

La lettre du Collège

ARTICLE 51 LFSS 2018

Actes de la 14^e Matinée thématique du 11 avril 2018

SOMMAIRE

TABLE RONDE 1

Les enjeux de l'article 51

- **Article 51 LFSS 2018 mode d'emploi**
Natacha Lemaire, Ayden Tajahmady ... 3
- **Reste à charge après
remboursement par l'assurance
maladie obligatoire**
Antoine Malone 5
- **Comment ne pas rater le train
de l'innovation ?**
Benoît Péricard 7

TABLE RONDE 2

Le *bottom up* : la solution ?

- **Point de vue de La Haute Autorité
sur la mise en place de l'article 51**
Anne-Marie Armanteras de Saxcé 9
- **Les enjeux en matière d'évaluation
des articles 51**
Julien Mousquès 10
- **Le *bottom up* : la solution ?**
Lise Rochaix 11

Clôture de la matinée

- **La place des économistes
de la santé dans l'article 51**
François Crémieux 13

LE MOT DU PRÉSIDENT

Notre communauté endeuillée

Nous avons appris avec grande tristesse le décès d'Arié Mizrahi en juin dernier. Je ne connaissais pas personnellement Arié mais il était pour beaucoup d'entre nous une figure centrale de l'économie de la santé en France.

À la création du Collège en 1990, alors directeur du Credes (ancien nom de l'Irdes), il a mis à disposition un secrétariat et des locaux pour l'association. Plus largement, il a accompagné de très près les activités du Collège et a contribué à en faire dès l'origine un lieu d'échange et de partage pour les économistes de la santé de tous les horizons.

Mais au-delà de son rôle dans le Collège il a été avant tout un précurseur de l'analyse de la demande de soins en France. Au sein de la Division d'Économie médicale du Credoc il a conduit de nombreux travaux, avec son épouse Andrée, sur les comportements de consommations de soins. Les résultats obtenus ont notamment donné lieu à un ouvrage de synthèse « La consommation médicale : micro-économie » (PUF 1982).

Il a été à l'origine avec son épouse de la création du Credes en 1985 qui va définitivement changer le paysage de l'économie de la santé en réussissant en quelques années à faire du Credes une institution majeure de notre champ. Très vite convaincu de l'importance de produire des données, des données riches et de qualité, sur les comportements de recours aux soins, il a été à l'initiative de la conception de l'enquête Santé et Protection Sociale qui a permis pendant des années à la communauté française des économistes de la santé d'analyser les déterminants socio-économique de la demande ou du renoncement aux soins.

C'était un pionnier, nous lui devons beaucoup, je souhaitais par ce mot lui rendre hommage au nom de toute la communauté. ■

Jérôme Wittwer
Président du Collège
des économistes de la santé

**Cette Matinée thématique du Collège
a été organisée en partenariat avec Hospinomics
le mercredi 11 avril à l'AP-HP, à l'Espace Scipion
(13 rue Scipion, 75005 Paris).
Elle a reçu le soutien de la Mutualité française.**



Collège des économistes de la santé
CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse Bâtiment 15/16
16, avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif cedex
Tél.: 06 67 52 04 16 **E-mail:** sg@ces-asso.org **Site internet:** www.ces-asso.org

Directeur de rédaction: Jérôme Wittwer,
assisté de Denis Raynaud et Bruno Detournay - **Secrétariat de rédaction:** Claire Maugé

IRDES **Conception maquette:** Franck-Séverin Clérembault (Irdes), Anne Evans (Irdes)
Mise en pages: Franck-Séverin Clérembault, Damien Le Torrec (Irdes) - **ISSN:** 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

ARTICLE 51 LFSS 2018 MODE D'EMPLOI

Natacha Lemaire¹, Ayden Tajahmady²

¹ Rapporteur général du Conseil stratégique de l'innovation en santé

² Directeur adjoint Cnamts-DSES

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
http://www.ces-asso.org/sites/default/files/20180409ces_v1_natacha_lemaire.pdf

La loi crée un cadre générique d'expérimentation et c'est une grande première. Ce qui fait qu'on a une loi une fois pour toute et donc plus besoin de passer par des vecteurs législatifs pour chaque expérimentation comme précédemment. La loi fait deux choses : elle crée ce cadre d'expérimentation et elle crée aussi un fond national pour financer ces expérimentations.

Elle définit deux grands types d'expérimentations, avec un même socle de dérogations mais des nuances dans les procédures. Il y a un premier type autour des organisations innovantes et un second qui ne concerne que les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) autour de la pertinence de la prise en charge des produits de santé.

Il y a relativement peu de règles pour être recevable, c'est à dire éligible au titre de cet article. Une des règles est que l'expérimentation n'est éligible que si elle nécessite au moins une dérogation soit à des règles de financement, soit à des règles d'organisation de droit commun ou les deux.

En termes de durée on est sur quelque chose d'assez classique, puisque la durée maximale est de 5 ans, bien sûr cela peut être moins.

Concernant les critères de sélection, on retrouve la préoccupation de reproductibilité à l'échelle. Ainsi, il y a quatre critères de sélection des projets majeurs : le caractère faisable de l'expérimentation, sa reproductibilité c'est à dire que ce que l'on teste sur un territoire va être généralisable à l'ensemble du territoire national, son caractère innovant et enfin l'efficacité.

Les dérogations, quelles sont-elles ? Concernant les règles de financements de droit commun, elles sont les plus nombreuses. Il s'agit de règles de facturation pour les professionnels ou les établissements de santé, les règles de tarifications des établissements de santé et les règles de remboursements c'est à dire de la prise en charge par l'assurance maladie pour les patients. Pour les produits de santé, il s'agit des règles de prise en charge, il est aussi possible de déroger au paiement direct des honoraires par le malade.

Il y a moins de possibilités de dérogation pour les règles d'organisations de l'offre de soins. Il s'agit du partage d'honoraires entre professionnels de santé, la question de la définition des missions des établissements de santé

en ce qui concerne les prestations d'hébergements non médicalisés (communément appelées hôtels hospitaliers), il y a aussi une dérogation en matière d'autorisation d'activité de soins et d'équipements de matériels lourds (cette dérogation permet d'autoriser des groupements d'établissements de santé, de professionnels ou une combinaison des deux) et enfin la dispensation à domicile des dialysats qui déroge au régime juridique des pharmacies à usage intérieur (pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale).

Il n'y a pas d'autres exigences au-delà de ce cadre juridique.

Qu'est-ce qu'un projet ? Un projet c'est un porteur (quelqu'un qui s'engage pour suivre le projet), des acteurs volontaires et un terrain d'expérimentation pour le mettre en œuvre. C'est ce tryptique qui constitue un projet.

Toute personne morale voire même physique est susceptible de déposer un projet. Il n'y a pas de conditions. Concernant la procédure de dépôt de projet, deux portes d'entrée sont proposées : par les ARS et par l'échelon national.

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

Dans le but de favoriser le dialogue, on a organisé des candidatures en deux temps. La première étape est une lettre d'intention avec les éléments que le porteur de projet est en capacité de détailler pour constituer une base d'échanges soit avec l'ARS, soit avec le ministère, en fonction du champ d'application du projet. Ensuite, au fil des itérations de cet échange cette lettre d'intention se transforme en cahier des charges du projet d'expérimentation.

