

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.pdf>

Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer

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

L'article 51 de la Loi du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé attachées à des modes de financement dérogatoires. Celles-ci permettent de décloisonner les prises en charge des patients, traditionnellement assises sur un financement rémunérant l'activité individuelle des professionnels de santé libéraux. Trois expérimentations de financements alternatifs à l'acte sont ainsi initiées au niveau national (Morize *et al.*, 2021) : le Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps), l'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) et le paiement à l'Épisode de soins (EDS). Les deux premières, s'intéressant plus particulièrement à la rémunération des professionnels de soins primaires, sont étudiées ici.

La circulaire du 13 avril 2018 informe les Agences régionales de santé (ARS) sur la procédure concernant le suivi des projets s'inscrivant dans ces expérimentations. En région, l'initiation de la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep s'étend du premier semestre 2018 au début de l'année 2020. Comment les acteurs régionaux, en particulier les ARS, s'emparent-ils de ces nouveaux dispositifs dont une partie est conçue à l'échelle nationale ?

L'enquête sociologique qualitative, fondée sur une vingtaine d'entretiens menés entre novembre 2019 et février 2020 dans quatre régions ayant participé à la phase de co-construction des cahiers des charges des expérimentations nationales Peps et Ipep, analyse les étapes suivies par les référents régionaux des ARS et du réseau de l'Assurance maladie, ainsi que les enjeux rencontrés dans cette phase initiale. Cette étude de cas interroge plus largement le rôle des différents échelons territoriaux dans l'élaboration et la mise en œuvre du renouvellement de l'action publique en santé.

 Les Agences régionales de santé (ARS), créées par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, ont pour mission à la fois de mettre en œuvre des politiques nationales au niveau local, de réguler l'offre de soins, et de financer et d'évaluer des projets adaptés aux spécificités de leur région, selon des axes définis dans un Plan régional de santé (PRS). En se substituant aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les ARS élargissent leur champ d'action, entre autres, à la régulation des soins primaires.

Dans ce contexte, la Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, par son article 51, introduit un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé attachées à des modes de financement dérogatoires. Plusieurs modalités d'expérimentation sont possibles : celles dites « à l'initiative des acteurs » (projets pilotés au niveau régional), et celles en réponse à un appel à projets interrégional ou national. Les Appels à manifestations d'intérêt (AMI),

Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) et Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) [encadré Définitions], font partie de la seconde modalité, qui nous intéresse ici.

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

² Icone Médiation santé, Rennes, France.

³ Centre de sociologie des organisations, Sciences Po, Paris, France.

La mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep repose ainsi sur un pilotage centralisé par des équipes nationales issues du ministère de la Santé et de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) [Morize *et al.*, 2021]. De leur côté, les ARS sont, en région, les pilotes du dispositif de l'article 51 pour l'ensemble de ses modalités, et ce, en lien avec le réseau de l'Assurance maladie. Les équipes nationales d'appui sont ainsi en relation avec les 17 ARS par l'intermédiaire de référents régionaux, échelon territorial identifié comme pertinent pour la mise en œuvre des politiques de santé (Pierru, 2012). La question se pose donc de savoir comment les acteurs régionaux, et en particulier les ARS, s'emparent de ces nouveaux dispositifs dont une partie est conçue et définie à l'échelle nationale (AMI).

La découverte et l'appropriation en région du dispositif de l'article 51, sur l'ensemble de ses modalités, s'étendent du premier semestre 2018 jusqu'au mois de février 2019. Durant cette période, les référents article 51 des ARS, côté État, et des Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), échelon régional du réseau de l'Assurance maladie, sont confrontés à des enjeux de différentes natures : des enjeux organisationnels liés à de nouvelles manières de travailler ; des enjeux institutionnels liés à l'apprentissage d'un travail conjoint, bousculant les cultures institutionnelles traditionnelles ; des enjeux territoriaux qui interrogent les rôles et les niveaux de prise de décision, de suivi de l'avancement des projets et la proximité aux porteurs des projets ; enfin, des enjeux cognitifs autour de manières de raisonner, du maniement de certains outils et méthodes de travail, ainsi que de la compréhension des modèles économiques sous-jacents aux projets.

La mise en regard de ces enjeux avec les enjeux nationaux (Morize *et al.*, 2021) contribue à une réflexion sur les échelles d'actions territoriales et sur le renouvellement de l'action publique dans le cadre expérimental de l'article 51.

Trois phases dans la découverte et l'appropriation du cadrage national des expérimentations Peps et Ipep en région

En région, les 17 ARS pilotent le dispositif de l'article 51 en lien avec le réseau régional de l'Assurance maladie, en relation avec les équipes nationales projets *via* les référents régionaux. Les quatre régions enquêtées sont associées, elles, au démarrage des expérimentations Peps et Ipep car elles ont répondu à l'appel à candidatures national qui visait à inclure quelques ARS, en tant qu'observatrices, dans la co-construction des cahiers des charges (Morize *et al.*, 2021).

Cette période comprend trois phases : celle du premier semestre 2018, celle de l'été 2018, puis celle qui s'étend du second semestre 2018 jusqu'en février 2019.

Du vote de la loi à l'attente des instructions en région (janvier à juillet 2018) : une période floue, le temps d'appréhender un nouveau cadre

Au premier semestre 2018, les organisations régionales, DCGDR et ARS, sont informées de l'existence d'un nouveau dispositif expérimental. Si les ARS sont les pilotes du dispositif en région, il est clairement indiqué que les équipes de l'Assurance maladie doivent être associées dès le démarrage : « L'implication de l'Assurance

maladie est une condition essentielle de réussite du dispositif. En conséquence, il vous est demandé d'associer les directeurs coordonnateurs de gestion du risque et leurs équipes dès la mise en place de ce dispositif et de définir ensemble l'organisation à mettre en place¹».

