

La lettre du Collège

L'HÔPITAL EN MUTATION

Actes de la 23^e Conférence thématique du 24 mai 2022

SOMMAIRE

TABLE RONDE 1

Innovations tarifaires à l'hôpital

- Gérard de Pouvoirville 4
- Frédéric Bousquet 6
- Aurélien Sourdille 10
- Questions/réponses
Modérateur : Nicolas Sirven 13

TABLE RONDE 2

Nouvelles logiques organisationnelles à l'hôpital

- Lise Rochaix 15
- Sandrine Boucher 17
- Asma Fares 19
- Questions/réponses
Modératrice : Sandrine Baffert 20

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Tarif de la consultation et éthique

Nous sommes actuellement face à un bras de fer entre la Caisse nationale d'Assurance maladie et les médecins libéraux au sujet du tarif de convention de la consultation.

Face aux revendications d'une augmentation du tarif de la consultation, la Cnam a proposé le 22 février 2023 que la consultation chez le généraliste, actuellement à 25 €, passe à 26,50 € pour l'ensemble des consultations. Une seconde augmentation du tarif de la consultation a été proposée, mais sous condition d'atteinte d'objectifs. La consultation passerait à 30 € pour les médecins qui accepteraient de participer à la réduction des difficultés d'accès aux soins. Pour avoir droit à ce tarif, les médecins devraient s'engager sur

au moins deux des points suivants : participation à des gardes, ouverture le samedi matin, un nombre minimal de jours de présence par an, l'exercice en maison de santé ou en zones qui souffrent d'une faible présence médicale.

Cette proposition a été rejetée violemment par les syndicats de médecins libéraux. Certains médecins menacent même de se déconventionner.

L'augmentation de 25 € à 26,50 € a tout d'abord été jugée scandaleusement modeste. Cette contestation peut paraître légitime. La précédente convention avait fait passer la consultation de 23 € à 25 €,...

(Suite page suivante)

ÉDITORIAL

La 23^e Conférence thématique du Collège a interrogé les évolutions structurelles du secteur hospitalier, aux prismes des modes de financement et des nouvelles logiques organisationnelles. La matinée a été construite autour de deux tables rondes. La première présenta les regards croisés du professionnel de santé, de l'assureur et de l'économiste sur l'évolution des modes de financement des soins dans les établissements de santé. La seconde table ronde fut consacrée à des retours d'expériences et de recherches concernant les nouvelles logiques organisationnelles dans le secteur hospitalier (public et privé). Voici ci-après le résumé des échanges.

La T2A a été mise en œuvre en France au tournant du siècle dans une logique visant moins à stimuler la concurrence en prix entre établissements, qu'à un système de financement de l'hôpital dont l'objectif consistait à optimiser la fonction de production hospitalière. Certes, une concurrence s'est établie entre les établissements hospitaliers publics et privés autour du fait d'augmenter l'activité et

de grappiller des parts de marché, mais elle est extraordinairement régulée, à l'intérieur d'un système de planification qui, par exemple, n'existe pas aux États-Unis où ce système de « concurrence par comparaison » a été développé. La T2A à la française apparaît ainsi comme un mode de financement de l'hôpital qui interroge les économistes sur l'efficacité technique et allocative de l'ensemble du système. Or, le système de santé français est fragmenté avec des acteurs économiques hétérogènes entre la médecine de ville, les médecins généralistes et spécialistes, le secteur hospitalier privé et public, et cette fragmentation rend extrêmement difficile une amélioration de l'intégration des différentes parties du système autour d'une prise en charge « longitudinale », le fameux « parcours ». Aujourd'hui, la T2A a subi des critiques importantes. Si ce mode de paiement a stimulé l'hospitalisation de jour dans le secteur public et favorisé la connaissance de l'activité hospitalière, l'incitation...

(Suite page 3)

Le mot de la présidente (suite)

dans un contexte d'inflation extrêmement faible par rapport à la situation actuelle.

Le second point de crispation motivant le rejet par les syndicats de médecine générale comme de médecine spécialisée est la proposition d'utiliser des incitations financières. Ces derniers trouvent humiliant la suspicion qu'ils ne feraient pas aujourd'hui le maximum pour garantir l'accès aux soins de tous. Ces derniers jugent « humiliant et infantilissant » de devoir prendre ces engagements. Même « les quelques 40 % de médecins généralistes qui remplissent déjà ces critères refuseront de signer ce contrat ».

L'incitation financière est un instrument naturel pour l'économiste pour modifier les comportements afin d'atteindre une situation collectivement préférable. Le système de santé et de prévention ne fait pas exception. L'utilisation financière négative est fréquente. Les taxes sur le tabac, l'alcool et les produits gras et sucrés sont utilisées pour inciter les personnes à réduire leurs comportements à risque. Le ticket modérateur et les forfaits sont ici pour responsabiliser les patients, et les conduire à éviter des consultations inutiles, et les exonérations sont des incitations « positives » visant à favoriser le recours aux soins.

Les incitations financières positives sont rarement utilisées, et quand elles le sont, moins facilement acceptées. La France a jusqu'à présent refusé de recourir aux incitations financières pour modifier les comportements de santé. Elle a refusé d'utiliser des récompenses pour promouvoir la vaccination contre la Covid-19, alors même que de nombreux pays, comme les États-Unis ou la Grèce, l'ont fait. Les incitations financières positives ont en revanche été utilisées à plusieurs reprises pour modifier les pratiques des médecins, qu'ils s'agissent de les inciter à s'installer dans les déserts médicaux, ou à participer à la promotion de la santé publique au travers de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité des soins fournis et aux recours aux soins de prévention de leur patientèle. Mais cela n'a pas été sans heurts. Les médecins ont

été nombreux à s'opposer aux rémunérations sur objectifs de santé publique (Capi (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles) devenu par la suite Rosp (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique)), alors même que ce système ne prévoyait aucune pénalité et que la plupart des médecins remplissaient d'ores et déjà certains objectifs et pouvaient donc bénéficier de ce nouveau système comme d'un effet d'aubaine.

L'ensemble des travaux des économistes de la santé montrent l'efficacité de nombreuses incitations financières, et plus largement des modalités de rémunération des médecins, même si bien sûr l'ampleur des effets obtenus peut parfois être modeste. Il s'agit donc de poursuivre nos efforts pour évaluer au cas par cas, que ce soit de manière ex ante et ex post, l'efficacité des mesures proposées et mises en œuvre.

Nous devons aussi poursuivre nos recherches sur l'acceptabilité et l'éthique des incitations financières. Pourquoi les incitations financières positives seraient-elles moins acceptables que les incitations financières négatives pour promouvoir les comportements de santé vertueux ? N'est-il pas également humiliant de mettre en place des taxes pour pénaliser les individus pour les comportements délétères qu'ils adoptent, et donc choisissent, même si c'est sous contrainte ?

Pourquoi est-il si difficile pour les professionnels de santé d'accepter les incitations financières, même quand elles sont à leur profit ? Il n'y a pas de doute qu'ils sont motivés extrinsèquement, c'est-à-dire par leurs rémunérations, les classements à l'examen national classant montrant clairement l'attractivité des spécialités les mieux rémunérées. Toutefois, les médecins semblent également sensibles aux motivations intrinsèques, c'est-à-dire à leur réputation et à leur reconnaissance, et au respect de l'éthique médicale, et notamment au fait d'œuvrer pour le bien-être de leur patient. Et leurs motivations intrinsèques semblent pouvoir être fragi-

lisées par la forme des motivations extrinsèques. Les rémunérer en fonction de leur pratique leur apparaît ainsi contradictoire avec la déontologie médicale, et en particulier au respect de leur profession.