Il y a trois projets nationaux qui vont être lancés très rapidement puisqu'on va commencer par des appels à manifestation d'intérêt dès début mai. Ce sont trois modèles différents, qui s'inspirent de ce qui a pu se faire et qui est train de se faire à l'étranger. On a envie de tester un modèle de financement à l'épisode de soins, un modèle

Table ronde 1

Natacha Lemaire¹, Ayden Tajahmady²

d'intéressement collectif et un modèle de rémunération alternatif au paiement à l'acte

Ayden Tajahmady

Pour le financement à l'épisode de soins, on a la volonté de le tester sur quatre prises en charge chirurgicale : colectomie dans le cancer du côlon, prothèse totale de hanche, prothèse totale de genou et ligamentoplastie.

L'idée c'est qu'on va co-construire les modèles de financements, les modèles économiques et surtout les modèles d'ajustements aux risques qui sont fondamentaux dans ce type de prise en charge, avec un certain nombre d'acteurs et notamment les sociétés savantes. Cela va nous amener à une phase d'appel de manifestation d'intérêts, dans laquelle on va construire l'appel à projet et donc l'expérimentation qui va se dérouler en plusieurs temps.

On va commencer d'abord par une phase de financement rétrospectif, où on ne va pas mettre en place pour de vrai un paiement forfaitaire mais on va le simuler. Dans un second temps, si cette phase-là s'avère concluante on va remplacer les paiements actuels par un paiement forfaitaire prospectif.

Natacha Lemaire

Le modèle de l'intéressement collectif est inspiré des retours d'expériences étrangères. Il s'agit d'améliorer la prise en charge des patients grâce à une meilleure organisation des acteurs. Ce modèle est construit autour de trois principes. Le premier est le principe de responsabilité populationnelle, c'est-à-dire que le groupement d'acteurs constitué sur la base du volontariat est responsable de la prise en charge des patients où qu'ils soient pris en charge. Le second porte sur la qualité de la prise en charge qui est appréciée par un certain nombre d'indicateurs dont des indicateurs de qualité ressentie par les patients, on souhaite ainsi développer la dimension expérience patient. En effet, la France a un certain retard dans ce domaine. Enfin le troisième est l'intéressement collectif, il est potentiellement pour l'ensemble du grou-

pement et c'est le groupement d'acteur qui en définit son utilisation et sa répartition.

Le modèle de rémunération collective, alternatif au paiement à l'acte, est également inspiré des expériences à l'étranger. On est a priori sur une rémunération forfaitaire par patient soit ciblée sur certaines pathologies chroniques, soit en population générale, ce n'est pas encore tranché car elle dépend des candidatures que nous aurons sur chaque thématique. Cette rémunération est collective et pour l'ensemble de la prise en charge. L'idée c'est qu'elle se substitue, du moins en partie, au paiement à l'acte qui existe aujourd'hui.

Toutes ces expérimentations se feront sur la base du volontariat des acteurs. Les thématiques sur lesquelles on imagine travailler et définir ce modèle sont le diabète, l'insuffisance cardiaque et les maladies coronaires, l'insuffisance respiratoire chronique et les poly-pathologies pour les personnes âgées. En fonction de la présence ou non de candidats, on pourra le tester sur une patientèle complète.

En termes de méthode, on va lancer pour ces trois modèles un appel à manifestation d'intérêt début mai, afin de permettre de recenser des candidatures. Les candidats sélectionnés seront amenés à travailler avec les équipes projets dans le but de définir et finaliser les modèles. Les candidats potentiels ont jusqu'à fin juillet pour candidater. La sélection se déroulera durant l'été, afin d'identifier la liste de candidats avec lesquels nous travaillerons. L'élaboration des modèles se fera entre septembre et décembre. L'objectif est d'arriver à finaliser les cahiers des charges des trois modèles en fin d'année. Ceux avec qui on aura travaillé seront les premiers à pouvoir tester le modèle (s'ils le souhaitent bien sûr). Disposant à la fin de l'année un cahier des charges, on sera alors en mesure de lancer un appel à projet sur cette base pour ouvrir à d'autres candidats l'expérimentation.

Le fait de disposer d'un cadre générique d'expérimentation permet une mise en cohérence qui était peu faite par le passé et nous oblige collectivement à construire une vision commune de ce que l'on souhaite en faire. ■

RESTE À CHARGE APRÈS REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE

Antoine Malone

Directeur, Prospective, Fédération Hospitalière de France (FHF)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
http://www.ces-asso.org/sites/default/les/maloneces11-4-2018_0.pdf

Je suis chargé de la prospective à la Fédération hospitalière de France, mais je suis aussi en train de compléter un doctorat à l'ENAP, sur les questions de fonctionnement des systèmes de santé. C'est donc un peu avec ces deux casquettes que je parlerai aujourd'hui. Alors qu'est-ce que je peux dire sur l'article 51 et ses enjeux ? Et comment voyons-nous cela, du point de vue de la Fédération hospitalière de France ?

Dans ce genre de discussion, on part souvent des problèmes de notre système de santé et c'est vrai qu'ils sont nombreux. J'y reviendrai. Mais à notre sens, il est plus porteur de se demander sérieusement ce qu'un système de santé DOIT faire, pour ensuite se demander « comment » l'article 51 peut nous aider à y arriver. Donc en gros, nous ne partons pas des problèmes, mais bien de l'objectif.

Ce qu'un système de santé doit faire

C'est Dr. Donald Berwick qui a exprimé le plus clairement ce qu'un système ou une organisation de santé doit faire : C'est de viser, simultanément et de façon intégrée, l'objectif d'une meilleure expérience pour le patient, d'une meilleure santé pour la population, au meilleur coût pour la société. C'est le Triple Aim, qui est le standard d'organisation des meilleurs systèmes de santé au monde.

Quels sont les ingrédients de base pour se faire ? Il faut d'abord une population, sur laquelle l'organisation va agir. En fait, il existe plusieurs types de population : la population d'un département, les personnes âgées d'un département, les diabétiques d'un département, et ainsi de suite. Il faut ensuite un intégrateur, qui prend la responsabilité de réunir les ressources nécessaires pour prendre en charge cette population – c'est une dimension très importante sur laquelle je reviendrai. Enfin, il faut un mécanisme de détermination des priorités, c'est-à-dire une façon de se mettre d'accord pour prioriser certaines actions : sur un territoire, il existe de multiples populations, alors sur laquelle est-ce qu'on travaille en premier ?

Il faut un territoire pour faire tout cela, un territoire qui regroupe l'ensemble des ressources nécessaires pour élaborer et mettre en œuvre des programmes cliniques allant de la prévention jusqu'à la gestion des patients coûteux et complexes. En pratique, on parle de territoires d'environ 300 à 500 000 habitants.

Au final, donc, ce que nous souhaitons obtenir, c'est un micro-système clinique qui est constitué de l'ensemble des intervenants qui vont « toucher » le patient et qui fonctionne comme un système unique. Ces micro-systèmes devront être supportés par une organisation qui élabore des programmes cliniques et offre les moyens, notamment logistiques et techniques, de les mettre en œuvre. Le moyen pour y arriver, pour mettre en œuvre le Triple objectif, c'est l'intégration clinique.