Dans les quatre régions, cette période d'attente marque les débuts de la collaboration entre DCGDR et ARS autour de l'article 51 et de l'étude des textes pour comprendre le dispositif qui, à ce stade, reste très théorique pour les acteurs régionaux. Ces derniers ne distinguent d'ailleurs pas encore les projets article 51 « régionaux » des expérimentations nationales à venir :

« Avec M., je me souviens qu'on a vraiment dépiaté les textes qu'on avait sur Internet et qu'on [...] a tout mis sur des Post-its, tous les acteurs qu'il y avait sur ces dispositifs, toutes les étapes parce que les étapes étaient sacrément longues dans cet article 51 entre le fait d'avoir un porteur qui a une idée, qui rédige une lettre d'intention, qui rédige avec nous un cahier des charges, qui passe aussi par le ministère qui redescend à nous. C'était quand même beaucoup de phases de travail. [...] On a un contact [...] qu'on a associé depuis le départ et, en fait, l'article 51 a surtout été repris au départ par l'ARS, en associant l'Assurance maladie. »

ARS, Région C

« Alors l'article 51, cela fait suite à la Loi de financement de la Sécurité sociale. On a découvert cet article et on a dû mettre en place, du coup, une organisation sans comprendre au départ les tenants et les aboutissants de cet article. De ce que l'on comprenait au départ, il était question d'innovation, il fallait que cela vienne du terrain. On avait cela comme information. On a fait quelques réunions avec l'Agence régionale de santé parce que l'on s'est dit : "Bon là, il va falloir que l'on s'organise pour étudier les dossiers qui sont éligibles à l'article 51". [...] Pour déjà savoir si l'on avait la même définition. Et nous, en interne, on a mis beaucoup de temps. On a mis plusieurs mois avant de comprendre exactement ce qu'était un projet article 51. »

DCGDR, Région A

L'instruction des premiers dossiers de juillet à août 2018 : des institutions régionales peu influentes sur le cadrage en construction

Pour les référents ARS des quatre régions, la participation à la phase de co-construction des AMI Peps et Ipep constitue soit l'entrée dans le dispositif de l'article 51 à proprement parler, soit une aide à structurer le travail déjà entamé en région. Ce second cas de figure s'applique notamment aux régions dans lesquelles les flux entrants de projets article 51 à l'initiative des acteurs

1 Circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018.

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 celles intitulées Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

L'expérimentation Ipep 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'infirmiers de substituer au paiement à l'acte un paiement au forfait, pour l'ensemble de leur patientèle ou pour des sous-ensembles (patientèles diabétique et/ou de personnes âgées...).

sont dès le départ très importants. Dans d'autres régions, les ARS ne lancent pas d'emblée de sollicitation pour l'émergence de projets à l'initiative des acteurs, afin de se familiariser d'abord avec la philosophie de l'article 51 à travers leur participation à la phase de co-construction des AMI Peps ou Ipep.

Dans le processus de sélection des expérimentateurs qui postulent dès 2018, le travail d'instruction régional s'appuie sur le jugement, par les référents régionaux, de la capacité des acteurs à apporter leur expérience dans la construction des cahiers des charges. Ainsi, les porteurs de projets Peps ou Ipep déjà connus ou impliqués dans des démarches équivalentes (projet de coordination ville-hôpital, par exemple, pour une candidature Ipep) bénéficient d'un jugement plus positif au démarrage. *A contrario*, l'exigence des référents régionaux peut être forte sur la capacité des porteurs à « faire » ou sur la viabilité d'un projet. Aussi, les projets reposant sur une idée jugée intéres-

sante, mais dont la mise en place n'est pas encore effective ou visible, sont rarement bien évalués. Rétrospectivement, des référents régionaux ont constaté que certains projets, dont les porteurs avaient une envergure nationale, avaient bénéficié d'un portage au niveau national. Lorsqu'ils s'étaient fortement investis dans le processus de sélection, cette désarticulation entre la sollicitation de leur connaissance du terrain et une sélection des projets sur des critères parfois extérieurs à leur avis a pu provoquer étonnement et incompréhension, en particulier lorsque leur avis négatif n'avait pas été suivi par le national.

Participation à la phase de co-construction des cahiers des charges de septembre 2018 à février 2019 : observer pour mieux comprendre

La participation aux différents groupes de travail est, aux dires de certains référents, le moment où les expérimentations Peps

ou Ipep deviennent plus concrètes. Si les référents régionaux des ARS ou DCGDR avaient participé à des réunions nationales durant le premier semestre 2018, ils étaient tout de même restés dans l'expectative. Pour certains, la participation à la co-construction des cahiers des charges permet une acculturation à l'article 51, et contribue à former ce que les acteurs appellent une « jurisprudence » pour les projets régionaux, à travers une première expérience qui peut ensuite être réinvestie en région pour les projets hors AMI. La méthode de travail est également appréciée et constitue un des intérêts de la participation aux groupes de travail. L'association de quelques ARS au processus de co-construction a d'ailleurs été pensée par les équipes nationales pour les familiariser au dispositif.

« On apprenait. Ça nous a servi de retour d'expé... De jurisprudence, presque. Tiens là, il faudra se poser la question du coordinateur. Est-ce qu'il n'y en a pas un là ? On a été peu acteur, mais on a beaucoup appris. »
ARS, Région A