N'est-il pour autant pas éthique de chercher à améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous, et ce dans un système de soins solidaire ? À l'heure du 40^e anniversaire du Comité Consultatif National d'Éthique, voici encore un exemple de la difficile conciliation des objectifs de solidarité et de préservation de l'autonomie et de la bienveillance pour les patients comme pour les soignants. ■

Florence Jusot

Présidente du Collège
des économistes de la santé

Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse
Bâtiment 15/16

16, avenue Paul Vaillant Couturier
94807 Villejuif cedex

E-mail : ces@ces-asso.org

Site internet : www.ces-asso.org

Directrice de rédaction :

Florence Jusot,
assistée de Julia Bonastre
et Nicolas Sirven

Secrétariat de rédaction :

Géraldine Ragaru

Comité d'organisation scientifique :

Sandrine Baffert, Julia Bonastre,
Nora Ferdjaoui Moumjid,
Nicolas Sirven, Philippe Tessier

IRSES Conception maquette :
Franck-Séverin Clérembault (Irdes),
Anne Evans (Irdes)

Mise en pages :

Franck-Séverin Clérembault (Irdes)
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.

ÉDITORIAL, suite...

directe à l'activité a augmenté de façon démesurée la pression à la productivité, notamment l'augmentation de la pression à la productivité au détriment de la qualité de la prise en charge des patients. En réalité, ce n'est pas tant la T2A qu'il faut incriminer qu'une régulation macroéconomique des dépenses hospitalières publiques et privées, par le biais de l'Ondam. La FHF soutient d'ailleurs l'idée que la T2A ne devrait pas être le seul vecteur de financement, et plaide en faveur de l'équilibre entre différents modèles de financement, tels que les dotations et les financements basés sur la qualité des soins.

Parmi les pistes d'améliorations, l'article 51 en France représente une initiative ambitieuse visant à transformer la manière dont les soins de santé sont organisés et financés, en mettant l'accent sur la coordination, la collaboration, et la recherche de solutions innovantes pour répondre aux besoins changeants du système de santé. Trois expérimentations majeures incluent le financement par épisode de soins, la capitation en médecine de ville et le modèle des « *accountable care organizations* » (IPEP en France). Ces expérimentations impliquent souvent l'externalisation de l'activité hospitalière, avec l'hôpital collaborant avec des professionnels de santé de la ville pour assurer le suivi des patients à domicile, y compris la télésurveillance. Dans ces cas, l'hôpital joue un rôle d'organisateur et de pilote de la prise en charge, même lorsqu'il externalise certaines activités, et les partenariats ville-hôpital sont diversifiés. Ces expérimentations visent à réinventer la proximité des soins, créer de nouvelles fonctions pour les professionnels de santé, et autonomiser les patients. Cependant, elles posent des défis complexes, notamment en termes de calcul économique, de conception, de versement, de facturation, et de cohérence entre les différents modèles. L'enjeu réside dans la généralisation de ces modèles, la cohérence entre les différents modèles, la lisibilité pour les professionnels de santé, tout en maintenant un accent sur l'efficacité et la qualité des soins.

Sur le terrain, des transformations organisationnelles sont à l'œuvre, la pandémie de Covid-19 ayant joué un rôle de catalyseur dans la

promotion de l'innovation organisationnelle. A titre d'exemple, les Hospices Civils de Lyon ont créé une direction de l'innovation distincte de la direction de la recherche clinique pour encourager l'innovation organisationnelle. Cette nouvelle direction offre un guichet unique pour les porteurs de projets innovants, couvrant à la fois les aspects technologiques et organisationnels, l'objectif est de décloisonner les expertises au sein de l'institution et de favoriser la collaboration pour le développement de nouvelles approches organisationnelles. Un autre exemple, des centres de lutte contre le cancer (CLCC) en France se focalisent sur la collaboration avec d'autres établissements de soins et la prise en charge en proximité dans un contexte où, malgré une réduction du temps passé à l'hôpital, les effets secondaires des traitements se sont intensifiés. Face à des obstacles persistants, notamment les systèmes d'information inadéquats, Unicancer travaille sur des initiatives pour renforcer la coordination, développer des solutions numériques et labelliser les infirmières libérales.

Au final, dans un contexte de mutations structurelles importantes (virage ambulatoire, médicalisation de la gouvernance, hybridation des financements, renforcement de l'intégration verticale, et coopération entre établissements concurrents), les défis actuels pour l'hôpital ne résident pas tant dans le niveau de financement, qui est en moyenne comparable à d'autres pays européens, mais dans sa répartition entre secteurs public et privé, ambulatoire et hospitalier, et entre établissements de différentes tailles. Un des enjeux pour les économistes consiste à analyser et comprendre les mutations organisationnelles, et à collaborer avec d'autres disciplines, comme les sciences de gestion, la sociologie des organisations et la science politique, pour aborder ces questions de manière holistique. ■

Nicolas Sirven,
Professeur des universités,
École des hautes études en santé publique (Ehesp)

Cette Conférence thématique du Collège s'est tenue le mardi 24 mai 2022 en présentiel à L'Hôtel-Dieu, Paris 4^e, et simultanément en visio-conférence.

Gérard de Pouvoirville

Professeur émérite,

École supérieure des sciences économiques et commerciales (Essec)

Revenons un peu aux racines théoriques de la T2A en France. Précisons tout d'abord qu'elle n'a pas du tout été mise en place pour stimuler une comparaison par benchmark ou par les prix. D'ailleurs ce n'est pas le principal facteur de concurrence qui peut jouer. Bien sûr, une concurrence s'est établie entre les établissements hospitaliers publics et privés autour du fait d'augmenter l'activité et de grappiller des parts de marché, mais elle est extraordinairement régulée, à l'intérieur d'un système de planification qui, par exemple, n'existe pas aux États-Unis où ce système a été développé.

Le deuxième élément important que l'on peut mentionner, c'est que la T2A est un système de financement de l'hôpital. Or je pense que tout bon économiste se pose la question de l'efficacité technique et allocative de l'ensemble du système, et la T2A a été un système d'optimisation de la fonction de production hospitalière, mais pas forcément d'optimisation de la prise en charge globale des patients. Mais tout le monde sait que le système de santé français est fragmenté avec des acteurs économiques hétérogènes entre la médecine de ville, les médecins généralistes et spécialistes, le secteur hospitalier privé et public. On sait très bien que cette fragmentation rend extrêmement difficile une amélioration de l'intégration des différentes parties du système autour d'une prise en charge « longitudinale », le fameux « parcours ».

Dernier point de théorie : si l'on se focalise sur l'hôpital, quels sont les défis d'un système de financement pour un payeur ? En fait, l'hôpital est une structure d'accueil et de réponse à une demande partiellement aléatoire, qui varie au cours du temps et qu'il est nécessaire de prendre en compte pour éventuellement investir sur des capacités supplémentaires afin de faire face à cette demande. C'est un système de production extraordinairement diverse qui peut se mesurer par la variété des différents services avec leurs intitulés, et un phénomène qui s'accroît. Tout le monde sait qu'aujourd'hui il y a une hyper spécialisation des pratiques médicales et notamment chirurgicales, et donc une diversité extrêmement complexe.

La variabilité des pratiques a également tendance à s'homogénéiser. Elle est nécessaire et incontournable parce qu'un patient reste un patient, avec ses caractéristiques personnelles individuelles, et il ne réagit pas forcément de la même façon aux traitements, etc. La question qui se pose toujours est de savoir quel est le degré de variabilité acceptable, et quel est celui qui renvoie à des comportements de hasard moral par exemple.

Finalement, il y a aussi des phénomènes d'antisélection. Également, cela reste une industrie de main d'œuvre. Il n'y a pas beaucoup d'amortissement dans le coût d'un GHM. À l'unité, ce sont peut-être des matériels extrême-

ment chers, mais ils sont utilisés intensément et dans de bonnes conditions. Par ailleurs, la question de l'attractivité des métiers est effectivement très importante parce que c'est la ressource critique et clé.