Voici donc les premiers éléments que je souhaitais soulever, c'est-à-dire la nécessité de savoir exactement ce que l'on doit faire, comme organisation ou système de santé.

Les leviers de transformation des systèmes de santé

Evidemment, nous n'en sommes pas là aujourd'hui. Il faut donc s'intéresser aux leviers qui peuvent être actionnés pour transformer un système de santé. Là, nous avons une masse conséquente de littérature qui indique qu'il faut jouer simultanément sur six leviers : d'abord la mise à contribution des équipes de première ligne, celle qui « touchent » réellement au patient, puis, la conception d'une offre de service qui émane des besoins de la population. En troisième lieu vient la capacité à s'appuyer sur des données probantes, pour que cette offre corresponde aux connaissances scientifiques les plus à jour. La mobilisation des patients et des citoyens joue un rôle crucial, tout comme la capacité à renforcer nos organisations notamment en générant du savoir qui sera utilisé pour améliorer les pratiques. Vient enfin la capacité à élaborer des politiques et des mesures incitatives. Donc on voit que ces politiques et ces mesures, si elles sont importantes, ne constituent qu'un levier parmi d'autres. Compter uniquement sur l'impulsion de Paris pour transformer le système n'est pas suffisant. Et cela, je pense que les concepteurs de l'article 51 l'ont bien compris.

L'alignement des intérêts

Au fond, cela pose une question qui est chère à de nombreux économistes, mais que l'on regarde aussi de près en sciences sociales, qui est celle de la capacité à aligner les intérêts d'un ensemble d'acteurs qui interviendront autour du patient.

Et là, et encore une fois une abondante littérature le prouve, les incitatifs financiers ne sont pas suffisants pour

aligner les intérêts. S'ils orientent les comportements, ils ne réussiront pas, par eux-mêmes, à transformer fondamentalement le fonctionnement d'une organisation de santé.

Ce qui est vraiment puissant en revanche, mais beaucoup plus complexe à mettre en œuvre, c'est une approche de transformation qui s'appuie d'abord sur l'excellence clinique. Après tout, la clinique est le cœur de métier d'un système de santé. C'est en étant excellent sur les aspects cliniques que l'on générera des résultats financiers, et encore mieux, on s'appuiera pour se faire sur ce qui motive réellement les professionnels de santé. De myriades d'études, dans de très nombreux pays, ont montré que chez les professionnels de santé, les motivations intrinsèques priment sur les motivations extrinsèques. En s'appuyant sur celles-ci, nous générerons des résultats profonds et durables.

L'exemple le plus frappant de cette approche est bien entendu Kaiser Permanente : il présente les meilleurs résultats cliniques aux Etats-Unis, les meilleurs taux de satisfaction des usagers, est l'un des meilleurs employeurs aux Etats-Unis, offre plus de services, et a dégagé une marge opérationnelle de 3% en 2017. Donc c'est en étant excellent sur la clinique qu'on est excellent sur les finances, et pas l'inverse.

En France : la Responsabilité populationnelle et article 51

J'en arrive à la France. Il y a de multiples problèmes dans le système de santé français, mais d'après moi, le problème central est celui de sa fragmentation. Fragmentation ville-hôpital, sanitaire/social/médico social et ainsi de suite. Or ce que nous devons rechercher c'est l'intégration des services au service du patient.

Plusieurs voies ont été empruntées pour tenter de remédier à cette fragmentation : en jouant sur les statuts et les leviers juridiques (par exemple via les GHT), en jouant sur le levier financier, ou encore, en jouant sur des outils – par exemple les PTA. Aucun n'a vraiment fonctionné.

Donc, à la FHF, nous soutenons que c'est l'intégration clinique que nous devrions viser, en nous basant sur la Responsabilité populationnelle. Qu'est-ce que c'est ? C'est tout simplement le fait de réaliser qu'indépendamment de notre statut ou de notre rôle institutionnel, nous partageons tous une responsabilité à l'égard d'un patient et de la population de notre territoire. Une responsabilité éthique, professionnelle et déontologique. Nous sommes interdépendants : nous pouvons faire une excellente opération à l'hôpital, si le patient est mal suivi dehors, il reviendra. Nous pouvons être un excellent médecin traitant, si l'on ne sait pas ce qui arrive à notre patient quand il est à l'hôpital, ça ne va pas. Si nous ne connaissons pas notre population, nous verrons arriver aux urgences des inconnus dans un état catastrophique qui vont totalement bouleverser un planning de salle d'opération.

La Responsabilité populationnelle s'appuie sur cette interdépendance. Elle permet de reconnaître la diversité des statuts, de les respecter, tout en travaillant ensemble sur ce qui nous réunit tous : des patients réels et des populations réelles. La Responsabilité populationnelle est un intégrateur virtuel qui permet d'enclencher le travail vers l'intégration clinique, une intégration qui respecte les identités de chacun.

En pratique, cela suppose de travailler en commun, sur des territoires donnés, sur des programmes cliniques élaborés en commun, qui associeront d'un part les meilleures pratiques cliniques et d'autre part une offre de service adaptée à chaque patient ou personne, en fonction des ressources réelles disponibles sur un territoire.

En pratique, toujours, cela repose sur la capacité à identifier des populations cliniques, à stratifier ces populations en fonction des besoins de services, à assigner des personnes réelles à chaque strate, puis à y associer une offre de service intégrée, associant l'ensemble des ressources nécessaires : médecins traitants, infirmières libérales, services sociaux, spécialistes hospitaliers, services de santé mentale, et ainsi de suite.

L'idée, c'est qu'en faisant travailler ensemble les cliniciens, sur la base de programmes cliniques éprouvés qu'ils adapteront à leur réalité locale, nous serons en mesure de faire émerger cette intégration clinique qui permet, en retour, l'atteinte du Triple objectif sur un territoire.

En gros, par cette approche, nous serons en mesure d'intégrer dès le départ un très haut niveau de qualité et de pertinence, qui ira en s'améliorant au fil de l'expérience accumulée. Et pour se faire, nous nous appuierons sur ce qui motive vraiment les professionnels de santé, l'amélioration du service aux patients.

En quelque sorte, c'est un modèle qui s'approche un peu des ACO américain, à cette différence près que nous utilisons le levier clinique en priorité, plutôt que le levier financier.

Art. 51

Je vous ai résumé très rapidement une stratégie ambitieuse et complexe. J'ai moi-même, comme plusieurs d'entre vous je pense, découvert récemment les détails des dispositifs prévus par l'article 51.

Mais dans ce contexte, quels pourraient être les besoins d'une approche comme celle que nous promovons avec la Responsabilité populationnelle ?

En premier lieu, il faudra certainement un accès élargi à un ensemble de données, et la capacité à les traiter. Le point de départ de toute approche populationnelle est la capacité à croiser entre elles plusieurs bases de données pour faire apparaître les besoins réels d'une population,

avant de pouvoir stratifier cette population en fonction des niveaux de consommation et de risques. Il faudra développer des indicateurs pour des populations données. Où en sommes-nous exactement sur la BPCO dans le Gard, et où voulons nous arriver par exemple.