SOURCES ET MÉTHODES

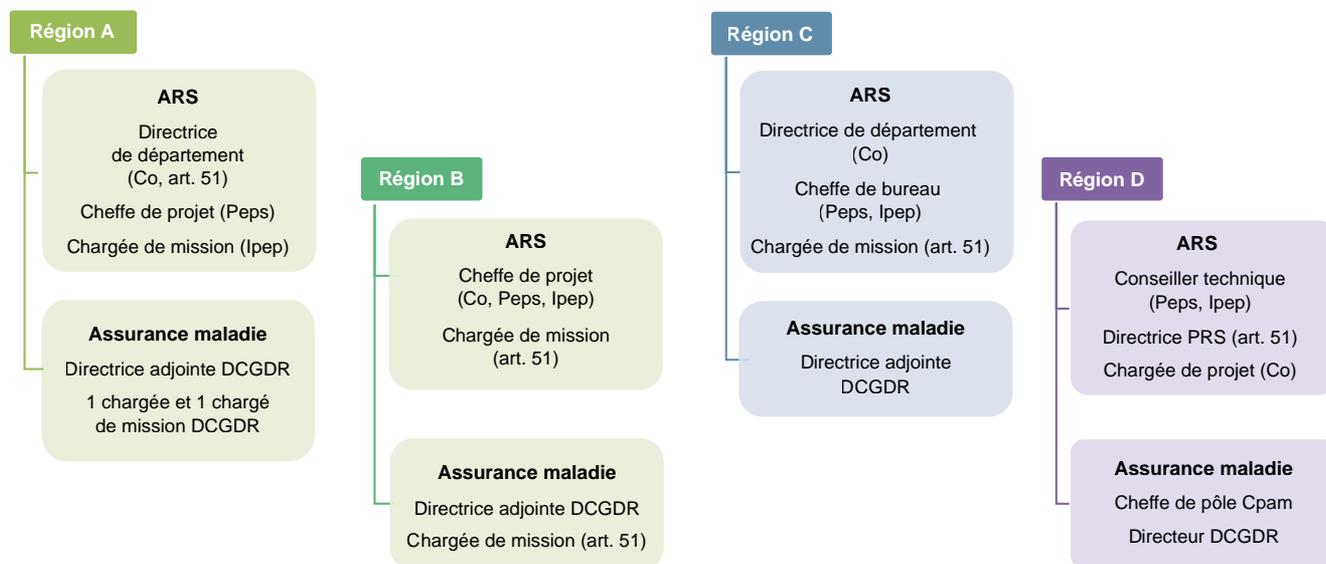
Dix-neuf entretiens sociologiques ont été réalisés entre novembre 2019 et février 2020 dans les quatre régions qui ont participé à la phase de co-construction des cahiers des charges des expérimentations Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) ou Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) [Figure]. Ces entretiens rétrospectifs ont porté sur l'histoire du démarrage de ce dispositif expérimental du point de vue des acteurs régionaux, du premier semestre 2018 à début 2020.

Certains de ces enquêtés, référents désignés des expérimentations Peps et Ipep (mention « Peps » ou « Ipep » entre parenthèses dans la figure), sont les interlocuteurs en région des équipes nationales qui pilotent ces expérimentations. Les autres personnes interviewées dans les ARS ont toutes joué, ou jouent encore,

un rôle en lien avec l'article 51, soit parce qu'elles ont participé à la phase de co-construction des expérimentations Peps et Ipep (mention « Co »), soit parce qu'elles sont référentes de l'article 51 pour les projets régionaux à l'initiative des acteurs locaux (« art 51 »), avec parfois une responsabilité conjointe vis-à-vis du Programme régional de santé (« PRS ») [2 régions sur 4].

Afin de ne pas exposer les acteurs enquêtés, les entretiens ont été anonymisés, de même que les régions où l'enquête a été menée. Les extraits d'entretiens cités dans cette synthèse n'indiquent que des appartenances institutionnelles larges afin que les acteurs concernés ne puissent être reconnus. Les régions sont anonymisées avec des lettres (A, B, C et D)

Titres et missions des référents régionaux des Agences régionales de santé (ARS) et des Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) interrogés



« Alors au moment de l'article 51, j'avais cela, plus je suivais un autre projet au niveau de la région, porté par une Maison de santé. Et je me suis un peu servi de ce que j'avais vu dans le groupe de travail Peps pour faire avancer le projet en région, en fait. »

ARS, Région D

« L'idée était plutôt de les acculturer, d'en faire des personnes qui maîtrisaient bien les tenants et les aboutissants des modèles travaillés. »

ENP

Il s'agit également, pour les référents ARS, d'un poste d'observation privilégié pour comprendre que tous les porteurs de projet n'ont pas le même niveau d'implication, certains participant plus que d'autres, et également que les différentes directions du ministère et des autres institutions nationales ne sont pas toujours d'accord. L'expérience reste très positive pour les participants, qui apprécient une démarche jugée originale, efficace et productive. Elle favorise pour certains référents un rapprochement avec les porteurs de projets de leur région ayant répondu aux AMI Peps ou Ipep, et la création d'un réseau interrégional de référents, permettant la diffusion d'outils. Ainsi, les référents qui ont participé à ces réunions les estiment globalement bénéfiques, certains les jugeant même incontournables.

« Ce que je me dis, c'est que pour une région qui n'avait pas fait partie des travaux de co-construction, qui rentrerait dans un des trois AMI, c'était pas évident. »

ARS, Région A

REPÈRES

Ce travail s'inscrit dans le premier volet, sociologique et qualitatif, du programme d'Évaluation des expérimentations de financements alternatifs à l'acte dans le cadre de l'article 51 (Era2), financé par l'Assurance maladie. La conception et la mise en place du dispositif relatif à l'article 51 au niveau national ont été analysées dans un précédent *Questions d'économie de la santé*² qui décrit le dispositif général et les spécificités attachées à deux appels à manifestation d'intérêt (AMI), Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) et Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) [Morize *et al.*, 2021]. Cette recherche sera poursuivie par une enquête dans des organisations de professionnels de santé mettant en œuvre les expérimentations Peps et Ipep.

¹ <https://www.irdes.fr/recherche/enquetes/era2-evaluation-d-experimentations-article-51-de-remuneration-alternative-a-l-acte/actualites.html>

² <https://www.irdes.fr/recherche/2021/ques-261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.html>

En effet, dans les régions étudiées, la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep répond en premier lieu à des enjeux organisationnels.

Les enjeux organisationnels attachés au déploiement des expérimentations Peps et Ipep en région : initier le pilotage transversal d'un dispositif inédit

Le déploiement du dispositif de l'article 51 dans les institutions régionales nécessite de structurer localement la gestion des projets. Cela demande un travail important, du fait du caractère transversal de ces dispositifs, qui est nouveau pour les administrations régionales et, particulièrement, pour les ARS.