Analysons maintenant en quoi la T2A répond à chacun de ces défis, en quoi elle est adaptée par rapport aux modes préexistants ou à d'autres modes de financement de l'hôpital¹.

Voyons quelques éléments d'histoire de la T2A. J'ai d'ailleurs écrit un chapitre dans un livre intitulé *The Migration of Managerial Innovation*.

Quel était le contexte au moment du démarrage du projet T2A ? Officiellement, il a démarré en 1982, mais on parlait déjà beaucoup de réforme hospitalière. Pour les plus jeunes, je rappelle qu'avant 1980 le système de financement hospitalier public qui prévalait était le système dit du « prix de journée ». Il présentait deux caractéristiques principales : chaque hôpital avait son propre prix de journée, pour différentes spécialités de médecine, chirurgie etc., fondé sur des coûts observés historiques. Par ailleurs, à l'époque il n'y avait pas de limites aux dépenses hospitalières, du type Ondam. C'est-à-dire qu'en fait, les finances de l'hôpital dépendaient directement de son activité en termes de nombre d'entrées. Le débat important était celui du comportement de hasard moral, qui était de jouer sur la longueur des hospitalisations pour remplir les capacités de lit, plutôt que de jouer sur l'efficacité technique de la prise en charge. Ce système était donc très critiqué depuis la loi hospitalière de 1970 (loi Boulin). D'ailleurs, en 1978, le gouvernement avait entrepris de lancer des expérimentations dans six établissements. L'une d'elle concernait le budget global. Il s'agit d'un système prospectif qui fixe au début de l'année une enveloppe de dépenses que l'établissement est autorisé à déboursier.

À l'époque, un autre système était très porté par une jeune génération de directeurs d'hôpitaux. Il s'appelait « le prix de journée éclaté ». C'était un système de paiement à l'activité, basé sur un système de paiement forfaitaire. L'idée était de payer une hospitalisation en fonction des différentes prestations délivrées aux patients, avec un forfait d'admission, un forfait journée d'hébergement, un forfait journée soins, des prestations diverses facturées à l'acte, en K, B, Z. Les tarifs devant être standardisés, ce système de paiement à l'activité a un côté prospectif intéressant.

L'expérimentation a donc été lancée, un rapport a été remis. Entre-temps, François Mitterrand a été élu, il y

¹ Kimberly J, de Pouvoirville G., *The Migration of managerial innovation*, 1993 : San Francisco, Josey Bass.

a eu forcément une période de latence des réformes. Certains se rappellent peut-être que le premier ministre de la santé nommé par le Président était Jack Ralite du parti communiste. Pour la petite histoire, de la même façon qu'il y avait « l'œil de Moscou » dans le gouvernement, Jean de Kervasdoué a été nommé par le Premier ministre à l'époque « l'œil de Solférino » dans le ministère de la Santé, comme contrepoids à Jack Ralite. Le contexte politique est assez important parce que la crise de l'assurance maladie était encore prégnante. À noter qu'en 1979, Raymond Barre avait tenté d'imposer une sorte de plafond à l'évolution des dépenses hospitalières en instaurant un taux directeur national, mais c'était un Ondam sans mécanisme de régulation. La question de la réforme de financement s'est donc tout de suite posée en 1980/1982. En l'occurrence, c'est le ministère des Finances qui a remporté l'arbitrage et imposé la mise en place du budget global entre les années 1983 et 1984.

Rappelons les caractéristiques du budget global : un budget prospectif propre à chaque établissement, qu'il était tenu de respecter. Dans les années précédentes, Jean de Kervasdoué avait fait sa thèse de sociologie des organisations aux États-Unis, et en rentrant en France il avait rejoint un centre de recherche en gestion de l'école polytechnique. Avant d'arriver au Ministère de la Santé, il avait fait trois ans à la direction de la stratégie et de la planification à l'AP-HP. D'une certaine façon, on peut dire qu'il avait ramené de son expérience aux États-Unis le modèle dit des « *Diagnosis Related Groups* », et il avait proposé à l'AP-HP de les développer en France. Avec un certain nombre de responsables du système de santé, il avait aussi organisé une mission aux États-Unis. Son idée était de dire que le budget global tel qu'il est mis en place était anti-économique. Pour lui, c'était un système fondé sur des bases historiques rétrospectives : le payeur ne peut donc absolument pas jouer sur des réallocations de moyens entre les établissements en fonction de leur performance, alors qu'il était convaincu qu'il y avait des inégalités de ressources extrêmement importantes entre les établissements. Par ailleurs, il fallait un système qui « permette de mettre en évidence l'efficacité technique des établissements et de les comparer entre eux. » Il souhaitait donc un budget global ajusté sur le fameux « *case-mix* », ou éventail de cas. C'est pour cela qu'il a lancé le PMSI en 1982.

On parlait de zéro ! On est en 1980, il n'y a quasiment pas d'informatique hospitalière médicale. Bien sûr, les robots de biologie produisaient des comptes-rendus informatisés, mais il y avait très peu de logiciels de bloc, sans parler de la numérisation des images qui était techniquement impossible. On est à une époque où l'informatisation des services hospitaliers est à un niveau très bas. Elle a d'ailleurs commencé essentiellement par l'informatisation des filières de gestion, de facturation, et de gestion des lits.

Le deuxième point qu'il faut rappeler est que l'informatisation des données médicales n'existait pas du tout. Les anciens ont tous connu les dossiers médicaux papier

classiques. De plus, il n'y avait aucun moyen régulier et standardisé de rendre compte de l'activité clinique de l'hôpital. On mesurait le nombre de séjours, la durée de séjour, le taux d'occupation, le nombre de séjours en chirurgie, en réa, le nombre de B, K, Z etc. Mais on ne connaissait que très peu de choses sur le recrutement des établissements hospitaliers. On était en pleine asymétrie d'information, incapable d'observer effectivement les patients pris en charge et les traitements délivrés. Seules les enquêtes ponctuelles faites à gauche et droite, et l'enquête décennale morbidité faite par la Drees et le CreDES, nous donnaient une certaine connaissance de l'épidémiologie hospitalière, mais pas de façon continue. En lisant des rapports d'activité hospitaliers, on était absolument incapable de mettre en relation par exemple les ressources des séjours avec la nature des patients traités.

Il a fallu 22 ans (de 1982 à 2004) pour basculer du PMSI à la mise en place de la T2A. Voyons deux aspects permettant d'expliquer cette longue durée. On parlait de zéro, la réunion initiatrice a été un appel à expérimentateurs volontaires, pour tester la mise en place du Résumé de sortie standardisé (RSS) dans les établissements hospitaliers publics, appel qui a fait remonter une vingtaine de candidatures dont les deux-tiers étaient liés à l'idée que grâce à cela les hôpitaux allaient avoir de l'argent pour s'informatiser, et pas du tout pour mettre en place le RSS. Heureusement, on pouvait s'appuyer sur quatre centres : le CHU de Grenoble et tous les établissements périphériques autour, un établissement de l'AP Marseille, la Conception, et le CHU de Caen.

Qui était porteur de ce projet à l'époque ? Des médecins, épidémiologistes et statisticiens d'informatique médicale, qui avaient déjà mis en place un système de collecte de RSS plus ou moins compatible avec le système DRG. Heureusement qu'il a pu s'appuyer là-dessus puisqu'il a eu des bases de données qui n'étaient pas tout à fait adaptées, mais qui lui ont permis de tester rapidement la faisabilité de grouper des données et de produire des DRG GHM en France. Pour ceux qui se rappellent cette histoire, c'est Marion Girardier, qui est devenue aussi une « papesse » du RSS et des bases de données, qui avait investi dans la collecte de données médicales à Grenoble, André Thouin à Caen, et Mario Fieschi, médecin d'information médicale, à la Conception à Marseille. Ils ne parlaient donc pas de rien mais presque.