En deuxième lieu, il faudra des systèmes d'information pour faire tourner cela : ces systèmes d'information qui lient l'ensemble des acteurs d'un programme clinique, qui permettent d'y insérer le programme clinique, des patients réels et un suivi longitudinal de ce qui a été fait à un patient donné, et de ce qui devrait lui être fait, compte-tenu du programme clinique auquel il a été affilié. Ce n'est pas tellement un DMP, mais bien quelque chose qui vient au-dessus. La bonne nouvelle est que de tels systèmes existent, mais encore faut-il les payer.

En termes de dérogations aux règles de financement, je vous dirais que les besoins de dérogation émergeront au fur et à mesure du travail sur les programmes cliniques. Je suis totalement incapable de vous dire à priori ce qu'il faudra dans la vie réelle. Je ne suis pas médecin, je ne suis pas sur le terrain. Mais l'avantage c'est que, justement, nous aurons des besoins réels et pas théoriques.

Enfin, je suis absolument convaincu qu'une approche comme celle-là va générer des gains importants, aussi bien en termes de qualité de pratique, d'amélioration des services à la population qu'en termes financiers. Donc il

faudra trouver un moyen de répartir ces gains. Là encore, l'avantage, c'est que nous aurons une vision des coûts réels d'une prise en charge, plutôt qu'une accumulation de tarifs.

Je vais vous parler de façon très ouverte. Même si la FHF a appuyé dès l'origine le projet, puis l'article, j'étais plutôt sceptique lorsque j'ai vu les premiers éléments d'information autour de ce fameux article 51. La focalisation sur l'imagination des acteurs de terrain et les expériences de petite taille, si elle est utile et souhaitable, ne permet pas de tirer des leçons d'ordre systémique, celles dont nous avons besoin aujourd'hui, précisément parce que notre système n'a jamais réfléchi en système. En revanche, c'est clair que les équipes de terrain ne manquent pas d'énergie et de compétence. Donc nous allons encourager nos établissements qui le souhaitent à déposer des projets auprès de leurs ARS.

Mais éventuellement, il faut un cadre dans lequel peuvent s'exprimer ce dynamisme et cette compétence. Nous pensons, pour notre part, que notre approche de Responsabilité populationnelle fournit ce cadre. Maintenant, il reste à le remplir !

Donc l'ajout d'un étage « national » me semble une très bonne nouvelle. C'est donc dans un esprit très ouvert que l'on accueille cette initiative. Maintenant, au travail. ■

COMMENT NE PAS RATER LE TRAIN DE L'INNOVATION ?

Benoît Péricard
Directeur Santé, KPMG

Qu'est-ce qui me vaut l'honneur d'être ici ? Plusieurs expériences professionnelles, sans doute. Tout d'abord, la dernière, qui est encore d'actualité, celle de consultant et donc d'observateur. Ensuite, il y a celle de directeur d'un hôpital universitaire, il y a déjà plusieurs années de ça. Mais en y réfléchissant, c'est avant tout celle d'avoir été acteur de peut-être la seule vraie innovation organisationnelle administrative française, qui a été la création des ARH en 1996. Je parle de la première génération des ARH.

Je vais partir de trois exemples concrets que j'ai vécus.

Le premier c'est en Loire Atlantique ; après quelques années d'exercices en tant qu'ARH, on s'est heurté, comme partout d'ailleurs, à des difficultés liées aux urgences. Je me souviens très bien, suite à un échec avec l'implantation d'une maison médicale à l'intérieur des urgences hospitalières à Saint Nazaire, avoir dit un peu brutalement à SOS médecin qu'ils étaient une mauvaise réponse à une bonne question. C'était dans le contexte politique de l'époque. Mais on s'était vraiment dit :

« est-ce qu'on ne pourrait pas finalement prendre l'ensemble des financements des urgences, les mettre dans un panier, et voir comment les acteurs pourraient gérer les choses au mieux ? ». L'ensemble des financements des urgences c'est-à-dire les financements des urgences hospitalières, des médecins libéraux et de SOS médecins. Nous n'y sommes pas parvenus. Je pense que les esprits n'étaient pas mûrs et les outils n'étaient pas là. Ainsi, cela a fait partie des idées qu'on a mises un peu au placard.

Quelques mois plus tard, j'ai assisté à une réunion toujours sur le thème de l'urgence avec des médecins libéraux. Si ce genre de réunion avait à l'époque réussi, je pense que la crise des urgences qu'on connaît encore ne serait peut-être pas tout à fait de même nature. Je m'explique : des médecins généralistes dans un département où ils étaient très faibles en nombre ; en revanche, ils gagnaient le mieux leur vie en France. Cependant, ils n'étaient pas loin du burn-out car ils étaient organisés en quarante-trois secteurs de gardes. Autour de la table, il y avait le préfet, le président du conseil de l'ordre, le directeur et le président de la CPAM, le directeur de l'ARH

qui était invité, et un certain nombre d'acteurs. Les représentants des médecins nous ont proposé de transformer les quarante-trois secteurs en sept autour des sept hôpitaux locaux qui tapissent le territoire, et d'implanter des permanences de nuit, avec comme seule contrepartie de financer 500 par nuit de garde. Mais à l'époque la CPAM n'a pas pu répondre à cette sollicitation. Parce qu'encore une fois les outils n'étaient pas là et je pense que c'était trop « disruptif » pour cette période. Si on avait pu répondre à ce type de sollicitation, l'abandon, constaté, de la médecine libérale pour les urgences, quelque fois décrié, quelque fois souhaité par certains adversaires de la médecine libérale, n'aurait pas atteint le niveau qu'on connaît aujourd'hui.

Le troisième exemple est le plus récent. Grâce à une de mes casquettes qui est d'être président d'une association médico-sociale, j'ai eu la chance de recevoir le président de la République dans une crèche qui accueille des enfants handicapés, dont certains atteints de troubles autistiques. Cette crèche est adossée à un CAMSP, c'est-à-dire un Centre d'Accueil Médico-Sociale Précoce. Aujourd'hui, on est confronté à deux dispositifs : un, celui des crèches, qui est régulé mais dans le secteur « ordinaire » et un qui est dans le champ médico-social. On doit reconstruire ces deux établissements, car nos locaux sont contraints et trop petits. Cependant, pour pouvoir reconstruire, on est obligé d'obtenir les aides à l'investissement par le secteur médico-social qui est celui du CAMSP. Parce qu'au niveau de la crèche, le financement ne rentre pas dans le champ traditionnel de ce type de prise en charge.

Je donne ces 3 types d'exemples, comme autant de champs possibles d'application de l'article 51 ; car je pense que si on a fait l'article 51, ce n'est pas seulement pour le champ du soin mais aussi celui de l'organisation et du médico-social.

La première question qui vient à l'esprit est : « est-ce qu'on décrète l'innovation ? »

On vient d'avoir une forme de réponse, qui est affirmative.

Seconde question : « explique-t-on l'innovation ? »

Là aussi, une forme de réponse positive : si on ne l'explique pas, on ne peut en tirer les « facteurs clés de succès » comme on dit en langage de consultant.