Une organisation qui se met en place et évolue dans le temps

Le développement du travail en région induit de la part des référents régionaux un investissement important en temps. Au démarrage, on observe un choc, une période de rodage autour de trois sujets : l'instruction des projets, les circuits d'information internes et les modalités de travail entre ARS et Assurance maladie. Ce démarrage concerne aussi bien les projets article 51 à l'initiative des acteurs que les AMI. Les référents des institutions régionales ne distinguent pas toujours les deux processus, qui, on le verra, s'alimentent l'un l'autre. Puis les modalités de travail se stabilisent. Les référents élaborent des outils de suivi des dossiers, mettent en place des tableaux de bord, formalisent des procédures, font circuler des informations. Chaque région structure « son » dispositif de l'article 51 :

« Chacun faisait comme il pouvait. Donc on a fait des procédures, des processus. »

ARS, Région A

Un autre sujet s'avère délicat pour certaines régions : la gestion des flux de projets. Dans deux régions, des circuits très formalisés se mettent en place pour solliciter les personnes qui détiennent une expertise métier :

« Il a fallu qu'on structure effectivement une organisation pour que, à chaque projet reçu, on puisse faire appel aux expertises qui étaient nécessaires en interne. »

ARS, Région A

Toute cette structuration sous forme de procédures, de tableaux de bords, de cir-

cuits de dossiers, s'inscrit dans un dispositif plus général de pilotage qui permet aux acteurs régionaux de prendre des décisions. Outre les structurations internes à chaque institution, ARS ou DCGDR, la mise en place d'un travail conjoint entre elles se fait de façon précoce dans les quatre régions. Il se met en place dès 2018 et la division du travail semble alors très claire pour les référents, autour d'expertises spécifiques. L'ARS pilote, la DCGDR fournit des données, produit des statistiques. La collaboration régionale entre les deux institutions est facilitée par le fait qu'elle a été impulsée par le national au moyen, notamment, de réunions conjointes à Paris entre l'Assurance maladie et le ministère de la Santé. Pour autant, cette concertation ne va pas de soi. C'est lorsque le travail est réalisé en commun et approfondi que la concertation entre les deux institutions est fructueuse. Plus généralement, le dispositif de l'article 51, du moins au démarrage, repose fortement sur l'engagement et le travail d'individus qui le portent au sein des institutions régionales.

Un dispositif reposant sur l'engagement des référents régionaux, dont le travail sort des cadres administratifs traditionnels

Le succès du déploiement des expérimentations en région repose en partie sur la capacité des individus à inventer de nouvelles formes de structuration (pilotage en interne à l'ARS, modalités de collaboration entre l'ARS et l'Assurance maladie) et à les faire vivre. Cette capacité, multiple, passe notamment par l'investissement dans des relations entre les référents des différentes institutions. Pour ceux de la première vague qui ont découvert ensemble le dispositif, voire ont dû travailler dur ensemble au démarrage pour comprendre les textes, cela a parfois produit des rapprochements personnels. Au final, les référents de l'Assurance maladie ont accueilli positivement l'expérimentation parce qu'elle leur permettait de sortir d'un cadre de travail qu'ils percevaient comme un « carcan » administratif.

« Moi, c'est vrai que c'est pour ça que j'apprécie aussi le sujet de l'article 51, c'est que ça nous sort aussi un peu de nos carcans réglementaires d'Assurance maladie. C'est vrai que c'est ça qui est intéressant, parce que finalement, on se dit : "Ben oui, en fait, on a une idée. Puis finalement, c'est possible de la mettre en œuvre". Je trouve que c'est bien. »

DCGDR, Région B

D'autres motivations à s'investir proviennent du fait que cette expérimentation permet d'inventer ou d'affermir les liens avec les professionnels de santé. Aux dires de ces référents, c'est un changement de posture valorisant. Ainsi, certains expriment leur satisfaction à pouvoir aider les acteurs à monter leurs projets plutôt que de les inscrire dans un cadre réglementaire ou un cahier des charges stricts. La posture d'écoute et d'accompagnement dans laquelle ils se placent vis-à-vis des professionnels de santé leur paraît plus propice pour faire émerger des projets.

« J'ai été convaincu par la méthode, par l'intérêt. Et ça me motive au quotidien. Le fait d'être à l'écoute des acteurs, d'essayer de répondre, le changement de posture. Même si c'est complexe. Je ne débute pas non plus dans mon métier, comme on a pu le voir. J'ai déjà des années derrière, donc même si c'est un effort de ne pas tomber dans ces travers, moi j'y crois beaucoup. J'ai envie de travailler comme ça. »

ARS, Région A

Enfin, l'enthousiasme peut provenir également du fait que cette démarche transversale et constructive permet aux référents d'étendre leur réseau, même à l'intérieur de leur institution. Le revers de la médaille de cet enthousiasme initial est le fort investissement en temps que cela nécessite. Dans l'ensemble, ils estiment que les charges de travail ont été sous-estimées. Ce phénomène n'est pas nouveau dans les ARS et a été étudié lors de la mise en place des Contrats locaux de santé. La difficile maîtrise des flux de projets a augmenté les charges de travail des agents (Juhle *et al.*, 2021). Ici, cet accroissement provient d'un double mouvement : un mouvement vers les acteurs locaux puisque la démarche est construite de cette manière et appréciée par les référents, et un mouvement vers le niveau national qui est un lieu d'apprentissage pour les référents régionaux.

Certaines équipes s'étoffent, d'autres non. Les équipes régionales s'adaptent et lorsqu'elles perdent des ressources humaines, elles s'investissent moins. D'une façon générale, le processus est fragilisé lors des mouvements de personnes, congés parentaux, fins de Contrat à durée déterminée (CDD), qui sont relativement fréquents. Dans trois des quatre régions, du côté de l'ARS ou de la DCGDR, des mouvements de personnes ont été observés.

