'approprier et qui soient adaptés aux contraintes du système de santé. Comment les équipes nationales articulent-elles ces deux dimensions ?

Cette enquête s'appuie sur une méthodologie qualitative mobilisant l'analyse de documents et d'une trentaine d'entretiens semi-directifs, menés entre octobre 2019 et juin 2021 (encadré Source et Méthode). Elle montre comment les équipes nationales s'organisent pour expérimenter et sortir des processus habituels en détaillant, d'abord, la manière dont le dispositif de l'article 51 et des expérimentations a été conçu. Puis l'analyse des processus de sélection des expérimentateurs et d'élaboration des cahiers des charges, qui définiront précisément les modèles économiques des expérimentations, souligne comment les cadres d'interaction entre professionnels de santé et pouvoirs publics se renouvellent.

Le 30 décembre 2017, la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 propose le dispositif dit « article 51 » visant à mettre en place des expérimentations de financements dérogatoires au droit commun dans le secteur de la santé. Ce dispositif s'inscrit dans un mouvement de réorganisation du système de santé français, avec en toile de fond depuis les années 2000 l'accroissement de politiques publiques expérimentales (Jatteau, 2013), et la systématisation de l'évaluation des politiques publiques dans une démarche de politiques fondées sur les faits (Barbier, 2010 ; Cairney, 2016). Les pouvoirs publics entendent répondre aux besoins d'une popu-

lation vieillissante et plus souvent concernée par des pathologies chroniques, lutter contre les zones sous-dotées en offre de soins (Chevallard et Mousquès, 2018), l'engorgement des urgences et l'augmentation des dépenses hospitalières (Hassenteufel *et al.*, 2020), dans un contexte de crise économique. Expérimenter de nouveaux modes de financement est alors présenté comme un moyen de trouver des solutions pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Au sein du dispositif article 51, deux expérimentations se concentrent sur la structuration de l'offre de soins primaires, dans l'optique d'un « virage ambulatoire »,

qui permettrait de décentrer le système de l'hôpital vers les soins primaires. Elles encouragent ainsi le développement de la coordination entre les différents professionnels, entre les soignants « de ville » et hospitaliers, et entre les secteurs sanitaire, médico-social et social (Douguet, Fillaut et Hontebeyrie, 2016). Or, en France, les soins primaires sont peu structurés et majoritairement assurés par des professionnels

¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France.

² Centre de sociologie des organisations, Sciences Po, Paris, France.

³ Icone Médiation santé, Rennes, France.

libéraux, principalement rémunérés à l'acte. Cependant, depuis une quinzaine d'années, les relations entre pouvoirs publics et professionnels de soins primaires évoluent, une partie de ces derniers souhaitant être impliqués dans les réformes (Vézinat, 2019), et

le paiement à l'acte est graduellement remis en question par certains.

Ces dispositifs expérimentaux renouvellent l'action publique en santé, notamment en modifiant les relations du ministère en charge de la santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), entre eux et avec les professionnels de santé. Etudier ces processus, sous l'angle de la sociologie de l'action publique, permet de saisir des transformations du système de santé. En effet, les expérimentations de l'article 51 permettent aux membres du ministère et de la Cnam de sortir des cadres (processus législatifs et de négociation conventionnelle, de conception et de conduite des politiques publiques), avec une démarche voulue *bottom-up*, ou ascendante, recentrant les processus autour des professionnels des organisations de santé. Ces processus, conçus par les équipes du ministère en charge de la santé et de la Cnam, ne sont pas pour autant dépourvus de cadres. Cela est lié à une tension entre, d'une part, les objectifs d'expérimenter ensemble (décadrer) afin de s'adapter aux enjeux des différents acteurs du dispositif et, d'autre part, celui de créer des dispositifs à terme généralisables (recadrer), appropriables par le plus grand nombre et adaptés aux contraintes du système de santé. Comment les équipes nationales articulent-elles ces deux dimensions ?

REPÈRES

Ce travail s'ancre dans le premier volet, sociologique, du programme d'évaluation des expérimentations de financements alternatifs à l'acte dans le cadre de l'article 51 (Era2). Il est financé par l'Assurance maladie, et s'inscrit dans le cadre d'une thèse de doctorat en sociologie, réalisée par Noémie Morize au Centre de sociologie des organisations (CSO), en collaboration avec l'Irdes, sous la direction de Patrick Castel et Cécile Fournier.

En suivant un fil chronologique, on montrera d'abord comment ces deux administrations s'organisent pour sortir des cadres afin d'expérimenter, en détaillant dans quelles perspectives le dispositif de l'article 51 et les expérimentations Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) ont été conçues (encadré Définitions), avant d'analyser l'organisation et le travail des équipes nationales pilotant les expérimentations. Ensuite, pour élaborer les expérimentations, les équipes nationales tentent d'amener les expérimentateurs à rentrer dans les cadres préalablement définis, tout en les engageant dans les expérimentations : d'abord, au travers d'un processus de sélection, ensuite, lors de séances de co-construction (schéma 1).