Mais je voudrais insister sur les trois enjeux qui me paraissent fondamentaux, qui ne sont pas des enjeux purement économiques.

Le premier est un enjeu culturel, et pour le qualifier je tente une sorte d'oxymore que j'appellerai : « l'enchanté sceptique ». On voit beaucoup de gens qui disent que

l'article 51 est super, mais ils dénoncent aussitôt le fait que ce sera seulement de l'expérimentation, avec seulement 20 millions d'euros, confondant d'ailleurs le contenu et l'appui. Et surtout ils ajoutent : est-ce qu'on a tant besoin que ça de l'innovation ? C'est ça qu'il y a derrière ce scepticisme un peu généralisé. Il faut combattre ce scepticisme et rester dans l'enchantement. Parce que je crois qu'on a une chance assez inouïe, assez nouvelle et il faut la saisir totalement.

Le deuxième enjeu, peut-être celui qui concerne le plus de risque, c'est l'enjeu bureaucratique. Je suis aujourd'hui assez consterné par la gangrène bureaucratique qui est en train de véritablement gagner du terrain. Je propose des solutions simples, comme par exemple celle de ne plus former des inspecteurs à l'ENSP mais de former des facilitateurs. Mais je pense que cette gangrène se situe dans la norme excessive et dans l'excès de normes. Par exemple, un de mes meilleurs amis est médecin généraliste et il exerce depuis très longtemps dans une pratique collective. Cette année son cabinet renonce à la subvention de l'ARS parce que le cahier des charges et le cahier d'évaluation sont véritablement trop complexes, hors de proportion avec le montant de la subvention.

Quant à la pratique qui consiste à convoquer les médecins généralistes le lundi à 15 heures au siège de l'ARS (j'exagère un peu mais on n'en est pas loin), fait partie de cette maladie bureaucratique qui je pense a gagné du terrain dans les pratiques et dans les esprits et qu'il faut combattre véritablement avec une énergie farouche.

Et puis le dernier enjeu a trait aux expérimentations. Pour que celles-ci soit efficaces, il faut certes une population d'une certaine taille, mais il faut aussi une taille qui soit gérable, à taille humaine. Je ne parle pas d'une expérience à l'échelle d'un canton. J'estime que la région, notamment avec les nouvelles régions françaises, doit garder toute sa validité. Cependant, il faut être vigilant à une forme d'équilibre entre région et territoire national.

Enfin, je sors un peu du cadre des enjeux pour aller véritablement dans celui des solutions. Je suis convaincu qu'il faut faire une absolue confiance aux acteurs qui ne sont pas du système de santé. Je suis véritablement stupéfait par les initiatives organisationnelles qui ont été initiées par des startups. Il faut vraiment faire confiance à ces acteurs et, il faut le dire principalement à ceux qui ne sont pas du champ du système de santé.

Et puis enfin il faudra beaucoup d'expérimentations. Je ne suis pas partisan du passage à la loi de façon systématique, mais je pense qu'il y a toutefois un écueil juridique qui pèse beaucoup. Il est nécessaire d'avoir une réflexion sur une refonte du statut du médecin en France afin d'abolir la dichotomie aujourd'hui trop forte entre la ville et l'hôpital. Je n'ai pas de solution toute faite mais n'est-ce pas le principe même des innovations ? ■

POINT DE VUE DE LA HAUTE AUTORITÉ SUR LA MISE EN PLACE DE L'ARTICLE 51

Anne-Marie Armanteras de Saxcé

Membre du Collège de la HAS,
présidente de la commission de certification des établissements de santé

Quels en sont les enjeux ?

À la HAS, ce qui est important dans la déclinaison, quand on passe des enjeux nationaux à des enjeux de réalisations concrètes sur le terrain, c'est de garder à l'esprit une cible stratégique qui est la transformation de l'offre en concepts. Pour cela, des initiatives sur le terrain sont nécessaires.

C'est important d'avoir des initiatives nationales et des initiatives de terrains. En effet, ce sont autour des initiatives de terrain que vont venir s'articuler des offres. La France est constituée d'une multitude d'offres toutes très règlementées : l'offre en ville (générale, généraliste ou spécialisée), l'offre des professionnels de santé paramédicaux en ville, l'offre des soins à domicile (plus complexes et qui répondent à des besoins spécifiques), l'offre dans les établissements médico-sociaux et celle dans les établissements de santé.

La HAS, depuis quelques temps, publie des guides de parcours, par exemple parcours autisme, parcours personnes âgées, parcours Alzheimer qui répondent à des questionnements de toute une série d'acteurs de terrain. Pour nous, la cible stratégique est vraiment de transformer dans un but d'efficacité et d'amélioration, et pour cela il faut faire émerger des prises en charge de parcours et d'offres pour des besoins spécifiques.

Quelle est l'utilité de l'article 51 dans ce domaine ? En France, l'organisation des parcours et l'articulation des différents acteurs de terrain dans ceux-ci sont freinés, un peu handicapés, un peu ralentis, rendus un peu compliqués au niveau de la tarification, de la réglementation et du juridique.

Je me permets d'insister sur le fait que c'est déjà un succès si nous parvenons à donner confiance à des acteurs de soins primaires, médicaux-sociaux et aux établissements de santé qui envisagent de se solidariser pour des prises en charge de parcours sur un même territoire. Voilà notre objectif.

Pourquoi sur le terrain, et pourquoi le *bottom-up* ?

Je vais prendre un exemple : à l'ARS Ile-de-France plusieurs équipes ont demandé d'expérimenter la présence d'infirmiers de nuit dans les maisons de retraites et dans les EHPAD et on en a confié l'évaluation de son efficacité

à une unité INSERM sur 3 ans. Cette unité a conclu à un certain nombre de résultats positifs sur la morbidité, sur la mortalité, sur les facteurs intrinsèques, sur le bien-être et la qualité de la vie au travail de nuit des aides-soignants dans ces établissements. Ceci peut devenir un mot d'ordre national et d'ailleurs il le devient. C'est-à-dire qu'il faut tenter de mettre des infirmiers de nuit dans les maisons de retraites en collaboration et coopération avec des établissements ou des généralistes en fonction de l'offre sur le terrain.

Autre exemple, celui d'une pose de prothèse de hanche. Il y a une mobilisation solidaire et conjointe de plusieurs acteurs. Je tiens à dire que le parcours de soins en ville, dans les établissements et au domicile du patient peut être plus efficace en termes de santé, de rapidité, de récupération, de moindre complication et d'un moindre coût si j'y introduis de la pertinence.

De même, la prise en charge de certains patients poly pathologiques, un patient lourd, un patient âgé, un patient impotent nécessite une articulation entre plusieurs acteurs. J'insiste beaucoup sur les acteurs de soins primaires.

Il faut qu'on fasse non seulement de la démonstration, mais également qu'on arrive à donner envie à des acteurs de soins primaires ou à des futurs acteurs de soins primaires d'aller s'installer et d'aller travailler parce que le concept de l'article 51 leur est bénéfique.