Il a fallu 10 ans pour créer l'infrastructure (1991). Et le facteur déclenchant a été la création des départements d'information médicale d'une part, et un arrêté rendant obligatoire le RSS d'autre part, stipulant d'ailleurs que le cas d'un hôpital public ne se conformant pas au RSS serait traité de façon extrêmement dure en termes de taux directeur.

La phase suivante de l'utilisation de l'outil était « philosophique ». Qu'entend-on par-là ? L'idée très claire dans l'esprit de Jean de Kervasdoué de payer à l'activité s'est heurtée à beaucoup d'hostilité au départ. Dans un

premier temps d'ailleurs, les directeurs d'hôpitaux qui voyaient dans cette affaire une perte d'autonomie voulaient garder l'information pour eux, en interne, afin de gérer leur relation avec les docteurs. Il y a donc eu une forte opposition de leur part.

Plus tard, des médecins se sont opposés en disant qu'on ne devait pas adopter « l'horrible » système de santé américain, et certaines personnes trouvaient qu'on touchait à leur autonomie professionnelle en plus de leur demander de faire des choses contraignantes. Une très longue phase s'est écoulée entre une quasi-exhaustivité de la production d'information médicale en France et la première bascule en GHM, et la mise en place de la T2A.

Il est à noter que le système T2A a été mis en place dans le système hospitalier privé en 1990/1991, avec l'instauration de l'OQN (l'Objectif Quantifié National), l'obligation pour le système hospitalier privé de présenter l'information nécessaire en termes de factures pour calculer un tarif GHM spécifiquement privé. La T2A s'est donc appliquée dans le secteur privé en 1991, et dans le secteur hospitalier public en 2004 ! Jusqu'en 1990-1991, le système hospitalier privé était payé à la journée, à l'acte. Il y avait le K-FSO, un coefficient de paiement de l'utilisation des salles d'opération et qui était proportionnel au K Chirurgie. Ces K-FSO avaient connu une inflation

absolument colossale et posaient un problème de financement majeur, ce qui explique peut-être qu'en 1991 cela a été plus vite que dans le système public.

Aujourd'hui, la T2A a subi des critiques importantes, qui peuvent se résumer de la façon suivante : l'incitation directe à l'activité a augmenté de façon démesurée la pression à la productivité des équipes hospitalières, au détriment de la qualité de la prise en charge des malades, notamment en termes de « care ». En réalité, ce n'est pas tant la T2A qu'il faut incriminer qu'une régulation macroéconomique des dépenses hospitalières publiques et privées, par le biais de l'Ondam. Rappelons que celle-ci se fait par le biais d'un ajustement prix-volume au niveau national : le payeur « récupère » tous les ans les gains de productivité réalisés par les établissements, et les tarifs changent tous les ans, rendant difficile une gestion prospective raisonnée des efforts à faire. *A contrario*, dans la balance des plus pour le secteur public, la T2A a été une incitation très forte pour le secteur à rattraper son retard sur le privé en matière d'hospitalisations de jour. Le public a pu également reprendre des parts de marché en chirurgie au secteur privé. Pour ma part, je considère que l'investissement fait dans la connaissance de l'activité hospitalière est un succès et un atout énorme pour la régulation du secteur, tant en termes de performance technique que de planification. ■

LES LOGIQUES HOSPITALIÈRES   L'ŒUVRE DANS L'ARTICLE 51

Frédéric Bousquet

*Direction de la Stratégie, des études et des Statistiques (DSES),
Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam)*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2022/06/BOUSQUET-Frederic.pdf>

Je travaille à la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES) de la CNAM, ce que l'on appelle les « expérimentations article 51 ». Avec toute une équipe, je m'occupe de la « cellule d'évaluation » qui pilote l'évaluation de toutes ces expérimentations, la loi ayant rendu celle-ci obligatoire pour chacune de celles qui rentrent dans le dispositif. Aujourd'hui, on est à 120 expérimentations autorisées, et on a à peu près une centaine d'évaluations en cours. Je vais d'ailleurs parler sous l'autorité de quelques-uns de nos évaluateurs ici présents.

Dans cet article 51, on a évidemment de nombreuses expérimentations qui impliquent l'hôpital, mais on constate que l'on n'a pas de grande expérimentation hospitalière qui viserait à modifier fondamentalement la T2A. Parmi les trois expérimentations que l'on appelle « les appels à manifestations d'intérêt (AMI) » qui sont parmi les plus importantes en termes d'effectifs impliqués, l'une concerne la mise en place d'un financement à l'épisode

de soins. L'EHESP et Hospinomics en sont les évaluateurs. Il s'agit du passage à une rémunération de certaines interventions par épisode de soins (la chirurgie de la hanche et du genou, et la chirurgie digestive dans le cas de cancer du côlon). Une autre expérimentation concerne la médecine de ville et teste un passage à la capitation. La troisième s'inspire directement des modèles dits « *accountable care organizations* » aux  tats-Unis, rebaptisée IPEP en France. Embarquant des organisations d'exercice pluriprofessionnel (maisons et centres de santé) et quelques hôpitaux, elle vise à construire une prise en charge populationnelle qui va s'organiser pour coordonner les soins et en améliorer la qualité et l'efficacité. Elle s'accompagne d'un mode de rémunération incitatif à la qualité et à la performance de type « *shared savings* ». Sans modifier le mode de rémunération actuel, ce mécanisme va comparer les dépenses de soins observées de leurs patient es à un modèle théorique. S'ils parviennent à générer des économies pour l'Assurance maladie, une partie leur est

restituée. En général, ces bonus sont réinvestis dans les organisations pour en améliorer le fonctionnement et la qualité de prise en charge.

Ces trois grandes expérimentations ont été initiées et sont pilotées directement par le ministère et l'Assurance maladie, mais elles sont loin de constituer la grande majorité des expérimentations de l'article 51. En fait, la plupart des expérimentations s'inscrivent dans une logique très « *bottom up* » et sont directement proposées par le terrain, le plus souvent des professionnels de santé (mais d'autres types d'acteurs aussi tels que des *start-up*) qu'on appelle « les porteurs de projets ». Ces expérimentations sont de plus petites tailles que les trois AMI évoquées. À chaque fois, elles visent la mise en place d'un modèle d'organisation particulier des soins, associé à un modèle de rémunération spécifique, puisque la condition d'entrée dans l'article 51 est d'avoir un modèle de rémunération dérogatoire au droit commun. Ce n'est donc pas de la subvention, ni du paiement à l'acte, ni du paiement au DRG. Ce sont d'autres choses qui, dans 80 % des cas, se traduisent par de la construction de forfaits pluriprofessionnels de prise en charge d'un patient.

Lorsque l'hôpital est impliqué, dans la plupart des cas, les expérimentations se font à l'échelle d'un service, ou de plusieurs services d'hôpitaux différents, mais elles concernent toujours une même pathologie, une même situation clinique ou de santé. Ces expérimentations représentent entre 25 et 30 % des expérimentations A51. En très grande majorité, dans ces organisations on voit une logique d'externalisation de l'activité de l'hôpital où celui-ci va tenter de développer, en coordination et coopération avec les professionnels de ville, le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée à domicile, par exemple. On le voit notamment dans des expérimentations impliquant la télésurveillance pour le suivi de l'insuffisance cardiaque ou encore du diabète gestationnel. Dans ce dernier cas, on a d'ailleurs pu observer, en lien avec la pandémie, que toute l'activité de suivi des femmes a été basculée sur leur domicile, avec un suivi entièrement fait par l'hôpital, mais à distance. Ce n'est pas la majorité des cas. On a aussi dans cette logique-là une expérimentation de réadaptation des suites de pathologies cardiaques lourdes, où des professionnels de soins et médecins du secteur privé travaillant en SSR ont organisé une prise en charge des patients dans le cadre de structures légères de ville. Mais cela reste quand même dans une filière très verticale de prise en charge qui reste pilotée par les établissements de santé.