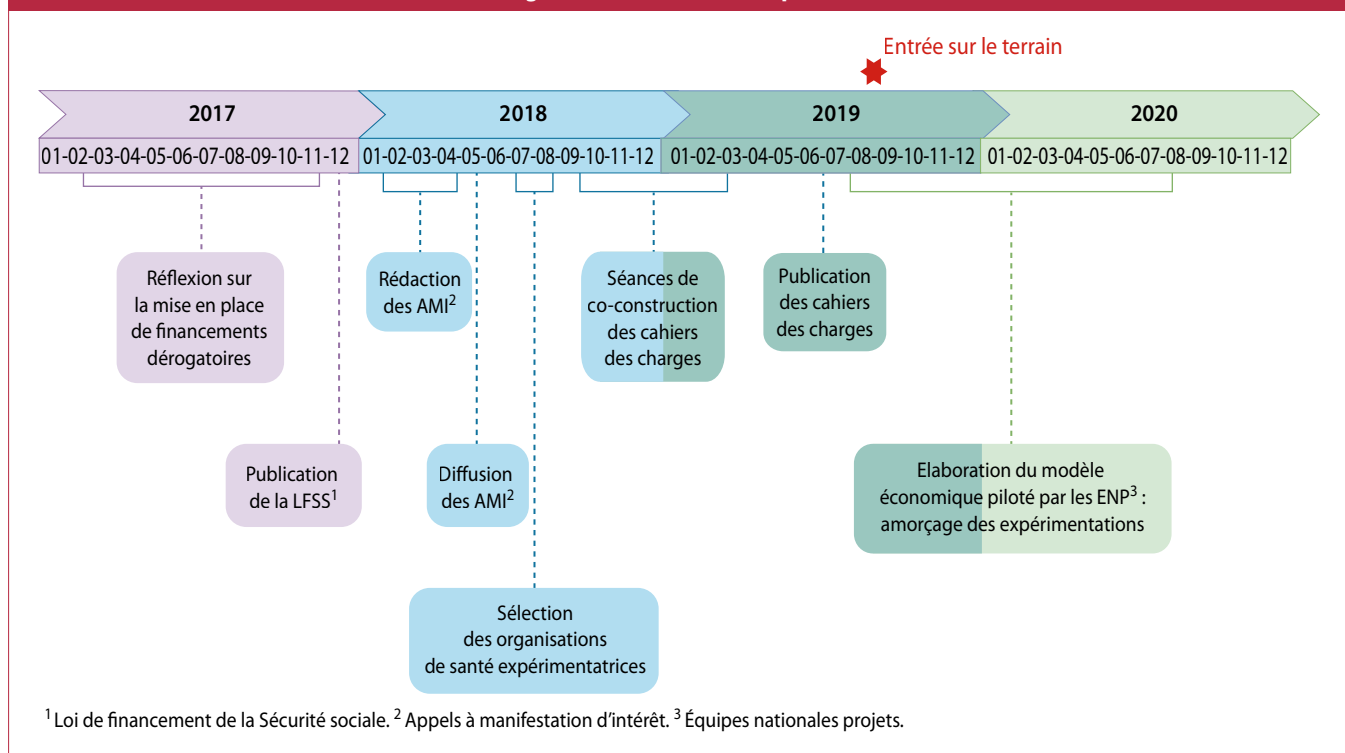
SOURCE ET MÉTHODE

Dans le but de retracer la chronologie des événements et de décrire l'implication des acteurs, un ensemble de documents a été recueilli et analysé : littérature grise, rapports officiels, documents produits lors de réunions, dossiers de candidature et échanges de mails entre les acteurs institutionnels. La plupart de ces documents ont été fournis par les membres des équipes nationales. Offrant un accès précieux au terrain, ils permettent d'analyser en finesse les cadres d'action des acteurs institutionnels, les processus de réflexion, de sélection, et les différentes étapes de la conception des expérimentations.

En complément, des entretiens semi-directifs rétrospectifs, menés entre octobre 2019 et juin 2021, permettent d'éclairer les parcours des acteurs qui ont façonné les dispositifs, d'étudier leurs représentations et leurs interactions, de contextualiser les écrits produits et de comprendre les enjeux liés à la conception des expérimentations. Au total, 30 entretiens semi-directifs ont été réalisés au niveau national avec des décideurs administratifs ou politiques (5), des membres des équipes nationales Peps et Ipep (10), des évaluateurs (2), des professionnels des organisations de santé (6), des membres d'agences sanitaires (4) et des consultants de cabinets privés (3). Afin de ne pas exposer les acteurs enquêtés, les entretiens ont été rendus anonymes et les appartenances institutionnelles sont larges.

S1

Chronologie du lancement des expérimentations



Un article 51 qui transforme les organisations de travail du ministère et de la Cnam

L'article 51 permet de sortir du cadre des processus législatifs, qui impliquent de longs examens préalables des textes par l'Assemblée nationale. Ce dispositif a des effets concrets sur l'organisation du travail au sein des administrations : des équipes font le pont entre le ministère et la Cnam et mettent en œuvre les expérimentations. La souplesse demandée par le caractère expérimental des dispositifs entraîne des reconfigurations et des apprentissages pour les membres de ces équipes.

Sortir du cadre : de l'article 51 à la conception de Peps et lpep

L'article 51, une réforme administrative reposant sur une alliance entre la Cnam et le ministère en charge de la santé. En 2017, le nouveau gouvernement d'Emmanuel Macron veut impulser des réformes marquantes. L'idée d'un dispositif centralisant les innovations en santé apparaît dans un contexte international où de nombreux pays comme les États-Unis ou l'Allemagne ont déjà mis en place de tels dispositifs.

« Le dispositif de l'article 51 s'inscrit dans un mouvement international, par exemple en Allemagne, aux États-Unis avec l'"Innovation Center", en Grande-Bretagne. »

Compte-rendu au Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS), 04/2018

Ce dispositif s'intègre donc dans une dynamique de *Policy transfer* (Dolowitz et Marsh, 2000), les politiques internationales constituant une source d'inspiration pour les politiques françaises, tout en offrant un contexte concurrentiel dans lequel il faut se placer pour ne pas apparaître « en retard » :

« Notre retard est considérable. Les pays d'Europe du Nord, mais aussi ceux d'Amérique du Nord, ont bien compris l'intérêt d'aller dans ce sens. »

Olivier Véran, rapporteur général, Examen du texte, Assemblée nationale, 10/2017

Ainsi, l'article 51 est présenté en 2017 comme le cœur des réformes sanitaires de ce nouveau gouvernement : « Il s'agit probablement de l'article le plus important de ce PLFSS » (Agnès Buzyn, séance publique, Assemblée nationale, 10/2017). Du côté de la direction de la Cnam, le dispositif rencontre également un engouement : la première version de l'article est rédigée dans le Rapport *Charges et Produits* de 2017. Les

directions du ministère sont rapidement associées à cette réflexion.

« D'emblée, on l'avait même écrit dans le rapport, nous, on est dans une logique qui se devait d'être partenariale (...). C'est clair que si on a quelque chose qui est propriété de l'État, ou propriété de l'Assurance maladie, ça ne peut pas fonctionner. »

Équipe nationale Peps

Cette logique partenariale constitue une première originalité de l'article 51, et entraîne la création d'organisations du travail *ad hoc*, faisant le pont entre les deux institutions.