Il y a des articulations qui dépendent de la façon dont est organisé un territoire. Ce n'est pas que les gens ne comprennent pas un texte national, une note de service mais on ne sait pas très bien comment le décliner sur le territoire. Les parcours de soins sont différents dans les territoires péri-urbains selon la présence ou l'absence de généralistes. Les territoires ruraux avec quatre-vingts kilomètres à franchir entre chaque professionnel fait également construire d'autres types de parcours.

En faisant appel au *bottom-up*, à l'énergie « créatrice des acteurs » et en cherchant à stimuler cette articulation entre soins primaires et médicaux sociaux, les établissements de santé et le domicile - avec une préférence pour celui-ci, on peut se demander comment je peux mesurer l'efficacité du concept du décloisonnement ? Tout d'abord, en matière d'organisation et puis de financement. Ce ne sont pas des buts en soit, ce sont uniquement des outils.

Quels sont les avantages ? L'idée est de profiter des projets de l'article 51 afin de travailler sur les questions : quelle est la mesure de la valeur ? quelle est la mesure de la qualité ? Mais pas seulement du processus. En effet, on est assez en retard en France sur les indicateurs de résultat du point de vue du patient, du clinicien, ou des deux. Je rappelle qu'en Suède, dans le forfait de la prothèse de hanche et du genou est abordé la question des complications : au bout de combien de temps le patient a retrouvé la marche ? Mais c'est lui qui y répond. Est-ce qu'il a mal ? Est-ce qu'il est retourné rapidement à son domicile ?

Dans les projets de l'article 51, les porteurs de projets n'ont pas besoin de suivre des études supérieures pendant 5 ans pour savoir comment on invente, on monte, on applique un indicateur de résultat. Il faut qu'on arrive à trouver des choses simples qui soient des mesures de valeur pour l'équipe et pour le patient. Nous sommes persuadés que des questions qui relèvent de l'expérience du patient et celles qui relèvent d'un résultat pour le cli-

nicien, par exemple le temps mis à reprendre la marche, peuvent amener à évaluer un parcours dans sa globalité.

La HAS a deux intérêts. D'une part, c'est de participer avec les porteurs de projets, le ministère et la CNAM à faire les preuves du concept du décloisonnement. C'est ce que nous prônons dans nos guides de parcours, dans nos travaux. La primauté des soins primaires et au domicile est majeur pour nous. D'autre part, c'est de profiter de l'expérimentation de l'article 51 pour avancer au niveau local et national.

Il n'est pas toujours nécessaire de multiplier les indicateurs de qualité et de résultat à l'échelle nationale, parce que ce sont les équipes qui en ont besoin qui mesureront leur pratique. Si on est sollicité, on essaiera de les aider bien évidemment. Cela nous donnera de la matière pour réfléchir à des points plus difficiles comme la création d'indicateurs de résultats des expériences du patient ou des résultats pour le clinicien à l'échelle nationale. ■

LES ENJEUX EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES ARTICLES 51

Julien Mousquès

Directeur de recherche, Irdes

Je vais parler d'évaluation dans le cadre de l'article 51 où il va y avoir la combinaison de démarche à la fois locale et nationale, de la rencontre des deux avec les logiques de constructions qui ont été évoquées préalablement dans la première table ronde.

La première chose que je voudrais dire c'est qu'effectivement, il est notable de constater que la réflexion évaluative est conduite par les promoteurs de l'article 51 dès maintenant et à vrai dire même dès hier. Les promoteurs ont commencé à réfléchir à l'enjeu évaluatif dans le cadre de l'article 51 bien en amont. Cela ne constitue pas une différence majeure parce qu'on voit ce type de démarche croître d'année en année et de plus en plus dans la logique de construction des expérimentations en France. Cela a été le cas pour PAERPA, pour les ENMR, comme pour d'autres expérimentations. Ce n'est pas trop dans une logique dichotomique, mais plutôt dans une logique d'aller-retour incessant entre des regards, qu'on va dire disciplinaires, portés sur des objets expérimentaux, et de la décision publique. Mais il est vrai que l'existence d'un cadre, dès en amont, qui intègre complètement à la fois en termes de financement et de conception, l'évaluation à la réflexion tant sur les regards portés sur l'impact, qui est l'objet principal d'intérêt des économistes, mais aussi sur d'autres dimensions d'évaluations, qui ont été évoquées ce matin dans la première table ronde. On est autant intéressé par la question sur le design et de la faisabilité, sur la réflexion sur l'impact, mais aussi sur la question de la reproducti-

bilité et notamment des enjeux financiers et budgétaires, qui sont d'autres exercices d'évaluation sur lesquels les économistes peuvent y contribuer, mais sur lesquels on s'arrête un peu moins.

Si on se concentre sur la partie de l'évaluation d'impact, c'est-à-dire quel est l'écart qu'on peut observer entre les effets qu'on atteint et ceux attendus ? Cela conduit à avoir une réflexion assez poussée sur ce que sont les effets attendus.

Dans l'évaluation quantitative de l'impact de programme d'intervention ou d'expérimentation, comme avec l'article 51, on a quelque part la quintessence de la complexité derrière une évaluation. C'est-à-dire, on a des déclinaisons à la fois nationales et locales, on a une multiplication des dispositifs incitatifs financiers, on a une logique d'expérimentation qui est à la fois organisationnelle et incitative financière (l'incitation financière est là pour soutenir l'innovation organisationnelle avec des gros enjeux de coordinations entre les acteurs), on a un mélange de construction à la fois de *bottom-up*, mais aussi de co-construction avec les acteurs, et puis on a les enjeux de mesure d'impacts et d'anticipation de sortie d'expérimentation à la fois pour avoir une réflexion sur le changement d'échelle, la reproductibilité et puis sur les enjeux financiers.

Je reviens sur ce qui a été dit ce matin, sur l'enjeu de la construction du projet clinique et l'éventuelle disso-

ciation avec l'innovation organisationnelle. En vérité, la question de la sélection et de l'accompagnement des professionnels qui vont travailler dans Kaiser est aussi importante que la question de l'incitation économique. Et au final, l'un ne va pas sans l'autre. Donc, on a un cadre contractuel avec une organisation qui derrière va mettre des dispositifs et mobiliser des leviers qui sont financiers, humains, systèmes d'informations, analytiques et qui vont permettre aux équipes certes de se concentrer sur leur projet clinique, mais dans un cadre de valeur et d'objectifs à atteindre qui ont été définis au préalable afin de se mouvoir dans ce cadre-là.

Il apparaît aussi bien souvent que l'horizon temporel de la prise de décision est en décalage avec les objectifs attendus qui sont souvent très ambitieux. Et là, il faut une ligne claire entre la temporalité de la décision et les objectifs attendus. Il faut aller vers les objectifs attendus qui pourront être documentés dans la perspective de la prise de décision, il y a une vraie dissociation à faire entre des objectifs évaluatifs de moyen et long terme dont on discute assez peu. A la limite peut-être sur 5 ans ce n'est pas la peine de se poser des objectifs d'hospitalisations évitables, on verra ça sur une perspective temporelle beaucoup plus longue.