On voit ainsi émerger des modèles où l'hôpital devient le pilote d'une prise en charge qu'il externalise ou coordonne en impliquant les professionnels libéraux. Un autre exemple avec le projet Diva piloté par le CHU de Dijon, où ce dernier accompagne les personnes victimes d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC une fois sorties de l'hôpital, dans le cadre de la mise en place d'un protocole assez strict et d'une coordination entre les professionnels de l'hôpital et les professionnels de la ville. L'évaluation

nous dira si cela fonctionne. On a plusieurs expérimentations comme celle-ci. Le modèle le plus commun est que l'hôpital reste à la fois l'organisateur et le pilote de toute cette prise en charge.

On a une troisième catégorie plus rare mais tout aussi intéressante, celle d'un partenariat ville-hôpital où chacun est sur un pied d'égalité, et qui peut émaner d'une proposition de la ville. Par exemple, une très intéressante expérimentation en Corse (EVA-Corse) vise à prendre en charge des patients qui sortent d'un accident cardiaque et qui n'arrivent pas à être suivi en SSR, parce qu'en général ils sont trop loin du centre hospitalier. Là, plusieurs MSP ont monté une collaboration avec l'hôpital, visant à prendre en charge dans leurs locaux des gens qui auraient dû l'être avant au sein de l'hôpital. Un modèle de rémunération forfaitaire vient s'adapter, pendant toute la phase de la prise en charge, et va rémunérer différents professionnels sur la base d'un forfait par patient.

On note un dernier point dans ces logiques ville-hôpital : on vient financer des prises en charge systématiquement pluriprofessionnelles, où on a différents types d'acteurs et de disciplines qui interviennent sur une prise en charge. L'équipe de Natacha Lemaire avait compté 28 projets ville-hôpital, il y en avait probablement un peu plus mais il est difficile de bien les identifier ou de les séparer d'autres sujets. Dans la typologie des expérimentations, on a ainsi les séquences de prise en charge post aiguës, comme évoquées à l'instant, mais aussi le suivi de pathologies chroniques. On a deux expérimentations de chimiothérapie orale à domicile, et une de prise en charge sur l'immunothérapie, où le suivi hospitalier s'organise avec les interventions des infirmières libérales et des pharmaciens d'officine, principalement. D'autres expérimentations ciblent le grand âge et la dépendance, et trois organisent de la coopération ville-hôpital sur le suivi de l'iatrogénie médicamenteuse.

Dans ces organisations ville-hôpital, quelles innovations observe-t-on ? Il s'agit de celles qui cherchent à construire des organisations réinventant la notion de proximité, qui n'existait pas avant et qu'on n'arrivait pas à mettre en place. On veut organiser des prises en charge à domicile, mettre en place un suivi très rapproché en temps réel avec des technologies numériques, développer des actions « d'aller vers » pour des personnes qui ne viendraient pas spontanément vers le système de soins.

Il y a aussi des logiques de mise en place de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions pour des professions existantes. Côté hôpital, le cas le plus fréquent est celui de l'infirmière de coordination. Ce métier, ou cette forme de spécialisation, n'existe pas ou, dans la minorité de situations où il a été mis en place, n'est pas officiellement reconnu. Ces infirmières vont venir coordonner tous les acteurs de la prise en charge à l'hôpital ou à la ville : suivi du parcours, organisation des rendez-vous, orientation des patients, remontée des informations fournies par le patient vers le médecin hospitalier en charge du suivi,

transfert de l'information vers les professionnels de ville qui assurent la continuité de la prise en charge.

Les technologies nouvelles permettent aussi de suivre presque en direct l'évolution de l'état de santé avec la télésurveillance. Ces évolutions des métiers, ou des fonctions, représentent ainsi des montées en compétences des professionnels concernés, s'accompagnant de délégations informelles ou formelles de compétences de la part du corps médical hospitalier. Mais on observe aussi ces mécanismes à l'œuvre dans le secteur des soins primaires, où le médecin demande à une infirmière de se charger de tel ou tel aspect des soins, qu'il lui revenait auparavant d'assurer (expérimentation RSMO en Pays de la Loire par exemple). Une troisième évolution importante est la logique d'« empowerment » du patient, où on essaie de le rendre de plus en plus autonome dans sa propre prise en charge.

Néanmoins, ces nouvelles organisations, et plus particulièrement les nouveaux modes de rémunération qui s'y rattachent, posent des problèmes complexes dans leur mise en œuvre. D'ailleurs, dans la construction des forfaits, on retrouve des problèmes similaires à ceux que l'on a connus lors de la définition des GHM/GHS. Par exemple, le calcul économique : comment valorise-t-on le forfait ? Quels coûts y met-on ? Il y a tous ceux de prise en charge des soins au sens sanitaire, mais aussi médico-sociaux, les coûts du travail de coordination, d'investissement, de formation, de développement du système d'information et de gestion/management ou de pilotage du projet. Tout cela n'est pas si simple quand on a construit un forfait pluriprofessionnel qui doit consolider tous ces éléments, pour essayer de rémunérer l'ensemble des professionnels qui vont travailler, en intégrant en outre les coûts de structure.

On a également beaucoup de problèmes de conception de ce forfait. Certains acteurs pensent que c'est juste la somme des actes des différents intervenants. On a du mal à faire comprendre qu'un forfait doit aller plus loin que cette somme d'actes : il ne s'agit pas d'agréger la somme des prestations rémunérées à l'acte, telles qu'elles sont délivrées aujourd'hui, mais de construire et valoriser :

- D'une part une « prise en charge moyenne » qui va pouvoir couvrir les coûts de prise en charge des personnes qui ont des besoins proches, mais non parfaitement identiques ; les professionnels peuvent donc faire varier la gamme des prestations au sein d'un même forfait ;
- D'autre part, les modalités d'organisation de la prise en charge se modifiant par rapport à la situation actuelle, les facteurs de production (temps d'intervention médical, paramédical, médico-social ou autres) peuvent évoluer au cours du temps, et également varier à un instant donné entre les équipes soignantes des différents sites expérimentateurs d'un même projet. On ne sait pas nécessairement quand on conçoit le forfait au moment de la rédaction du cahier des charges de l'expérimentation, quel est le modèle optimal d'organisa-

tion, tout en sachant qu'il y aura forcément des adaptations selon les équipes et le contexte propre à chaque site.

La question de la prise en charge de la sévérité est un exemple typique. Beaucoup d'acteurs refusent un forfait unique parce qu'ils ont des patients très différents les uns des autres. Toute la question est de savoir si on transfère la totalité du risque financier vers les professionnels de soins, ou si le financeur continue d'assumer une partie de ce risque. Souvent, au lieu d'un forfait moyen pondéré par le risque (certes souvent difficile à observer *ex-ante*), on part plutôt vers une multiplicité de forfaits ; un peu comme cela a finalement été fait avec la T2A lorsque l'on a introduit des degrés de sévérité dans les GHM.

Un autre type de complexité apparaît dans les modalités de versement du forfait : puisqu'il y a plusieurs prestataires différents, à qui va-t-on verser le forfait commun ? Comment va-t-il le répartir (répartition définie *ex-ante* dans sa totalité, ou bien variant selon les prestations effectivement réalisées) ? Comment, de manière pratique, celui qui perçoit le forfait global va-t-il le reverser aux autres intervenants de la prise en charge du patient ?