« Depuis le départ [de la référente art 51], je me suis retrouvé en première ligne. [...] J'ai suivi la dernière visio, fin décembre. Mais c'est vrai que je me dis, je ne vais pas pouvoir m'impliquer à la hauteur de ce [qu'elle] faisait. J'ai plein d'autres

choses. Du coup, je sais que pour l'instant, je ne sais pas. En interne, recruter, c'est compliqué. Donc, ce n'est pas dit que l'on ait un recrutement. [...] Quand [la référente art 51] a dit qu'elle partait, c'était un peu panique à bord. »

DCGDR, Région B

« Moi, je suis revenue, il y a un an, de congé maternité et donc j'ai un peu raté [...] Je suis partie sept mois [...] Et quand j'ai repris, le 2 janvier, l'année dernière, on m'a proposé d'être référente pour la Direction. »

ARS, Région C

La mémoire de ce dispositif, qui ne suit pas les cadres administratifs habituels, se perd avec les mouvements d'équipes. Toutes les procédures mises en place visent à stabiliser des modalités organisationnelles (circuit des dossiers, comitologie...). Le déploiement du dispositif expérimental de l'article 51 et ses AMI n'est cependant pas qu'un processus organisationnel, il est également cognitif, comme nous le verrons. La connaissance accumulée n'est pas toujours formalisable, tout comme le changement de posture qui se développe, depuis un contrôle de conformité vers un accompagnement des projets. La culture du dispositif s'acquiert et se diffuse, mais elle est difficilement transposable dans des procédures.

Un projet transversal porté par une multitude d'acteurs aux expertises spécifiques, dans des environnements cloisonnés

Le caractère transversal de cette expérimentation se heurte à des organisations fondées sur des expertises distribuées. Les référents sont confrontés au fait qu'ils n'ont pas toujours une connaissance suffisante des problématiques spécifiques à un projet, par exemple, et qu'ils doivent s'entourer des expertises requises. Cela peut d'ailleurs être déstabilisant. Ils avouent aller à la « pêche à l'information ». Les expertises se trouvent dans d'autres directions de l'institution. Par exemple, les DCGDR peuvent avoir des référents prévention. Les ARS, elles, sont organisées en directions métiers, issues des logiques de financement venant du national (Rolland, Pierru, 2013) qui correspondent à autant d'expertises différentes.

« On va essayer de voir les bonnes personnes au bon moment. [...] Inviter à l'accélérateur la bonne personne qui sait répondre. [...] Je ne peux pas être experte en tout. Du coup, des fois, c'est assez frustrant, les accélérateurs. Parce qu'on sort de là, on se dit : "Mais je ne savais rien". »

ARS, Région A

« [Mon rôle sur l'pep] [...] c'est plus un rôle de pêche à l'info... Non, mais concrètement, c'est cela, c'est essayer d'avoir les informations, déjà c'est la première chose, et si on arrive à les obtenir, les transmettre aux Caisses concernées, faire aussi des alertes à la Cnam, enfin à la Cnam et à l'équipe nationale article 51 en lien avec l'ARS parce que, souvent, on essaie de faire des deux côtés pour essayer que ce soit bien pris en compte. »

DCGDR, Région A

L'expertise médicale est également sollicitée auprès de la Direction régionale du service médical (DRSM) de la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam). Mais certaines ARS sollicitent également des expertises externes, par exemple un Conseil départemental sur les aspects médico-sociaux, ou une université lorsqu'il y a des partenariats.

« L'ARS a une convention avec l'université (... sur) tout ce qui est en lien avec les innovations santé en général, mais pas forcément dans le cadre de l'article 51. Il y a un partenariat avec l'université, mais pas qu'en termes de compétences d'économie de la santé, souvent c'est en termes de statistiques ou de santé publique en général. Du coup, il y a une convention avec la fac qui peut intervenir sur de l'expertise. Lors du comité de pilotage, des choses comme ça... sur les questions évaluatives... »

ARS, Région B

Une fois le constat fait de la nécessité de mobiliser des expertises distribuées de façon large dans différentes institutions, le travail de mobilisation n'en reste pas moins à fournir. En effet, les directions métiers dans les ARS peuvent être souvent sollicitées par les référents article 51, surtout celles concernées par le premier recours. Pour les mobiliser, plusieurs modalités sont mises en place dans les ARS. L'information est diffusée de façon permanente et selon différents canaux. Certains référents rédigent par exemple une newsletter, d'autres vont vers leurs interlocuteurs et présentent un « point article 51 » lors de réunions de service. Le caractère continu de ce travail d'information va amener les référents à « faire partie du paysage ». Une modalité plus classique est de créer un comité *ad hoc* qui permet de réunir tous les acteurs et que l'information circule dans les deux sens : les référents informent les équipes de l'actualité nationale du dispositif article 51, et les membres des équipes informent les référents article 51 de l'avancement de certains projets qu'ils peuvent suivre. L'inconvénient de ces procédures très institutionnelles est leur lourdeur en termes de logistique (croisement des agendas, rédaction de comptes rendus, réservations de salles ...), qui a conduit certaines ARS à les abandonner. Une autre modalité observée

dans les ARS est l'organisation ponctuelle de séminaires dans lesquels les méthodes employées, calquées sur celles apprises au niveau national, sont attractives et ont pour objectif de motiver les participants.

Des institutions bousculées dans leurs rôles traditionnels : sortir du contrôle de conformité pour accompagner des projets émergents

Conformément à la circulaire du 13 avril 2018, les ARS – institutions récentes sur le terrain de la santé et qui s'organisent progressivement sur leurs territoires – sont désignées porteuses du dispositif article 51, tandis que les DCGDR et les Cnam, dont les relations avec les professionnels de santé se sont densifiées avec l'arrivée de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en 2015, sont associées au dispositif relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles. Le périmètre d'intervention donné aux ARS peut inquiéter leurs homologues de l'Assurance maladie. En effet, les relations entre ARS et DCGDR ne sont pas toujours fluides :

« Concrètement, il y a toujours eu une rivalité entre l'ARS et l'Assurance maladie. On le sent avec des anciens, on le sent dans des réunions où on n'est pas tenu informé de tout, puis en plein milieu de réunions : "Et que pense l'Assurance maladie de... ?" [...] À l'Assurance maladie, on a toujours entendu dire : "Oui, ils veulent nous prendre notre rôle d'Assurance maladie, ils prennent une place de plus en plus importante, donc il faut être présent, être là, montrer qu'on existe". Il y a toujours cette crainte de l'Assurance maladie quelque part par rapport à l'ARS. »
DCGDR, Région C