Pour contourner toutes ces difficultés, je pense que l'expérience acquise à l'IRDES autour du suivi et de l'expérimentation de différents projets, que cela soit des

projets partant de l'hôpital, ou des projets partant de la ville, nous renforce dans notre conviction qu'il est vraiment pertinent et important de mobiliser des méthodes qui soient à la fois qualitatives et quantitatives et donc des chercheurs, des équipes et des disciplines qui associent l'économie à bien d'autres chercheurs de sciences sociale. Ceci afin de travailler de façon séquentielle et pour aller vraiment sur la qualification du contexte, sur la qualification des organisations et, comme je l'ai dit au préalable, sur un véritable travail nourri et étayé qui permet de qualifier les changements qui sont à l'œuvre, de qualifier et décrire les variabilités de mises en œuvre et de tester les hypothèses d'inférences causales qu'on a à l'esprit, c'est-à-dire que tel mécanisme incitatif financier va provoquer tel mécanisme de changement organisationnel et de coordination qui va produire tel résultat sur les objectifs attendus. Il s'agit d'un exercice qui est assez complexe et central. En effet, il permet de tirer des enseignements qui soient pertinents dans la conduite de la politique publique. Au final, autour de cela se pose la question de mettre en place des estimateurs avec des contrefactuels adéquats qui permettent proprement d'évaluer l'impact.

Tout ceci requiert un travail d'animation d'évaluation entre les promoteurs, les acteurs et les évaluateurs de la conception à la discussion des résultats sur l'horizon temporel qui est donné pour chaque étape de la prise de décision. ■

LE BOTTOM UP : LA SOLUTION ?

Lise Rochaix

*Professeur de sciences économiques à l'université de Paris 1, Panthéon-Sorbonne
Responsable scientifique de la chaire Hospinnomics, PSE/AP-HP)*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
http://www.ces-asso.org/sites/default/les/2018_04_11_ces_article_51_lr_1.pdf

Quels regards portent les économistes sur ces innovations organisationnelles et tarifaires ? Cette table ronde porte sur l'articulation entre le niveau national et le niveau territorial. Une réflexion doit être menée sur la façon dont l'article 51 va s'articuler avec la Tarification à l'Activité (T2A), dans la mesure où beaucoup d'observateurs perçoivent l'article 51 comme une alternative à ce mode de tarification. Or ceux qui ont participé à la réflexion sur la réforme de T2A, notamment dans le cadre du rapport Véran, ont conclu à la nécessité de la faire évoluer, plutôt que d'en sortir. L'article 51 constitue, de ce point de vue, non pas une révolution, mais l'occasion de prendre en compte des dimensions autres que la dimension de l'activité (seule dimension pour laquelle on disposait jusqu'ici d'éléments mesurables), comme la qualité et la pertinence. Dès lors que l'on peut offrir des mesures de ces deux dimensions importantes du « process », il importe de les inclure dans la rémunération. A

terme, des mesures de résultat pourront aussi être prises en compte, sous réserve de la disponibilité d'indicateurs fiables.

L'autre aspect qui me semble important à rappeler, en tant qu'économiste, c'est que trop souvent, lorsqu'une initiative est prise (comme celle de l'article 51), elle est perçue comme uniquement motivée par le fait de 'faire des économies'. Or pour les économistes, l'objectif de l'article 51 peut être formulé comme étant : obtenir, à qualité égale, une réduction des dépenses ou à l'inverse, à dépenses égales, obtenir une amélioration de la qualité. Présenter ainsi l'objectif de l'article 51 permet de fédérer les acteurs, sans rentrer dans la logique dans laquelle on enferme souvent les économistes, à savoir que l'économie, c'est de faire des économies.

La gouvernance actuelle de l'article 51 montre qu'on a, là aussi, tiré les enseignements d'expériences précédentes. Les expérimentations sur les coopérations professionnelles ont montré la difficulté de revenir vers la dimension nationale, lorsque l'on adopte une démarche principalement 'bottom-up'. L'articulation voulue dans l'article 51 entre les deux approches (*bottom-up and top-down*) permet d'articuler ces deux dimensions (territoriales et nationales) de manière tout à fait efficace.

L'objectif des réformes de la tarification soutenues par l'article 51 est de privilégier un mode de rémunération respectueux des missions premières des professionnels de santé et la méthode de co-construction en est un gage. La question des conditions de partage des gains de productivité sera un sujet majeur et elle est, pour la première fois, explicite dans le schéma retenu. Les risques associés aux divers modes de tarification, comme la sélection de patients, la réduction de la qualité ou la substitution vers d'autres activités plus lucratives mais moins productrice de santé, sont aujourd'hui connus et des indicateurs devront être inclus dans les nouveaux schémas de tarification pour les suivre précisément.

Comme rappelé précédemment, l'objectif de l'article 51 est certes une amélioration de l'efficacité, c'est-à-dire la relation entre les moyens et les résultats mais aussi celle de la qualité, définie au sens large. En conséquence, la coordination du parcours, une meilleure réponse aux attentes des patients, de meilleures conditions de travail pour les professionnels font aussi partie de la qualité, dès lors que l'on souhaite dépasser la logique 'productiviste' de la T2A.

L'article 51 offre des perspectives riches d'évolution des modes actuels de tarification dont les acteurs vont se saisir. Deux arbitrages me paraissent importants à évoquer, à l'aune du démarrage des expérimentations.

Le premier a trait à l'articulation entre une logique 'horizontale' de mise en concurrence des producteurs sur certains segments d'activité, tout particulièrement entre établissements hospitaliers, et une logique 'verticale' qui répondrait à un besoin de structuration d'une offre de soins considérés comme complémentaires (notamment entre soins de ville, hôpitaux locaux et CHU). Aujourd'hui

sur certains segments d'activité, comme la cataracte par exemple, une vraie logique de concurrence peut s'exercer entre le public et le privé, voir plus largement entre hôpitaux de grande taille et de petite taille ; mais elle se combine avec une obligation de complémentarité entre producteurs à toutes les étapes de la chaîne, allant des soins de ville vers le CHU pour des cas de plus grande gravité.

L'articulation entre ces deux logiques, implicite dans le système actuel qui combine la T2A (permettant cette mise en concurrence des offreurs) et l'organisation des soins autour de groupements hospitaliers de territoire (GHT), devra être repensée au moment de la définition des schémas innovants de rémunération soutenus par l'article 51. Le régulateur devra alors donner son appréciation de l'importance respective qu'il accorde au maillage territorial, sous forme de coopération, par rapport aux gains d'efficacité permis par la mise en concurrence.

Le deuxième arbitrage est de savoir quelle importance attribuer, dans les modes de rémunération innovants permis par l'article 51, à la dimension incitative, donc sous forme de forfaitisation (notion de 'fixed price'), par rapport au simple remboursement des coûts réels (notion de 'cost-plus'). Une logique incitative de tarification forfaitaire implique en effet que l'on partage le risque (associé à une dépense plus importante que prévue dans le contrat) entre les deux contractants, par exemple entre une maison de santé et le régulateur. Jusqu'où veut-on aller dans ce partage de risque ?