Très souvent, et en particulier dans les prises en charge ville-hôpital, ce dernier refuse de jouer ce rôle de « structure concentratrice » et de gérer le paiement de l'ensemble des intervenants, la charge administrative apparaissant très lourde compte tenu de la multiplicité des professionnels libéraux qui peuvent être impliqués. Le patient restant libre du choix de ses soignants, les médecins traitants, infirmiers libéraux ou pharmaciens d'officine... peuvent être très nombreux pour une même expérimentation. On constate qu'il n'est pas rare que, pour une expérimentation donnée, un professionnel libéral ne soit impliqué que pour un ou deux individus de sa patientèle totale. Aussi, le plus souvent, le forfait est-il éclaté à la source, et l'Assurance maladie verse à chaque professionnel la partie du forfait définie *ex-ante*. Finalement, on revient à la logique de la conception d'un forfait comme une série d'actes agrégés, dont la liste est prédéfinie et figée. Dès lors, chacun des prestataires se dit qu'il effectue son travail de son côté. Certes, il y a un forfait qui sert de plafond, mais on perd une grande partie de l'incitation à coopérer et coordonner les soins avec une mise en « solidarité financière » de tous les acteurs.

On ne pense pas souvent non plus aux modalités de facturation du forfait. Ce n'est pas le tout de le créer, encore faut-il que les gens qui doivent le toucher envoient de l'information vers l'Assurance maladie (ou la structure concentratrice), et que celle-ci puisse les payer en retour. Cela aussi peut être d'une complexité assez redoutable : dans l'idéal, il s'agirait de construire un dossier médical partagé du patient, qui pourrait alimenter automatiquement le système de facturation avec les éléments permettant de déclencher le paiement. Dans la pratique, le recueil de ces éléments est souvent réalisé parallèlement, imposant une double saisie de ces informations, soit par

les professionnels de santé, soit par un tiers administratif chargé de récupérer ces données dans les dossiers.

Autres points sur le forfait :

- Va-t-il être substitutif ou complémentaire, *i.e.* : va-t-il remplacer complètement la rémunération actuelle, ou va-t-il se combiner avec une partie rémunération de droit commun ?
- Forfait seul ou accompagné : la rémunération va-t-elle combiner le forfait avec d'autres composantes ? Cette question renvoie le plus souvent à l'intérêt et la pertinence d'ajouter des mécanismes de paiement à la performance au forfait de base. Dans l'article 51, on appelle cela les « parts variables ». Très prisées par les pouvoirs publics, les méta-analyses de ces dispositifs montrent toutefois qu'ils ont produit des résultats assez décevants. Les coûts de recueil de l'information nécessaire et de mise en œuvre des mécanismes de paiement associés devraient inciter à réserver leur introduction dans les modèles expérimentaux aux expérimentations de taille importante, et pour lesquelles on entrevoit des possibilités claires de mise en œuvre du paiement à la performance à grande échelle (pertinence claire du dispositif, possibilité de construire des indicateurs valides et fiables à grande échelle pour un coût raisonnable, acceptabilité par les professionnels, mécanismes de paiement à la fois transparents et facilement opératoires...).

Pour finir, si on revient aux questions de théorie économique qui définissent l'intérêt des modes de rémunération forfaitaire, on a tous en tête ces tableaux concernant l'impact des différents modes de rémunération sur la productivité, le volume d'activité, la sélection des risques, la maîtrise des dépenses, etc.

Il faut bien comprendre qu'un professionnel qui propose une expérimentation et construit le modèle de rémunération lors de l'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation n'a quasiment jamais en tête ce type de raisonnement. Ce qui va le guider, c'est d'abord, et quasi exclusivement, le projet de soin, de mise en place d'une prise en charge particulière et de son organisation. Premièrement, il n'avait pas toujours conscience, au début de l'article 51, qu'un modèle de financement dérogatoire était un critère d'éligibilité obligatoire ; ce qui est aujourd'hui bien intégré par tous les dépositaires de dossiers. Deuxièmement, le porteur de projet veut surtout rémunérer le temps de coordination des soins, ainsi que d'éventuelles prestations qui ne sont pas incluses aujourd'hui dans le panier de biens et services remboursés par l'Assurance maladie (psychologues – mais la situation a récemment changé – diététicien, APA, promotion de la santé, accompagnement social, médiation, inter-prétariat, etc.). Ces professionnels amènent donc souvent une demande de reconnaissance du temps passé sur des activités qui ne sont, en général, pas rémunérées.

En conclusion, que nous reste-t-il comme challenge pour la suite ? L'évolution des modes de rémunération doit coller à l'évolution des besoins de changement des modalités

de prise en charge et à la conception des professionnels qui portent ce besoin d'évolution. Il ressort des expérimentations de l'article 51, une vision plus holistique des soins, intégrant notamment la prévention, mais aussi d'autres formes d'accompagnement, non nécessairement médicales. De manière corollaire, l'article 51 porte également une vision systématiquement pluriprofessionnelle de la prise en charge introduisant un temps nécessaire de coordination entre les différents intervenants, coordination qui est parfois pour partie en place, mais qui n'est pas reconnue, qui doit s'intensifier et être professionnalisée. L'article 51 porte aussi, mais peut-être de manière moins prégnante, l'objectif d'autonomisation du patient.

Très clairement, les modèles testés dans le cadre de l'article 51 doivent mûrir. La coopération ville-hôpital peine encore à se mettre en place, mais on commence à observer des expérimentations où le travail coopératif se construit progressivement. Il existe un enjeu très important à parvenir à accompagner ce mouvement par le développement des outils nécessaires au partage de l'information, sans lesquels un mécanisme de rémunération par forfait pluriprofessionnel ne peut fonctionner à grande échelle. Au regard des difficultés observées pour la mise en place SI interopérables, l'enjeu est d'abord de mettre en œuvre des solutions simples et opérationnelles

La multiplicité des expérimentations A51 tend également vers une forte diversification des modèles de rémunération en fonction des différents protocoles de prise en charge. À un moment de réfléchir à la généralisation, la question de la mise en cohérence de cette multitude de modèles va se poser. On ne pourra pas garder un mode de rémunération par protocole. Dès lors, comment va-t-on construire de la cohérence entre les différents modèles de prise en charge expérimentés, d'une part, et entre les différents types de rémunération qui leur sont appliqués, d'autre part ? De cette diversité, il faudra construire quelque chose qui « fait système » : l'identification de composantes communes dans les différents facteurs de production qui sont mobilisés (temps médical, paramédical, autre...), de nouvelles nomenclatures d'activités, en particulier la formalisation et la valorisation de celle de coordination, etc. ?

On aura aussi un fort enjeu de lisibilité pour les professionnels : plus on va vers ces logiques de forfaitisation globale (avec éventuellement des besoins de redressement sur le risque, etc.), plus les modèles deviennent complexes et opaques pour les professionnels. Il y aura donc un enjeu d'acceptation, d'appropriation. Il faudra en particulier trouver la bonne place et les bons modèles de paiement à la performance.

La dernière question est celle de l'efficacité : on n'est pas sur des modèles qui sont pensés d'emblée pour générer des économies de santé à court terme, mais plutôt pour investir maintenant, afin d'avoir des impacts sur une amélioration de la qualité de soins, d'évitement d'hospitalisation et de passage aux urgences, de réduction de la consommation de soins grâce à une bonne prise en

charge. Ce sera un challenge pour les institutions : vont-elles accepter d'investir, de dépenser plus d'argent pendant un moment, avec une certaine incertitude sur le retour sur investissement ? ■

Aurélien Sourdille

*Responsable adjoint du pôle Offres,
Fédération Hospitalière de France (FHF)*

La Fédération Hospitalière de France pour laquelle je travaille représente les hôpitaux publics auprès des pouvoirs publics, et notamment du Ministère. Nous jouons également un rôle d'information auprès de nos adhérents, et participons à la réflexion autour de l'amélioration de notre modèle de santé de façon générale avec un certain nombre de propositions en ce sens. Pour ma part, je suis responsable adjoint du pôle Offres, qui s'occupe des questions d'offres de soins, de recherche, de santé, et je suis tout particulièrement référent sur les questions de financement.

Je pense que mes propos vont aller dans le même sens que ceux des intervenants précédents, notamment sur le fait que la T2A est avant tout un outil, et que tout dépend de l'utilisation qu'on en fait. Pour finir, les difficultés de financement que l'on connaît dans les établissements sont plutôt le résultat des choix politiques et des arbitrages qu'une remise en cause de l'outil de financement en tant que tel.