Si le dialogue entre ces institutions ne va pas de soi, il s'engage pourtant dès le démarrage et un travail conjoint se met en place dans les quatre régions étudiées. Deux processus expliquent en partie ce succès. Le premier processus est, sur le terrain, un investissement des référents dans des relations interpersonnelles. Le second processus découle du cadrage national qui montre l'exemple avec un travail conjoint entre l'Assurance maladie et le ministère de la Santé, visible des acteurs régionaux et locaux. Les référents des ARS et des DCGDR actent tous globalement que leurs cultures institutionnelles sont bousculées. Dans le prolongement de transformations culturelles amorcées à travers l'accompagnement fourni aux maisons de santé pluriprofessionnelles dans le cadre des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) [Fournier *et al.*, 2014] et de l'ACI qui a suivi, c'est

aujourd'hui l'ensemble du dispositif article 51, avec les flux importants de projets régionaux, qui bouscule le plus les cultures institutionnelles. Les AMI Peps et Ipep ne sont pas seuls à la source de ces changements. Les référents régionaux déclarent vivre une tension entre des réflexes bureaucratiques descendants de contrôle de conformité et une nouvelle posture institutionnelle, découlant de l'article 51, de recherche d'aboutissement de projet.

« À l'époque, l'idée était de dire : "Il faut changer la posture des ARS et de l'Assurance maladie qui est une posture où, a priori, on va dire non, pour être sur une posture où l'on va aller voir ce qui peut être intéressant dans un projet". »
ARS, Région C

L'article 51 oblige les professionnels des ARS à se mettre dans une démarche nouvelle :

« [Il] y a un problème, on le pose sur la table et on essaie de trouver une solution. Ça paraît débile, mais c'est pas du tout notre façon de travailler. [...] C'est un côté pragmatique et opérationnel qu'on n'avait pas. »
ARS, Région A

Les méthodes de travail changent. Les relations entre les professionnels de santé et les institutions de santé évoluent également. Elles étaient déjà en transformation dans le mouvement de structuration des soins primaires dans lequel ils devenaient interlocuteurs collectifs et partenaires d'un contrat ACI. L'article 51 renverse le rapport d'autorité institutionnel. Un nombre élargi d'acteurs institutionnels et de professionnels de santé travaillent ensemble à faire aboutir un projet porté par les professionnels de santé et validé par le national, avec la médiation des référents régionaux. Cela intervient à différents niveaux.

Différentes échelles d'action institutionnelles mobilisées : des référents régionaux qui ont peu de prise sur les projets Peps ou Ipep

On peut découper le territoire institutionnel en trois niveaux : le niveau national (celui des équipes nationales projet), le niveau régional (ARS, DCGDR) et le niveau départemental ou local (Délégations départementales des ARS, Cnam), et un quatrième niveau, celui des projets, qui fera l'objet d'une étude ultérieure. Des coopérations et des tensions se nouent entre ces différents niveaux, dont les objectifs dans le processus des AMI Peps et Ipep ne sont pas toujours convergents. L'idée est ici de

saisir les enjeux propres à chacun de ces trois niveaux, et la manière dont le niveau régional, pris entre les deux autres, tente de les articuler.

Pour le niveau national, l'objectif est de faire remonter des projets, et, dans le cas des AMI Peps et Ipep, d'obtenir l'engagement de projets variés et en nombre suffisant, dont les porteurs dans les organisations de santé adhèrent à la philosophie de ces expérimentations. Pour les équipes nationales, le niveau régional représente ainsi le point d'entrée vers le « terrain » qu'elles qualifient « de proximité », et qu'elles pensent en position de repérer et d'accompagner des projets susceptibles de répondre aux AMI :

« On a systématiquement pris attache avec les ARS, qui, parfois, nous ont permis, parce qu'un dossier papier reste un dossier papier, de dire : "En fait, ceux-là, c'est du vent", ou alors : "Personnalité très compliquée", ce genre de choses qui nous ont permis de trier. »
ENP, Cnam, Ipep

« Avec le dossier, on arrive à comprendre s'ils ont bien compris Peps ou pas. Et les ARS nous expliquent comment se passe leur fonctionnement. Est-ce qu'elles sont plutôt dynamiques, est-ce qu'ils font des choses ensemble ? »
ENP, ministère de la Santé, Peps

Cette désignation « naturelle » de l'échelon régional comme point d'ancrage pour l'accès au terrain provient de l'histoire de la création des ARS, l'échelon régional étant progressivement devenu l'échelon territorial de droit commun pour le pilotage de la politique de santé (Pierru, Rolland, 2016 ; Juhle *et al.*, 2021).

Cependant, ici, le niveau régional doit répondre simultanément à deux enjeux : sur son territoire, il doit gérer des flux de projets parmi lesquels il lui faut effectuer un tri, tout en répondant aux demandes du niveau national. Ainsi, d'une part, la gestion des flux de projets article 51 de statuts différents s'avère complexe (projets régionaux à différentes échelles, AMI, projets interrégionaux, projets régionaux réorientés vers des dispositifs nationaux existants...), au point même qu'il y a parfois de la confusion dans le discours des référents sur le statut des projets qui se présentent à eux. En outre, le niveau national a tendance à confondre les deux autres niveaux dans son appel au « terrain », à la « proximité » représentée pour lui par les référents article 51 exerçant souvent au siège des ARS ou DCGDR, alors que ceux-ci doivent logiquement s'attacher à associer leurs interlocuteurs plus locaux. Les référents régio-

naux expriment d'ailleurs leur étonnement d'être considérés par les équipes nationales comme « le terrain » de proximité, alors que des arbitrages doivent être faits en région pour décider de la façon de s'articuler au local. Au début de l'année 2020, moment de réalisation des entretiens, les situations sont hétérogènes et peu stabilisées. Les référents régionaux ne sont pas les interlocuteurs habituels des porteurs de projets et les membres des Délégations départementales ou des Cpm, leurs interlocuteurs habituels, ne sont pas toujours associés au suivi des projets article 51.

Par ailleurs, le niveau régional fait face à une tension entre la pression descendante pour produire des projets et l'injonction à la créativité associée à des projets issus du terrain, qui nécessite du temps. Pour autant, les liens entre national et régional sont nourris, avec des représentants des équipes nationales perçus comme disponibles et à l'écoute. Néanmoins, cela n'empêche pas que l'enjeu de l'appel au « terrain » dans les AMI Peps et Ipep, érigé parfois en dogme, se trouve parfois relégué au second plan pour certains projets à l'envergure nationale, en tout cas dans la période initiale étudiée ici.