Une seconde nouveauté de cet article est d'unifier, au niveau national, le financement des innovations en santé en s'ajoutant ou se substituant à des financements de l'innovation en santé préexistants : les projets locaux menés par les Agences régionales de santé (ARS) avec l'aide du Fonds d'intervention régional (Fir), et des expérimentations annuelles et nationales de droit commun, conduites dans le cadre des LFSS ou de décrets occasionnels. Du côté du Fir, les projets innovants menés dans leur contexte ne sont pas systématiquement évalués, si bien qu'ils peuvent difficilement constituer des inspirations pour des politiques au niveau national.

« On avait d'un côté un Fir qui finançait beaucoup de choses, mais pour lequel on avait assez peu de visibilité sur ce qu'il produisait en termes de résultats. »

Décideur administratif

Dans une perspective de politique basée sur les preuves, l'article 51 vise à évaluer toutes les expérimentations déployées. Il permet ainsi aux deux administrations de décider, après avis du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS), de l'arrêt, de la poursuite ou de la reproduction des expérimentations à une échelle nationale.

DÉFINITIONS

Dans le dispositif de l'article 51, deux grandes modalités d'expérimentation sont prévues : celles dites « à l'initiative des acteurs », qui émergent de propositions de professionnels d'organisations de santé et s'implantent à un niveau régional, interrégional ou national, non étudiées ici, et celles imaginées nationalement par une direction centrale du ministère de la Santé et par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), comme Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et Incitation à une prise en charge partagée (lpep).

L'expérimentation lpep vise, via une rémunération incitative non substitutive, à développer la coordination entre les soins hospitaliers et les soins dispensés par les acteurs des soins primaires en s'appuyant sur des indicateurs de qualité, et le calcul des évolutions du groupement en matière d'efficience.

L'expérimentation Peps propose à des équipes de médecins généralistes et d'infirmier.ère.s de substituer au paiement à l'acte un paiement au forfait, pour l'ensemble de leur patientèle ou pour des sous-ensembles (patientèle diabétique, patientèle de personnes âgées).

L'article 51 se substitue également à des expérimentations annuellement portées dans les LFSS qui étaient soumises à l'avis de l'Assemblée nationale : ce ne sera plus le cas pour les articles 51. Pour les acteurs du ministère et de la Cnam, les procédures sont ainsi allégées, le cadre légal uniformisé, et les décisions routinières leur sont laissées.

« Il y a quand même beaucoup de trucs qui relèvent d'un corpus juridique qui n'est pas à notre main. (...) On a un cadre juridique hyper contraignant où on doit passer par la case loi systématiquement, la loi doit dire précisément ce qu'est l'expé, on doit attendre les décrets, les arrêtés, les machins, les trucs. On n'y arrive pas, ça ne marche pas. »

Décideur administratif

Cependant, l'article 51 est voulu *bottom-up* par la majorité politique, avec l'approbation des directions des deux administrations. Dans la continuité d'une logique par projet, où les acteurs financés sont mis en concurrence et rédigent les solutions aux problématiques posées par les financeurs (Breton, 2014), ce dispositif invite les acteurs de santé, dans son versant « à l'initiative des acteurs », à définir à la fois les problèmes et leurs solutions.

« Je pense qu'on est incapable au niveau central de théoriser, de penser l'ensemble des dimensions multiples potentielles. Donc, il faut que les acteurs en soient les premiers, je dirais, inspirateurs. »

Décideur administratif

Cette logique ascendante entraîne des modifications pour les acteurs des administrations, les acteurs de santé proposant des projets qu'il faut ensuite formaliser pour qu'ils s'inscrivent dans le cadre légal et opérationnel de l'article 51. Un système d'accompagnement des expérimentations est développé, appuyé à la fois par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

(Anap) et par des consultants, qui amènent avec eux de nouvelles méthodes et de nouveaux outils dans le pilotage.

Entre logique *bottom-up* et appel à projet : les Appels à manifestation d'intérêt (AMI). Au sein de ce dispositif de l'article 51, la particularité de Peps et d'Ipep est de passer par des AMI : les deux expérimentations ne sont ni totalement conçues par les administrations ni à guichet ouvert comme pour les expérimentations « à l'initiative des acteurs ». En effet, les AMI, documents d'une trentaine de pages, expliquent les modalités de candidature et de participation à l'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation et ses objectifs. Les cahiers des charges, documents de même longueur, sont publiés à l'issue de séances dites de « co-construction » en interaction avec les expérimentateurs et précisent le périmètre du modèle économique et ses modalités de calcul des rémunérations, de manière détaillée. Avant de revenir sur ce deuxième temps de la conception des expérimentations, leur genèse se déroule dans des cadres administratifs classiques, simultanément à la rédaction du PLFSS.

Ipep : des *Accountable Care Organizations* (ACO) français. L'expérimentation Ipep est conçue par un groupe de travail sur les financements innovants, qui se réunit à six reprises entre mars et juillet 2017. Ce groupe piloté par des acteurs de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Cnam, rassemble également des acteurs de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction de la sécurité sociale (DSS), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Irdes. Nombre des participants sont des médecins, souvent spécialisés en santé publique, ou des économistes. Par ailleurs, le lien avec les politiques internationales est très fort, du fait de la présence d'acteurs ayant réalisé des voyages d'étude ou travaillé à l'étranger, plus particulièrement en Belgique, Angleterre, ou aux États-Unis.

« On a commencé à réfléchir, (...) un interne de santé publique nous a fait un rapport d'étude sur les ACO, on avait un peu de matière. On est allés en Angleterre, parce qu'ils mettaient en place les nouveaux modes de financement (...). On a commencé à se dire qu'on allait pouvoir proposer quelque chose. »

Équipe nationale Ipep

Chacun de ces trois pays met en place des dispositifs de coordination des soins

primaires. Les ACO américains suscitent l'engouement du groupe de travail, un économiste ayant bénéficié d'une bourse d'étude sur le sujet. Le modèle Ipep est établi dans une logique assumée de transfert de politique (Dolowitz et Marsh, 2000), transposant le modèle ACO en l'adaptant au contexte français (Lemaire, 2017 ; Mousquès et Lenormand, 2017). Les membres du groupe de travail réfléchissent à la construction du modèle économique, qui doit permettre d'augmenter la coordination entre les soins hospitaliers et les soins primaires. Du développement de la coordination est espérée une amélioration de la qualité des soins et de leur efficacité. Le modèle se base sur des indicateurs de qualité visant à quantifier ces effets. Les groupes de travail permettent de déterminer la patientèle (celle du médecin traitant) sur laquelle se base l'expérimentation, de présélectionner certains indicateurs, et de fixer les objectifs de l'expérimentation.