En introduction, selon les analyses de la FHF, la T2A a agi comme un élément permettant de sauver réellement le secteur public et de favoriser son développement. Il nous semble essentiel de souligner que, quand on est dans un système qui est dit concurrentiel, il est indispensable de disposer de modèles de financement équivalents entre les différents acteurs. Il faut assurer une équité entre eux et un même intérêt à agir, les mêmes incitations pour une même finalité.

D'autre part, ce mode de financement a vraiment permis au secteur public de se développer. En effet, on a pu constater une dynamique positive dans l'évolution des parts de marché du secteur public, depuis les prémices de la T2A jusqu'à la dernière année avant la crise épidémique, où les parts de marché étaient encore à la hausse du côté du secteur public. D'autres facteurs expliquent probablement cela, mais la T2A a tout de même été un levier pour inciter à la réorganisation et à l'optimisation des organisations, mais aussi à la recherche d'une augmentation de l'activité.

On a constaté notamment que, loin d'être protecteur, le financement par dotation avait plutôt tendance à enfermer le secteur public dans une enveloppe fermée et régulée. Encore une fois, ce n'est pas tant l'outil qui est remis en cause, parce qu'on n'a pas forcément cette difficulté si l'on indexe une évolution progressive des financements, mais c'est plutôt la résultante de choix politiques et d'ar-

bitrages rendus. On aurait pu comparer la croissance des établissements aujourd'hui avec la période d'avant mise en place de la T2A. Mais prenons simplement l'exemple de la réforme de financement de la psychiatrie, qui est mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier dernier et prévoit la constitution d'un modèle de financement commun à l'ensemble des acteurs publics et privés. Avant cela, les modes de financement étaient différents en fonction des établissements. S'ils étaient publics et non lucratifs, ils étaient financés avec une enveloppe Daf ; et s'ils étaient lucratifs, ils bénéficiaient d'un financement au prix de journée. Dans son rapport de 2021 sur le parcours de soins en psychiatrie, la Cour des comptes met en exergue que, sur la période allant de 2008 à 2018, on constate une augmentation des ressources des établissements Daf de 12,7 %, alors que les privés augmentent quatre fois plus vite. Bien sûr, les montants sont très différents puisqu'ils vont de 1 à 10 en termes de masses financières concernées. Mais la tendance est tout de même là. En comparant avec l'évolution de l'Ondam sur la même période, on constate que le financement de la psychiatrie sous Daf a évolué 2 fois moins vite que le financement de l'Ondam. D'autres vecteurs de financement augmentent donc beaucoup plus vite que l'Ondam. Par conséquent, la résultante des arbitrages politiques est de dire que, dans un environnement contraint, avec un Ondam posé et des objectifs à tenir, il est finalement beaucoup plus simple de réguler une dotation, une enveloppe fermée, que de réguler un financement à enveloppe ouverte, qui signifierait la baisse des rémunérations à l'acte, notamment dans le secteur privé, ce qui serait beaucoup plus difficile à porter politiquement.

Quelle est la conséquence de ce mode de financement ? Le secteur Daf de psychiatrie a baissé son capacitaire d'hospitalisation complète de 13 % de 2013 à 2019, tandis que celui du secteur OQN a augmenté de 12 %. Bien sûr, il y a aussi d'autres explications à cette évolution, notamment celles des modalités de prise en charge qui justifient le fait que l'on réduise le capacitaire. Néanmoins, le rapport de la Cour des comptes est assez formel là-dessus en indiquant que la faiblesse des ressources allouées au secteur public a conduit les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour augmenter l'offre de soins. C'est-à-dire que, quand une tutelle doit délivrer des autorisations, elle a d'un côté un secteur régulé avec peu de moyens supplémentaires et qui financent principalement l'existant, et de l'autre côté une enveloppe dite ouverte, non régulée. Elle va donc plutôt orienter l'octroi des autorisations vers ce secteur-là. Cela signifie une pri-

atisation de l'offre de soins. Et notamment dans le cas de la psychiatrie, on sait que les types de prise en charge assurés par le secteur privé et le secteur public ne sont pas du tout les mêmes, puisque les cas les plus lourds sont assurés par le secteur public, tandis que le secteur privé traite majoritairement des troubles dépressifs. Il y a donc des conséquences en termes d'offre de soins et de réponse aux besoins de santé.

Le constat est que la T2A ne peut pas être l'alpha et l'oméga de tout vecteur de financement, et elle doit être accompagnée par d'autres modèles de financement. Par principe, certaines activités ne peuvent pas être financées à l'activité, c'est le cas de la recherche, des lignes de Smur, etc. Elles doivent bénéficier d'enveloppes déterminées, et le financement par dotations est une ressource non négligeable pour les établissements publics. Avec les préconisations du rapport Ma Santé 2022 et les réformes de financement en cours, on s'oriente plutôt vers un équilibre entre les différents vecteurs de financement permettant de mieux approcher la réalité et la diversité des activités.

Dans l'exemple de la réforme du financement des urgences, entrée en vigueur il y a un an et demi, le financement par dotation populationnelle remplace d'anciens vecteurs de financement, l'idée étant de renforcer le poids de la dotation dans le financement des urgences et de diminuer le poids d'un financement tributaire de l'activité.

On observe aussi la montée en charge du financement IFAQ (indicateur de financement à la qualité) qui prend de plus en plus d'ampleur (700 millions d'euros en 2022), avec l'objectif d'asseoir des financements sur la base de progression ou d'atteinte de résultats. La T2A ne peut donc pas comporter cet objectif en son sein.

Enfin, l'exemple de la réforme du financement du SSR est un projet de réforme qui devrait théoriquement entrer en application le 1^{er} janvier 2022. Comme pour la psychiatrie, des financements distincts existent actuellement entre établissements sous Daf et établissements OQN, avec un financement par dotation pour les établissements publics.

Le futur modèle de financement est très différent de l'actuel : premièrement, il crée un modèle commun à l'ensemble des acteurs. C'est un des principes qui nous semblent importants. Chaque acteur joue avec les mêmes règles. Deuxièmement, il crée un compartiment de financement à l'activité, qui pèse pour la moitié du modèle de financement ; le poids de la T2A est donc conséquent. Mais il crée aussi une dotation populationnelle afin d'asseoir des financements par dotation sur la base de réalités populationnelles des territoires, puisque qu'on reprochait au financement Daf – à la psychiatrie notamment – un effet de rentes, avec des financements décorrélés à la fois de l'activité des établissements, mais aussi des besoins de santé réels. Pour construire cette dotation populationnelle, on est parti de la prévalence des maladies, des besoins en termes de rééducation par

rapport à chacun des territoires, pour faire apparaître les régions considérées comme surdotées sur certains types de SSR, et celles considérées comme sous-dotées. On constate qu'il y a des régions ayant par exemple beaucoup de SSR locomoteurs par rapport aux besoins réels du territoire, mais qui inversement sont sous-dotées sur d'autres. Finalement, cette dotation vient prendre toutes ces réalités, pour construire un modèle de financement et rattraper le financement des régions considérées comme étant sous-dotées.

La réforme de financement ne prévoit donc pas « un tout T2A » en SSR, mais la T2A vient plutôt s'inscrire dans un objectif de valoriser l'activité, la dynamique des établissements, tout en tenant compte d'autres objectifs dans les modèles de financement, notamment le rééquilibrage, la réponse aux besoins de santé, et finalement la pertinence de l'allocation des financements sur les territoires, captés par le biais de cette dotation populationnelle.