Les rôles des acteurs institutionnels régionaux et locaux restant peu définis dans un dispositif cadré « par le haut », les référents régionaux se disent dans l'attente d'une définition de leur rôle. Certains restent en retrait tandis que d'autres le définissent eux-mêmes. Certains s'étonnent du faible état d'avancement de certains projets, d'autres observent des projets non pilotés ou qui leur semblent parfois irréalistes, d'autres encore découvrent le développement autonome de projets dont les porteurs interagissent directement avec le niveau national. Se sentant extérieurs aux projets, les référents régionaux expriment parfois un sentiment d'impuissance vis-à-vis des porteurs, d'autant plus que leur rôle traditionnel de cadrage n'a pas lieu d'être dans ce dispositif ouvert.

« *"Mais en fait, ils n'ont pas réfléchi à leur projet". (Des fois) on dirait que c'est juste une idée, mais je pensais que c'était plus avancé. Oui, on se dit : "On en est là ?" (...) Des fois, c'est vrai qu'on pourrait aider, mais on ne sait pas trop comment.* »

ARS, Région A

On distingue donc des référents régionaux qui observent et attendent et d'autres qui s'impliquent fortement dans le suivi et réalisent un travail approfondi d'ingénierie de

projet. Comme nous l'avons vu précédemment, ils ont en effet peu de prise sur certains projets qui ont plutôt une envergure nationale, et, d'une façon générale, n'ont pas la main sur la conduite des projets Peps et Ipep. On peut toutefois observer au fil du temps une stabilisation des circuits d'information entre le régional et le local. Le niveau régional se forme et s'informe au niveau national sur le cadre général du dispositif de l'article 51. Simultanément, il forme et informe le niveau local sur ce dispositif, *via* la diffusion de *newsletters*, la formation des Cpm par les DCGDR, ou encore la sollicitation d'interventions dans des séminaires...

Et en même temps, le niveau local informe le niveau régional sur les dynamiques attachées à une démarche de projet article 51 dans la sélection des deux vagues de candidature des AMI Peps et Ipep, et dans l'examen des lettres d'intention pour les projets régionaux. Les Délégations départementales (DD) des ARS et la Cpm, qui connaissent en effet les équipes de professionnels de santé, sont en capacité d'informer le niveau régional sur des éléments précis concernant les projets et leurs porteurs, comme l'existence ou non d'un projet de Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), par exemple, ou l'expérience antérieure des porteurs de projets.

Un processus d'apprentissage nourri par le dispositif : un cadre cognitif qui s'élabore par l'expérience

En parallèle des enjeux organisationnels, territoriaux et institutionnels, on observe, dans la mise en place de l'article 51 dans les quatre régions, que les acteurs développent un travail pour comprendre ce nouveau dispositif qui renverse certaines de leurs manières d'agir et de penser. La découverte et l'appropriation du dispositif de l'article 51 reposent sur un processus d'apprentissage. Il s'agit d'un enjeu transversal.

« *Il y a une phase de revue de littérature (...) C'est très bien, la lecture, mais ça ne fait vraiment pas tout. Après, c'étaient des réunions, rencontrer les porteurs (...). C'est comme ça que je me suis approprié le dispositif, au fur et à mesure des réunions avec les porteurs. (...) Après, il y a tous les temps d'échange avec le ministère, par téléphone ou lors des séminaires qui sont organisés régulièrement sur Paris. Voilà, c'est tout un ensemble.* »

ARS, Région B

Il y a un décalage au démarrage entre le discours national sur le dispositif, perçu

par les professionnels de santé comme très ouvert, et un cadrage dans les textes qui, s'il existait dès le début, a été approprié au fur et à mesure. Ce décalage est plus particulièrement observable sur le suivi des projets régionaux, dans lesquels les référents ont plus d'implication.

« *C'est-à-dire : "Tout est possible. Proposez-nous des projets innovants." Sauf qu'après, on dit aux gens : "C'est quoi la dérogation ?" (...) J'ai le cas avec le CHU (...) qui a un projet (...) et qui me dit : "Je ne comprends pas. Que veut dire la dérogation tarifaire ?" Donc c'est quand même l'entrée dans l'article 51 et il te demande ce que c'est. (...) Donc je vais devoir, encore une fois, faire un peu de pédagogie. Mais tout cela, pourquoi ? Parce que, en fait, ils ne vont pas forcément lire l'instruction pour différentes raisons de temps, d'intérêt... (...) Ce qu'ils ont retenu (...), c'est que tout est possible dans l'article 51 dès lors que c'est innovant. (...) Du coup, ce que l'on se dit, c'est que, à la longue, normalement, cela devrait se préciser. (...) Je pense aussi que les choses commencent un peu à rentrer, c'est-à-dire que les gens savent à partir de quand ils sont dans l'article 51 et à partir de quand ils ne le sont plus.* »

ARS, Région B

C'est ainsi que les acteurs régionaux apprennent « en marchant », en se confrontant aux projets, en rencontrant les expérimentateurs, les membres des équipes nationales et leurs collègues des institutions régionales ou territoriales, en s'impliquant dans le dispositif. Les deux dispositifs des AMI et de l'article 51 à l'initiative des acteurs se nourrissent mutuellement.

Un ensemble de méthodes participatives, reposant sur des outils qu'ils découvrent, dans des lieux dépaysants, sont mis à leur disposition pour apprendre : des réunions au niveau régional ou national qui donnent accès non seulement à des informations, mais également à un réseau, lui-même producteur de connaissances, et à des méthodes. Les méthodes de travail employées (*brainstorming*, « accélérateurs de performance » proposés par la Délégation interministérielle de la transformation publique...) ne seraient d'ailleurs pas anodines selon certains.