Peps : une continuité dans les politiques d'organisation des soins primaires.

L'expérimentation Peps, de son côté, est conçue par un groupe d'acteurs plus restreint au sein de la DSS, en lien avec des acteurs de la Cnam. Ces acteurs de la DSS travaillent depuis plusieurs années sur les politiques d'organisation des soins primaires ayant piloté les expérimentations sur les maisons de santé, les dispositifs Asalée de coordination entre médecin généraliste et infirmière de santé publique, ou Paerpa, dispositif de coordination des parcours de santé des personnes âgées. Dans l'expérimentation Peps, une rémunération au forfait se substitue au paiement à l'acte, dans la continuité de ces politiques d'organisation et de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) [Mousquès *et al.*, 2014] qui s'était heurtée en 2007 à l'opposition des syndicats de médecine générale.

« Au moment des ENMR, il y avait un fameux module 4, le module à la capitation, ou paiement au forfait, et on n'avait pas pu le mettre en place parce que les tirs de barrage étaient trop forts au niveau syndical. (...) On est sept ans après, et moi, je vois que les acteurs ont bougé. »

Équipe nationale Peps

Ainsi, le dispositif était pensé initialement pour les professionnels libéraux des maisons de santé, avant de s'ouvrir aux professionnels salariés des centres de santé. L'équipe nationale élabore le dispositif en sollicitant des interactions informelles avec les professionnels de santé, surtout respon-

sables syndicaux, afin de s'assurer de l'acceptabilité de leur projet. Dans la conception de l'expérimentation, l'influence des politiques étrangères en matière de forfait est notable, notamment *via* des lectures et des échanges avec des équipes expérimentatrices des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'équipe Peps construit en effet l'AMI en s'inspirant de plusieurs politiques étrangères, notamment un modèle pour la patientèle diabétique, à l'image du *Bundled Payment* hollandais (OECD, 2016). Les acteurs de la Cnam suggèrent cependant d'ouvrir à d'autres populations, dans une perspective de santé globale. Le cadre donné à l'expérimentation reste large, qu'il s'agisse de la population concernée, des indicateurs à élaborer ou encore des professionnels de santé à inclure.

Piloter le « 51 » : tendre un pont entre deux administrations

Une organisation aux frontières des cadres administratifs. Le dispositif de l'article 51 implique d'instruire un nombre important de projets, avec une démarche partenariale entre la Cnam et le ministère en charge de la santé. Pour répondre à cette exigence, le gouvernement met en place dès le début 2018 des organisations *ad hoc* au sein du ministère et de la Cnam (schéma 2).

Deux instances décisionnelles sont mises en place : le CSIS émet des recommandations sur le cadre des expérimentations en amont, et donne un avis sur leur généralisation ou leur arrêt en aval. Présidé par le ministre de la Santé, il est composé de 61 acteurs de l'écosystème de la santé et de trois personnalités qualifiées. Il se réunit une à deux fois par an. Le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), pour sa part, se réunit plus régulièrement pour prendre les décisions relatives à la mise en place des expérimentations (validation des cahiers des charges, sélection des candidats, validation du modèle économique...). Le CTIS, animé par la rapporteure générale, est composé de huit représentants de la Cnam, du Secrétariat général des ministères sociaux (SGMAS), des directions du ministère en charge de la santé et des ARS. Il se réunit début 2018 toutes les deux semaines, puis tous les mois. Enfin, une rapporteure générale et une équipe dédiée, avec des personnes détachées des différentes directions du ministère et de la Cnam, sont mises en place pour coordonner et piloter les différents acteurs des expérimentations de l'article 51.

Pour les expérimentations Peps et Ipep, deux équipes nationales, composées de membres du ministère et de la Cnam, sont chargées de la mise en place des dispositifs. Ils interagissent avec plusieurs autres acteurs institutionnels qui interviennent plus ponctuellement : l'ATIH et la HAS apportent leur expertise, notamment pour la construction des indicateurs, l'Irdes sur les questions d'évaluation et sur certains aspects de la construction des modèles économiques ; divers cabinets de conseil interviennent à différents moments dans le pilotage, notamment pour prendre en charge la logistique et l'animation de réunions ; à partir de l'année 2019, l'Anap vient appuyer l'accompagnement des organisations de santé. En région, les ARS pilotent le dispositif en lien avec le réseau de l'Assurance maladie. Les équipes nationales entretiennent des relations avec les 17 ARS, au travers de comités de pilotage bimensuels avec les référents régionaux ou dans des échanges bilatéraux à la demande.

Les équipes nationales chargées des expérimentations sont en partie composées d'acteurs ayant participé à la conception de Peps et d'Ipep. Il s'agit de deux équipes d'environ six personnes, ayant respectivement un responsable côté Cnam et côté ministère, tous deux ayant des postes à responsabilité dans leurs institutions respectives. Par ailleurs, des acteurs plus jeunes, souvent des femmes, pilotent opérationnellement les expérimentations sans y travailler à temps plein. Elles sont formées à l'économie, à la médecine, aux statistiques ou encore en sciences politiques. Elles relèvent d'une double hiérarchie inhérente

au travail qu'elles réalisent dans le droit commun, et dans le cadre de l'article 51. Cela complexifie parfois les prises de décisions : les responsables impliqués ne sont pas toujours présents à toutes les réunions, les actrices sont parfois amenées à négocier avec des expérimentateurs ou des membres d'autres administrations sans forcément savoir quelle est leur marge de manœuvre :

« Lui (le responsable côté ministère), il a un niveau plus élevé que le mien aussi, tu vois ? Et il n'avait pas de répondants en face. Donc quel est le degré de hiérarchie qui est utile lors de ces co-constructions ? Et ... A qui revient la décision ? »
Équipe nationale Peps

Apprendre à décadrer. La conception des expérimentations Peps et Ipep en interaction avec les expérimentateurs est un travail nouveau pour les membres des équipes nationales, entraînant la mise en place de nouveaux cadres accompagnée d'un apprentissage.