Concernant l'évaluation des expérimentations, l'article 51 la prévoit dès le démarrage de l'expérimentation, avec un financement spécifique. Reste la question de l'horizon temporel sur lequel portera l'évaluation, souvent trop court pour permettre aux innovations organisationnelles de générer tous les bénéfices attendus. Les évaluations devront par ailleurs offrir, au-delà de la seule mesure de l'impact macro-économique (respect de l'ONDAM), des mesures de l'impact micro-économique, sur les patients, les établissements et la collectivité dans son ensemble, ainsi qu'une appréciation des enjeux en termes de qualité, de pertinence, ou d'inégalité (d'accès à la ressource ou de résultats). ■

LA PLACE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ DANS L'ARTICLE 51

François Crémieux

Directeur du groupe hospitalier Hôpitaux Universitaire Paris Nord-Val-de-Seine

Il me semble que la meilleure contribution que je puisse avoir devant vous est de faire le lien entre mes interventions régulières devant des médecins et aujourd'hui devant des économistes sur nos sujets d'économie hospitalière.

Je voudrais essayer de vous convaincre de l'apport potentiel du monde de l'économie à tous les enjeux qu'il y a autour de l'article 51.

Et je voudrais commencer autour d'un léger détour à travers la T2A, non pas pour vous faire l'exégèse, la défense ou la critique de la T2A, ce n'est le sujet aujourd'hui, mais pour insister sur le fait que la T2A me paraît se fonder sur trois malentendus majeurs entre le monde de l'économie et le monde de la santé. Malentendu que nous pourrions traiter dans le cadre de l'article 51.

Le premier malentendu majeur c'est le lien entre macro-économie et microéconomie. Cela peut paraître simpliste mais aujourd'hui en gros nos « macro-économistes » considèrent que le modèle de financement du système de soins en France n'est pas incohérent. Nous dépensons environ 11% de notre richesse nationale pour la santé et c'est un peu près raisonnable quand on se compare à d'autres pays. Nous avons des résultats honorables pour cette part de richesse nationale consacrée à la santé, comme le rappelle le directeur de la CNAM régulièrement. Nous n'avons pas de file d'attente et avons une productivité à la fois de nos ressources humaines en santé et de nos infrastructures elle aussi plutôt raisonnable, voire très bonne. Et donc d'un point de vue macroéconomique, le monde de la santé va plutôt bien.

Mais ceux qui font de la microéconomie de la santé observent que les choses vont assez mal. D'abord, elles vont assez mal dans chacun des établissements de santé ou dans chacun des cabinets de médecins de ville pris chacun séparément les uns des autres. D'une part, parce que la productivité des structures est devenue très élevée, voire trop pour certaines avec des risques qui peuvent être l'abandon individuel au sens des praticiens libéraux qui décrochent devant la charge de travail ou de nature plus collective et social dans des hôpitaux et des services hospitaliers en forte tension.. D'autre part, on constate que du point de vue microéconomique certains incitatifs ne fonctionnent pas et par exemple la quête d'une meilleure efficacité autour des parcours de soins avec des raisonnements théoriques macroéconomiques se décline mal à l'échelle micro et n'opère parfois tout simplement pas.

Le deuxième malentendu est également au cœur de la théorie économique et concerne les hypothèses sur le comportement des acteurs. La T2A part d'une hypothèse largement fautive que je peux observer à la fois dans ma fonction de directeur d'hôpital mais aussi dans la simple discussion avec des médecins. La T2A fait l'hypothèse de comportements rationnels mais à minima « éclairés » par des incitatifs économiques. Les économistes de la santé savent depuis longtemps que leur champ d'investigation est celui dans lequel les hypothèses de comportement rationnel des acteurs s'appliquent le moins bien. Il n'empêche, la T2A a fait l'hypothèse que les acteurs répondraient de manière à peu près rationnelle à des incitatifs économiques, ce qui n'est absolument pas le cas.

Et ce n'est pas le cas à cause du troisième malentendu : l'incompréhension sur les coûts. Vous pouvez faire l'hypothèse avec la T2A que le monde de la santé sait ce qu'est un coût. Sujet théorique déjà compliqué, nous n'en n'avons en fait pas la moindre idée. D'autant que la T2A nous a malheureusement mis en tête un seul coût, le coût moyen. Si vous faites l'hypothèse en tant qu'économistes que nous faisons la différence dans un hôpital entre un coût fixe et un coût variable, entre un coût moyen et un coût marginal, vous vous trompez. Nous n'avons que bien peu, ou bien mal ces notions en tête. Le résultat est qu'un directeur d'hôpital ou un chef de service qui réalise une activité dont le coût variable est supérieur au coût moyen, donc à rendements croissants, peut néanmoins avoir l'objectif d'augmenter l'activité, sans forcément mesurer que le coût marginal élevé peut faire croître le coût moyen et augmenter le déficit.

Ces trois sujets-là sont des sujets sur lesquels il faut se focaliser, car l'article 51 semble reprendre un peu les mêmes hypothèses et prolonger les mêmes malentendus. L'article 51 fait l'hypothèse que pour les projets qui vont être portés par des médecins sur la prise en charge du diabète, des greffés pulmonaires, des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique etc, nous aurions la connaissance de ce que sont les coûts moyens en ville et à l'hôpital, de ce que sont les coûts marginaux du transfert d'une cohorte de l'hôpital vers la ville, de ce que sont les coûts fixes des uns et des autres et de ce qui serait le plus rationnel de faire sur le plan économique.

J'insiste sur ces points parce que lorsque le directeur de la CNAM présente le projet, il insiste lui-même sur le fait que l'article 51 se fonde sur l'hypothèse qu'il y a de la valeur économique à aller trouver dans la désorganisation actuelle des parcours de soins et que si nous trouvons cette valeur économique alors on résoudra une

partie de l'équation de l'introduction qui est le lien entre une macroéconomie plutôt saine et une microéconomie qui met tout le monde en difficulté. Mais cette hypothèse-là ne se réalisera que si des économistes viennent auprès de médecins et auprès de directeurs d'hôpitaux avec des éléments de théorie économique qui nous permettent d'éclairer les bonnes idées que nous aurions sur le diabète, l'insuffisance cardiaque, etc. Mais pour l'instant, nous menons les uns et autres des projets malgré l'absence d'une culture économique même rudimentaire. Et en l'absence des informations sur les différents coûts des secteurs qui permettraient à chacun d'élaborer des stratégies de prise en charge des patients qui seraient plus pertinentes sur le plan économique.

Et donc une partie de nos difficultés depuis quelques années dans le monde de la santé est à mon avis une incompréhension à laquelle vous pouvez au moins partiellement remédier en travaillant sur les quelques fon-

damentaux économiques comme l'articulation entre macroéconomie et microéconomie, le comportement des acteurs et la théorie des coûts.

A ne pas traiter ces sujets, nous risquons de belles idées en termes de parcours de soins et peut-être même certaines qui répondront à l'injonction du moment et la bascule vers la ville. Mais si on transfère vers la ville les cohortes de patients pour lesquels le coût moyen de prise en charge est supérieur au coût hospitalier, pour lesquels le coût marginal à l'hôpital est faible voire nul, pour lesquels les coûts fixes seraient transférés d'une structure à l'autre, alors on risque d'échouer projet après projet.

J'insiste : nous avons besoin que le monde de l'économie de la santé vienne sur les questions de l'article 51 en portant les fondamentaux de la théorie économique auprès du monde de la santé qui s'intéresse à l'économie. ■