« *Par exemple, tout ce qui était suivi des AMI, à chaque fois, on a fait cela dans des lieux différents. Tout ce qui est accélérateur, c'est toujours dans des lieux différents, un peu en mode *start-up*, vous voyez ?* »

DCGDR, Région A

Il y a bien l'exotisme des lieux et une sorte de culture alternative liée à l'implication de cabinets de conseils spécialisés en innovation, mais pas uniquement. Ces méthodes, dont l'objectif est d'amener les participants

à résoudre un problème commun (ce qui n'est pas dans leurs habitudes), permettraient de partager des connaissances différentes et d'enrichir ainsi la réflexion en les mutualisant. D'autres référents notent que la façon de travailler consiste à inscrire précocement un projet « dans les tuyaux », et non à parfaire un dossier de plusieurs dizaines de pages qu'il faudra détricoter et retricoter, ce qui permet de gagner du temps.

C'est une démarche qui bouscule les modalités de travail habituelles, centrées jusqu'à présent sur la production de procédures et le contrôle de la conformité à ces procédures. Les référents régionaux engagés dans les expérimentations article 51 apprennent à ne pas mettre de critères, à accepter l'incertitude. Pour cela, certains soulignent qu'ils ont, au démarrage du moins, raisonnablement à l'envers, questionnant plutôt ce que n'était pas un projet article 51, ou se construisant une doctrine en favorisant par exemple des projets trans-sectoriels (ville-hôpital notamment) dont ils n'avaient pas l'habitude.

Du caractère multiple et distribué de l'expertise nécessaire découle l'importance de faire circuler l'information pour mettre tout le monde à niveau. La participation à la co-construction a ainsi pu constituer, pour les référents régionaux, une formation pour mieux comprendre les attentes des équipes nationales projet et, ainsi, mieux accompagner les projets régionaux à travers un cadre d'action renouvelé.

* * *

Lors de sa découverte et de son initiation dans quatre régions pionnières, le dispositif de l'article 51 entraîne plusieurs mouvements antagonistes, entre formalisation et assouplissement de cadres administratifs existants, que les acteurs institutionnels régionaux modèlent tout en se conformant aux cadrages nationaux. En effet, un premier cadrage national de ce dispositif inédit, qui a pour particularité de rester très ouvert quant à la définition des projets éligibles, est donné dans une circulaire, puis dans des réunions de présentation et au travers de la désignation d'interlocuteurs régionaux. Ces derniers inscrivent leur travail dans ce cadre, tout en inventant de nouvelles organisations de travail et en testant différentes modalités de pilotage transversal, suscitant des échanges entre les ARS et le réseau de l'Assurance maladie,

mobilisant différents services de ces administrations. À travers cette mise en œuvre locale, il s'agit à la fois d'être en mesure de piloter l'ensemble des projets, en tenant compte de la nature transversale d'un dispositif nouveau pour l'ensemble des acteurs qui le portent.

Le dispositif de l'article 51 vient également bousculer les différents cadres institutionnels, élaborés pour l'occasion ou antérieurs. Les référents article 51 en région investissent du temps dans les relations avec leurs homologues et avec les porteurs de projets ou leurs interlocuteurs locaux. Ils apprennent à changer de posture, passant d'un rôle de contrôle de conformité à celui d'accompagnement de projet. Ils se construisent ainsi un cadre cognitif « en marchant », issu de leur expérience et qui, pour ceux qui y ont participé, a démarré lors des réunions de co-construction des cahiers des charges Peps et Ipep. Qu'en est-il pour les référents des autres régions, entrés plus tard dans le dispositif ? Il sera intéressant de suivre la manière dont les retours d'expérience formalisés, ou la rédaction de guides pratiques, permettent aux référents régionaux n'ayant pas participé à la co-construction de s'approprier le dispositif.

Étudier la mise en œuvre des expérimentations Peps et Ipep en région permet de questionner le rôle de l'échelon régional dans un paysage politico-administratif territorial qui se complexifie au fur et à mesure des vagues de décentralisation de l'action publique au niveau des territoires, des déconcentrations des administrations et d'une redéfinition de la pertinence des différentes échelles territoriales (Epstein, 2020). Dans le même temps où les ARS expérimentent l'élaboration de politiques au niveau régional à travers la gestion des articles 51 « à l'initiative des acteurs », notre étude montre des circulations et des apprentissages croisés entre la gestion de cette partie du dispositif et celle des AMI nationaux Peps et Ipep que nous avons étudiée plus particulièrement. Les quatre ARS enquêtées, en lien avec les DCGDR, s'emparent du cadre proposé et inventent de nouvelles pratiques institutionnelles avec les porteurs de projets Peps ou Ipep et les équipes nationales. Tout en s'en inspirant pour d'autres projets, ils acceptent, pour les expérimentations Peps et Ipep, le rôle de mise en œuvre au niveau régional de politiques de santé élaborées au niveau national, tel qu'inscrit dans la loi lors de leur création, qui leur laisse peu de prise sur la définition ou la sélection des projets Peps et Ipep. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Epstein R. (2020). « Un demi-siècle après Pierre Grémion. Ressaisir la centralisation à partir de la périphérie ». Presses de Sciences Po, *Revue française de science politique*, 1, vol. 70, p. 101-117.
- Fournier C., Frattini M.-O., Naiditch M. (2014). « Dynamiques professionnelles et formes de travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Analyse qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 200.
- Julhe S., Honta M., Haschar-Noé N., Salaméro É., J.-Basson J.C. et Sallé L. (2021). « Les reconfigurations du travail des agents des ARS. Extension de juridiction et perte de pouvoir professionnel. », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 18 : <http://journals.openedition.org/nrt/8694> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/nrt.8694>
- Morize N., Bourgeois I., Fournier C. (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 261.
- Pierru F. (2012). « La santé en fusion. L'accouchement des ARS au forceps institutionnel » in Cécile Castaing (dir) *La territorialisation des politiques de santé*. Les études hospitalières.
- Rolland C., Pierru F. (2013). « Les Agences régionales de santé deux ans après : une autonomie de façade ». *Santé Publique*, 2013/4, vol. 25.

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 • Editrice : Anne Evans • Editrice adjointe : Anna Marek • Recteurs : Guillaume Chevillard et Julien Mousquès • Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Octobre 2021 • Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).