« On a réussi à initier quelque chose qui n'est pas commun. Notamment pour la phase de co-construction avec les professionnels qui a suivi, qui est aussi, en France, et dans nos environnements, quelque chose de nouveau et qui s'est plutôt bien passé. »
Équipe nationale Ipep

Les membres des équipes nationales ne sont plus seulement des concepteurs d'appel à projet et des contrôleurs de la conformité des projets à l'appel, mais également des accompagnateurs des expérimentateurs. Lors des séances de « co-construction », ils font un travail de recueil de leurs avis, et parfois de négociation et de conviction qui suscite un apprentissage de leur part.

« Il y a vraiment une particularité dans l'article 51 parce que l'on a ce travail, cette expertise, cette transversalité, ces outils. Cela change beaucoup, par rapport aux personnes que l'on était au début de l'expérimentation, en tant que professionnels. (...) Sur les compétences, c'est vraiment un apprentissage extrêmement important. (...) C'est-à-dire qu'il ne suffit pas d'aimer l'innovation, (...) pour être un bon accompagnateur de l'innovation. »

Équipe nationale Peps

Ces apprentissages et interactions avec les expérimentateurs sont, dans l'ensemble, perçus comme positifs par les membres des équipes nationales. Pour autant, les interactions avec les expérimentateurs ne sont pas toujours faciles, ceux-ci tentant de négocier certains aspects des modèles économiques.

« Pour les gens qui portent ces expérimentations et qui sont en contact régulier avec les porteurs de projet, à la fois, c'est galvanisant et, parfois, on est un peu pris entre les deux. »

Équipe nationale Ipep

Ces difficultés sont renforcées par l'organisation *ad hoc* des équipes nationales, les responsables d'équipe n'étant pas toujours là pour arbitrer. De plus, majoritairement des médecins expérimentés, les expérimentateurs cumulent âge élevé, position sociale haute et genre bien souvent masculin face à de jeunes femmes en début de carrière.

Un turn-over important. Parmi les seize acteurs des équipes nationales ayant participé aux séances de « co-construction » en 2019, seuls trois en sont encore membres début 2021. Le ministère et la Cnam sont traversés par des logiques de carrière, et il n'est pas rare qu'un des acteurs quitte son poste pour un autre plus avantageux au bout de deux ou trois ans. Les acteurs, également aux âges sociaux de la parentalité, prennent des congés parentaux. Sur le long terme, ce *turn-over* fragilise les équipes nationales d'autant que les effets d'apprentissage sont importants dans ces dispositifs expérimentaux, et que les expérimentateurs, eux, restent stables.

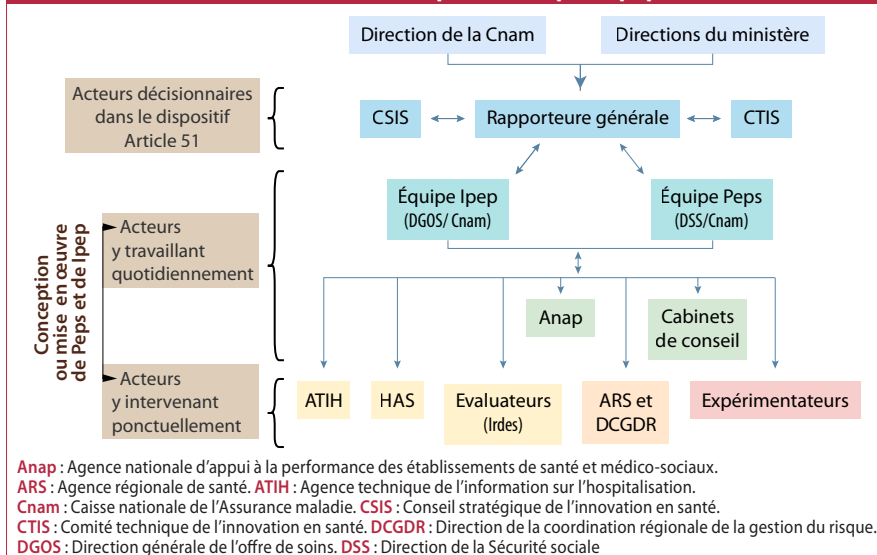
De plus, les équipes nationales font face à un travail conséquent, bien que suscitant de l'enthousiasme, dans un calendrier serré et en interaction avec un nombre important d'institutions. Cette charge de travail est forte à toutes les étapes de l'initiation des expérimentations.

« C'était très intense, parfois trop, notamment les travaux de co-construction. C'est parce que j'avais d'autres sujets en même temps aussi, (...) cela faisait beaucoup. »

Équipe nationale Ipep

S2

Acteurs impliqués dans le dispositif de l'article 51 et dans la mise en place de Peps et Ipep



Sur le fil de l'expérimentation : embarquer les expérimentateurs sans perdre la main

L'organisation spécifique à l'article 51 permet de sortir des cadres habituels de conception et de mise en œuvre des politiques. Une fois les AMI rédigés, une première étape est de sélectionner les organisations de santé pour participer aux expérimentations. Puis, au cours de l'élaboration des cahiers des charges, il s'agit de susciter l'engagement des acteurs concernés par ces expérimentations en adaptant les modèles à leur organisation (décadrer), tout en définissant plus précisément les modèles économiques en tenant compte des contraintes institutionnelles (recadrer).

Un processus de sélection en interaction

Des critères de sélection objectivables. La sélection des organisations de santé suit un processus inscrit dans le dispositif de l'article 51 et propre à chaque expérimentation. Les deux équipes nationales projettent ces processus de sélection par des critères objectivables, en lien avec les membres des ARS.

L'équipe Ipep a reçu 78 candidatures lors de l'AMI et en a sélectionné 18, en s'appuyant sur des critères objectifs tels que le nombre de patients inclus dans l'expérimentation ou encore des groupements favorisant une approche générale de la patientèle d'un territoire. Un premier compromis est fait sur ce point : les candidatures hospitalières, du fait de la spécialisation médicale, reposent toutes sur une ou deux pathologies et auraient été exclues de l'expérimentation.

« On a eu énormément de candidatures qui étaient sur des filières qui partaient de l'hôpital. (...) On voyait bien que cela ne répondait pas à la philosophie du projet. (...) On a réussi à convaincre "Déjà, toutes les candidatures mono-pathologies, on les exclut d'emblée. On fait vraiment de l'aspect populationnel, d'être au moins sur deux pathologies, un critère discriminant". »

Équipe nationale Ipep

L'équipe Ipep accepte les candidats travaillant sur au moins deux pathologies chroniques afin de pouvoir inclure des acteurs hospitaliers. Pour Ipep, 18 collectifs sont sélectionnés (dont 1 également dans Peps) dans 10 régions différentes : 7 sont portés par des structures hospitalières, 4 par des collectifs ville-hôpital, et 7 par des maisons de santé seules.

L'expérimentation Peps reçoit 39 candidatures et en retient 11 (dont 4 n'ont pas signé le cahier des charges). L'équipe Peps trie d'abord les projets selon la patientèle sur laquelle ils portent, sélectionnant les projets sur le diabète, les personnes âgées ou sur la patientèle totale de la structure.

« On a fait une grille d'analyse, combien ils sont dans l'équipe, combien de patients. Des données assez chiffrées. Sur le projet en général, est-ce qu'ils ont bien compris Peps, où est-ce qu'ils veulent aller ? »

Équipe nationale Peps

Ensuite, l'équipe Peps tente d'estimer la motivation des professionnels de santé à passer à un paiement au forfait. Elle sélectionne 11 candidatures, regroupant 28 organisations de santé, dont 17 maisons de santé, 10 centres de santé municipaux et 1 centre de santé communautaire.

Des ARS qui commencent à investir le sujet. Ces critères objectivables forment un cadre aux interactions entre les équipes nationales et leurs interlocuteurs en ARS, les membres du CTIS, et les futurs expérimentateurs, venant remodeler les processus de sélection. Ainsi, les membres des ARS sont désignés par le CTIS comme les instructeurs des dossiers de candidature, aux côtés des équipes nationales. Le CTIS est pour sa part l'organe de décision par délégation des ministres. Les membres des ARS sont sollicités par les équipes nationales pour donner leur avis écrit et lors d'interactions par téléphone ou mail. Cependant, le processus de sélection est réalisé sur un temps très court, durant l'été 2018, et concerne des questions techniques ardues pour les ARS qui commencent à peine à investir le sujet. Néanmoins, les équipes nationales soulignent l'utilité de ces interactions, les membres des ARS sont reconnus comme des acteurs proches du terrain, connaissant bien les professionnels de santé et les écosystèmes locaux. Dans les cas, minoritaires, où les avis des équipes nationales et ARS divergent (par exemple, au sein des 78 candidatures Ipep, 20 ont reçu un avis divergent de l'ARS et de l'équipe nationale), de nouveaux échanges ont lieu pour convaincre l'autre partie, et dans trois cas où un consensus n'est pas trouvé, le CTIS prend la décision finale. Globalement, l'influence des ARS sur la sélection, bien qu'effective, est limitée.

Des professionnels de santé qui s'adaptent aisément aux cadres. Les professionnels de santé peuvent influencer sur ces processus. Les candidatures retenues pour participer aux

expérimentations concernent souvent des organisations portées par des représentants de syndicats, d'Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ou de fédérations pluriprofessionnelles nationales ou régionales, dont certains participent depuis plusieurs décennies aux expérimentations successives proposées par le ministère et la Cnam. Parmi les 18 collectifs Ipep, 14 sont portés par au moins un représentant syndical ou professionnel, et parmi les 11 collectifs Peps, on en compte 6. Les professionnels en question sont engagés dans des organisations de soins primaires de libéraux comme des URPS, le syndicat MG France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) ou la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS), ou de salariés comme l'Union syndicale des médecins de centre de santé (USMCS) ou la Fédération nationale des centres de santé (FNCS). Côté Ipep, cinq collectifs hospitaliers sont représentés par la Fédération hospitalière de France (FHF). Ces professionnels ont une double représentation : ils portent à la fois des intérêts propres à leur collectif engagé dans l'expérimentation, et, en tant qu'élus ou représentants, ils représentent une partie de leur groupe professionnel ou d'une mouvance pluriprofessionnelle. Les équipes nationales expliquent que ces acteurs étaient incontournables par l'envergure et la qualité des projets qu'ils portaient.

« Il y avait quelques leaders que l'on ne peut pas exclure, *in fine*. Ils avaient plutôt de bonnes candidatures de toute façon. »

Équipe nationale Ipep

Ces acteurs, formant un réseau d'expérimentateurs en soins primaires, ont des ressources qu'ils mobilisent à toutes les étapes du processus de sélection. Ainsi, la diffusion des AMI se fait dans un temps restreint, et les représentants y ont plus facilement accès *via* leurs liens préexistants avec des membres des ARS ou des équipes nationales, ou *via* leur appartenance à certains réseaux d'acteurs, pour les deux expérimentations.

« Nous, en tant qu'expérimentateur de plein de trucs depuis belle lurette, on (l'équipe nationale) est un peu venu nous chercher. »

Médecin généraliste libéral, MSP

1 Pour compter ces représentants, les noms des professionnels ayant assisté à au moins une séance de co-construction ont été recherchés sur le web. Les résultats ont été confirmés en croisant plusieurs sources (site web des syndicats, fédérations, Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ; profils LinkedIn etc.). Il est toutefois possible que certains professionnels engagés n'aient pas été repérés par cette méthode et que leur nombre soit légèrement supérieur.

De plus, habitués des appels à projets, ces professionnels ont acquis une expertise pour répondre aux attentes des pouvoirs publics : leurs dossiers de candidatures comportent de la littérature et des statistiques, formant un contraste avec ceux de professionnels moins socialisés à de telles démarches. Ils témoignent d'ailleurs des facilités qu'ils ont eues à remplir ces dossiers, du fait de leurs expériences antérieures.

« (Pour le dossier de candidature), il suffisait de faire du copier-coller (...), il n'y a pas énormément de différences entre quand vous déposez un projet pour participer à une expérimentation Paerpa ou (...) un article 51. »

Médecin généraliste libéral, MSP

Enfin, du fait de leur participation antérieure à d'autres expérimentations, des liens d'interconnaissance se sont créés avec certains membres des équipes nationales, ce qui facilite leur sélection. Des référents ARS disent d'ailleurs que, malgré leurs avis négatifs, certains projets « *passaient quand même* ». Les expérimentateurs sélectionnés pour participer aux projets Peps et Ipep sont donc, pour beaucoup, des acteurs antérieurement socialisés à de telles démarches, et qui bénéficient par leurs positions de nombreuses ressources sur lesquelles s'appuyer pour faire valoir leurs avis durant l'élaboration des cahiers des charges.

Elaborer des modèles économiques avec les expérimentateurs

Les modèles économiques au cœur des discussions. Les cahiers des charges des expérimentations sont élaborés entre septembre 2018 et mars 2019, lors de douze journées de travail en groupe (6 pour Ipep, 6 pour Peps), à Paris. Chaque séance réunit plus d'une trentaine d'acteurs. Si les contenus de ces groupes diffèrent selon les expérimentations, Peps et Ipep ont suivi des calendriers similaires. Les séances dites de co-construction sont cadrées en amont par les équipes nationales et portent sur la définition des modèles économiques. Pour Ipep, les séances portent principalement sur la définition des indicateurs de qualité, la construction du questionnaire sur l'expérience du patient et sur les modalités de calcul de l'évolution de l'efficacité des organisations de santé. Pour Peps, il s'agit davantage de déterminer le périmètre et l'ajustement du forfait. Les éléments portés à la discussion par l'équipe nationale au cours de ces séances, très techniques, portent sur des aspects précis de la conception des modèles économiques : par exemple, le choix des indicateurs de qualité pour Ipep ; les éléments de pondération du forfait pour

Peps. Les équipes nationales conçoivent les expérimentations comme des innovations de financement, dont l'innovation organisationnelle qui en découlerait serait pensée localement par les professionnels et n'est donc pas discutée en séance. Cette technique met à distance les questions politiques habituellement portées par les organisations professionnelles, dans un premier temps du moins. De plus, les professionnels ne sont pas experts de ces sujets et dépendent, à des degrés différents selon leurs socialisations à ces questions, des informations transmises par les équipes nationales pour appréhender le contenu des séances.

« En 2019, je participais aux réunions sur les indicateurs socles, les indicateurs je ne sais pas quoi, je suis parti parce que ça me donnait de l'urticaire. Il ne faut pas des groupes de travail pour faire des idées, des conceptualisations. Non, on parle des problèmes concrets du quotidien, on met des choses en place tout de suite, pas dans un an et demi. »

Médecin généraliste, Ipep

On voit alors un décalage entre une logique de projet qui s'étend sur cinq ans, amenée par l'équipe nationale, face aux expérimentateurs venus résoudre des problèmes du quotidien : aux explications sur les indicateurs de qualité, les expérimentateurs répondent par des cas pratiques, que l'équipe nationale doit réinterpréter au regard du modèle économique.

Un cadre d'interaction renouvelé mais sous contrainte. Les séances de « co-construction » offrent de nouveaux cadres d'interaction entre pouvoirs publics et professionnels de santé, comparativement aux négociations conventionnelles (Hassenteufel, 2010). Ces cadres sont renouvelés par les acteurs présents : du côté national, le ministère est introduit dans la discussion à parts égales avec la Cnam. Les membres des équipes nationales n'ont pas accès à la décision, contrairement aux négociations conventionnelles où le directeur général de la Cnam anime les séances. Les décisions sont prises *a posteriori* par le CTIS, avec lequel les professionnels de santé n'ont pas d'interaction directe, bien que dans la majorité des cas, le CTIS procède à la validation des négociations passées entre les professionnels de santé et les équipes nationales plus qu'à leur arbitrage. De plus, les séances de « co-construction » permettent de prendre en compte des professionnels qui n'ont pas habituellement accès à des négociations plus formalisées : par exemple, les coordinateurs des maisons de santé, qui n'ont pas de représentation syndicale, ou plus largement les profession-

nels n'étant pas engagés dans des syndicats ou des fédérations majoritaires.

La « co-construction » amène l'équipe nationale à déployer des instruments assez novateurs pour le ministère comme pour la Cnam. Dans les deux expérimentations, les avis des professionnels sont mobilisés à travers diverses méthodes : ateliers, questionnaires, temps d'échanges, recueils écrits, focus groupes... Ces méthodes plus ou moins participatives contribuent à cadrer les échanges. L'équipe Ipep mobilise ponctuellement les professionnels de manière représentative sur des questions fléchées, grâce à un système de vote, et met en place des échanges collectifs pour délibérer. L'équipe Peps recueille les avis pour chaque organisation de santé, notamment au moyen de questionnaires diffusés en amont de chaque séance. Les décisions sont fortement orientées par le principe de représentativité : les membres de l'équipe Peps procèdent au comptage des avis des représentants des organisations de santé. La « co-construction » en tant que telle est donc circonscrite à des thématiques très précises.

« La co-construction était relative, bien évidemment, c'était dirigé par le ministère et la Cnam. Ils avaient leurs *a priori* et leur objectif, c'était d'amener le groupe vers le modèle qu'ils avaient prévu, c'est la règle du jeu. »

Médecin généraliste salarié, Peps

Cette limitation n'est pas mal perçue par les expérimentateurs rencontrés qui, en entrant dans le dispositif, acceptent cette régulation. Ces contraintes dépendent principalement de contraintes techniques liées à la nécessité d'innover en partant de l'existant. Par exemple, pour les indicateurs de qualité, au cœur du modèle Ipep, le premier critère de sélection était le fait que le recueil de ces indicateurs soit déjà automatisé dans le Système national des données de santé (SNDS).

« On a fait une revue des indicateurs de qualité existants, utilisés dans les différents systèmes pour mesurer la coordination et l'efficacité des systèmes de santé. (...) On les a soumis aux groupements Ipep dans la phase de co-construction. (...) Le critère de faisabilité était le plus important parce qu'il fallait que les indicateurs soient au maximum automatisables. Notre objectif est de ne pas avoir d'indicateurs déclaratifs qui mettent une charge supplémentaire sur les équipes en impliquant du recueil et donc des données pas forcément fiables, et qui ne permettent pas de se comparer à une moyenne nationale. »

Équipe nationale Ipep

Les conséquences de ces contraintes techniques sur la conception des modèles économiques sont importantes et conduisent à se centrer sur le recours et les dépenses de soins.

Contourner les cadres, négocier dans les coulisses. Bien que ces séances de « co-construction » soient cadrées, certains des représentants de syndicats ou de fédérations mobilisent des ressources pour contourner les règles du jeu. Ainsi, habitués aux négociations conventionnelles, certains portent des revendications où se mêlent les intérêts des organisations de santé qu'ils représentent et ceux de leur syndicat ou fédération.

« Ces professionnels qui participaient au groupe de co-construction, (...) c'était des *leaders*, des gens qui sont visionnaires, parfois un peu militants, parfois un peu utopistes, mais qui devaient représenter la base aussi de leurs structures. Sinon, quand ils revenaient dans leurs équipes, si le truc était délirant, ils allaient se ramasser. »

Médecin généraliste libéral, MSP

Ces professionnels tentent de négocier certains aspects des cahiers des charges. Ces négociations se déroulent la plupart du temps en dehors des séances de « co-construction » lors d'échanges par courriels ou au téléphone, bien que certains expérimentateurs soient particulièrement vindicatifs en séance. Certains mobilisent des ressources liées à leurs positions dans les syndicats ou fédérations, par exemple, en envoyant des lettres au cabinet de la ministre ou en recourant aux médias. Ces jeux d'acteurs ont des résultats inégaux et n'aboutissent pas toujours.

Au-delà de ces jeux d'acteurs fortement liés aux ressources de représentants de syndicats ou de fédérations, les équipes nationales ont l'enjeu fort de susciter l'engagement des expérimentateurs. Ainsi, pour certains professionnels, envisager de quitter l'expérimentation est parfois un levier de négociation, leur permettant de souligner l'urgence de leurs préoccupations, mais c'est également un dernier recours lorsqu'ils ne peuvent plus imaginer s'engager dans l'expérimentation.

« Peps, c'est sur le fil du rasoir. On a l'impression qu'on va les perdre du jour au lendemain, ils ont tous failli partir, au moins une fois. »

Équipe nationale Peps

Particulièrement dans l'expérimentation Peps, les professionnels des organisations de santé s'engagent prudemment dans une expérimentation qui modifie profondément leur mode de paiement, et déplace vers leur organisation une partie du risque financier endossé jusque-là par l'Assurance maladie.

* * *

Les expérimentations Peps et Ipep ont été pensées pour répondre à un défi majeur : faire évoluer les modes de financement des soins primaires en France afin d'améliorer la coordination des soins et la qualité des parcours des patients. Ces dispositifs nouveaux reposent sur l'idée de construire des politiques publiques « par le bas ». Cela entraîne des modifications dans les routines organisationnelles des équipes du ministère en charge de la santé et de la Cnam, qui apprennent à travailler dans une démarche partenariale, et également en interaction avec les professionnels de santé. Pour autant, ces évolutions entraînent certaines fragilités. D'abord, au niveau même de l'organisation des équipes nationales, cela leur demande un travail conséquent, sans doute au-delà de celui estimé initialement. Les équipes connaissent un fort *turn-over*, qui a des effets puisque leur travail repose sur des processus d'apprentissage de ces nouvelles méthodes. Ensuite, les interactions avec les professionnels de santé représentent un enjeu central, car ces derniers sont pour

beaucoup habitués aux négociations avec les pouvoirs publics, et possèdent des attributs de genre, d'âge et de position sociale qui jouent en défaveur des équipes nationales dans les interactions. Ainsi, des rapports de pouvoir se jouent dans les négociations, et la conception des expérimentations est à la fois moins *bottom-up* qu'on ne pourrait le croire, puisque les équipes nationales cadrent fortement les interactions, mais en même temps certains professionnels possèdent des ressources pour contourner ces cadres. Dans les observations réalisées après la publication des cahiers des charges, certains aspects des modèles économiques continuent d'être négociés entre les équipes nationales et les expérimentateurs. Cela montre la nécessité, dans la mise en œuvre d'expérimentations complexes et impliquant un grand nombre d'acteurs, d'un temps long qui permette des acculturations réciproques et la construction de relations de confiance, pour penser autrement l'action publique. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barbier J.-C. (2010). « Éléments pour une sociologie de l'évaluation des politiques publiques en France ». *Revue française des affaires sociales*, 1, p. 25-49.
- Breton É. (2014). « Répondre à l'appel (à projets) : Récits d'un apprentissage silencieux des normes de l'action publique patrimoniale ». *Politix*, n° 105, 1, p. 213.
- Cairney P. (2016). *The Politics of Evidence-based Policy Making*. Palgrave Pivot, 1-137 p.
- Chevillard G., Mousquès J. (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeop*, p. 1-28.
- Dolowitz D.P., Marsh D. (2000). « Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making ». *Governance*, 13, 1, p. 5-23.
- Douguet F., Fillaut T., Hontebeyrie J. (2016). *Intervenir en première ligne, Les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité*. Paris : L'Harmattan (Coll. Le travail du social).
- Hassenteufel P. (2010). « La difficile affirmation d'un syndicalisme spécifique aux généralistes », dans *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique (Coll. Métiers santé social), p. 403-418.
- Hassenteufel P., Naiditch M., Schweyer F.-X. (2020). « Les réformes de l'organisation des soins primaires : perspectives multi-situées. Avant-propos ». *Revue française des affaires sociales*, 1, 1, p. 11-31.
- Jatteau A. (2013). *Les expérimentations aléatoires en économie*, La Découverte (Repères).
- Lemaire N., (2017). « Expériences étrangères de coordination des soins : les *Accountable Care Organizations* de Medicare aux États-Unis ». Secrétariat général des ministères sociaux.
- Mousquès J., Lenormand M.-C. (2017). « L'expérience américaine des *Accountable Care Organizations* : des enseignements pour la France ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 227, avril.
- Mousquès J., Bourgueil Y. Avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard G., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». *Irdes, Rapport n° 559*, décembre.
- OECD (2016). *Better Ways to Pay for Health Care*. OECD (OECD Health Policy Studies).
- Vézinat N., (2019). *Vers une médecine collaborative, politique des maisons de santé pluri-professionnelles en France*. Paris : Puf.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek • Relecteurs : Antoine Marsaudon et Julien Mousquès • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Septembre 2021 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).