La T2A est un outil qui dépend de l'utilisation qu'on en fait. La construction tarifaire est le produit de biais méthodologiques et d'arbitrages politiques. La construction tarifaire est très complexe, elle résulte de l'ENCC, de l'évaluation des coûts partant eux-mêmes de biais, et de partis pris dans leur estimation. Ensuite, des arbitrages déterminent ce qu'on favorise comme types d'actes, et ce qu'on vient réguler. Finalement, entre le constat par les établissements et la réalité des options retenues au moment de la campagne tarifaire et de la détermination des tarifs pour l'année en cours par les pouvoirs publics, il y a tout un processus qui n'est pas forcément très transparent ni très clair pour les établissements.

On constate aussi une évolution des coûts, avec les évolutions médicales et technologiques, qui font qu'aujourd'hui on a des activités structurellement déficitaires, et d'autres excédentaires. Au niveau d'un pilotage dans les établissements, ce n'est pas forcément toujours satisfaisant, parce qu'on sait qu'il y a des activités qui sont déficitaires et d'autres qui sont excédentaires. En conséquence, des arbitrages sont rendus par les établissements afin de s'orienter davantage vers tel ou tel type d'activité au détriment d'autres, ce qui n'enlève rien à leur importance en termes d'offres de soins.

Le dernier élément, c'est l'utilisation politique de la T2A pour contenir l'évolution des coûts dans l'enveloppe fixée dans le cadre de l'Ondam, avec une régulation prix/volume très difficile à expliquer quand on est sur le terrain. D'une année sur l'autre, un acte va être moins bien valorisé par rapport à l'année précédente, alors même que les coûts augmentent.

Beaucoup de rapports ont été écrits sur d'autres « échecs » portés par la T2A, mais je voudrais insister sur deux éléments. D'abord, la question de l'allocation non pertinente des ressources. Le financement de l'activité vient financer une dynamique et une offre de soins, mais elle n'est pas forcément le reflet de la demande de soins. Des études de la Drees montrent notamment que la demande suit

aussi l'offre, il faut donc pouvoir réguler la réalité des besoins de santé et l'offre.

Le sous-investissement des établissements publics est un autre risque majeur identifié. L'objectif initial de la T2A était de capter l'ensemble des coûts et des besoins des établissements, notamment des investissements. Mais en parallèle du développement de la T2A, plusieurs plans de relance ont été développés : « hôpital 2007 », « hôpital 2012 » et dernièrement le plan de relance Ségur. On constate finalement que le taux d'investissement n'a fait que baisser depuis une dizaine d'années, pour atteindre en 2018 un taux record où plus de 80 % des établissements publics étaient en dessous du taux de 3 %. Et selon le rapport Igas-IGF sur l'évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de la reprise, le plancher bas pour un renouvellement correct et normal des installations et des bâtiments est estimé à 3 %. C'est-à-dire que 80 % des établissements sont en dessous de ce seuil. La vétusté et la capacité de l'hôpital public à pouvoir investir au long cours sont donc très inquiétantes. Bien évidemment, même si le plan de relance n'est pas suffisant pour rattraper ce retard en termes de taux d'investissement, il est quand même bienvenu pour donner un peu de souffle. La conclusion est que l'objectif induit de la T2A n'est pas atteint sur le plan de l'investissement, puisqu'on est obligé de passer par des plans de relance en parallèle pour soutenir l'investissement des établissements. Quand il y a des arbitrages à faire en termes d'équilibre recettes-dépenses, c'est souvent l'investissement qui est sacrifié au profit des activités courantes.

Pour l'avenir, on constate une ambition ambivalente des pouvoirs publics. D'un côté, dans la lignée de Ma santé 2022 et du rapport de la *Task Force finance*, les pouvoirs publics favorisent le développement de modèles de financement plus équilibrés, avec une réduction de la part de la tarification à l'activité. C'est le cas par exemple par la mise en place des financements Ifaq ou la réforme du financement des urgences. Ces nouveaux modèles de financement portent également la volonté d'ériger des règles communes de financement pour renforcer l'équité entre les acteurs. C'est le cas de la réforme du financement de la psychiatrie, ou la réforme du financement du SSR. Néanmoins, on constate aussi qu'on renforce ou qu'on ne modifie pas le poids du financement à l'activité : cela s'est illustré par l'intégration aux tarifs du financement des revalorisations issues du Ségur de la santé. D'ailleurs, à l'origine, ces revalorisations devaient être intégrées uniquement *via* les tarifs, mais la FHF s'est mobilisée pour que ces financements soient introduits au moins à juste proportion des différents vecteurs de financement. Cela permet justement d'éviter l'effet d'un renforcement de la prépondérance de la tarification à l'activité dans les ressources des établissements. Par le choix qui a été fait de financer le Ségur *via* les tarifs, et non *via* dotation, des établissements très dynamiques vont capter beaucoup de financement de Ségur, et les établissements en perte de vitesse, au contraire, ne vont même pas pouvoir financer leurs propres mesures de revalorisation salariale. C'est une difficulté que la FHF a largement pointée.

Et puis il y a une forme d'attentisme sur « l'échec » temporaire des modes de financements combinés. La *Task Force finance* poussait à la mise en place de ces financements combinés, autrement dit des financements au parcours. Ces financements, partagés entre plusieurs acteurs autour de certains types de prise en charge, devaient favoriser la coordination des acteurs au profit d'une meilleure prise en charge du patient. Cependant, le projet de financement au parcours du diabète a été ajourné, et celui de la maladie rénale chronique s'est vu appliqué uniquement à l'hôpital, parce qu'on n'a pas été en mesure de mettre d'accord la médecine de ville sur la base de ce financement au forfait. Seul l'hôpital a mis en place le financement combiné entre acteurs, ce qui est un peu antithétique au regard de son objectif.

Enfin, il y a le maintien d'un financement quasi-exclusivement à l'activité des acteurs de ville, dont les nomenclatures s'appliquent également à l'hôpital. On a donc une prépondérance du financement à l'acte alors même qu'on ne valorise pas le temps de coordination et de prévention, qui sont des parts importantes du travail des acteurs de la médecine de ville ou des acteurs hospitaliers.

En ce qui concerne les priorités à court et moyen termes : sur le court terme, il y a un besoin de sécuriser financièrement les établissements dans une situation évidemment très particulière du fait de la crise épidémique. Aujourd'hui, les établissements de santé bénéficient de « la garantie de financement », sorte de filet de sécurité pour que les recettes des établissements ne puissent pas être inférieures à celles de 2019, et l'évolution de l'Ondam y est intégrée. La majorité des établissements publics sont encore en dessous de ce niveau et bénéficient donc de ce dispositif qui doit se terminer au 30 juin (NB : il s'est vu prolongé jusqu'au 31 décembre 2022). Le problème est qu'on est en grande difficulté aujourd'hui pour maintenir nos services d'urgence, nos blocs, etc. On a donc un besoin absolu de prolonger ce dispositif, d'autant qu'un accompagnement sera nécessaire dans un contexte d'évolution de l'offre de soins.

Par ailleurs, la crise épidémique a généré une évolution de la répartition de l'activité. Il y a un transfert des parts de marché vers le secteur privé, lié au fait que le secteur public a assumé la crise épidémique quasiment seul (plus de 85 % des patients Covid ont été pris en charge en établissement public en 2020 et 2021). L'activité est finalement repartie beaucoup plus vite dans le secteur privé. On observe aussi des évolutions des modalités de prise en charge avec une vraie bascule vers l'ambulatoire du fait de la crise Covid, qui a amené une réorganisation et des défis de recrutement imposant de revoir les protocoles de soins.

Plus largement et à plus long terme, il faut revoir les insuffisances du modèle actuel, revoir les nomenclatures d'actes pour mieux faire correspondre aux coûts réellement constatés, et mettre un terme aux effets de rentes et de sous-financement de certaines activités ; moins finan-

cer le curatif, le standard, le technique et le surfinancé ; mieux financer le préventif, le complexe, le temps, l'intellectuel et le sous-financé. Un travail important est engagé par le Haut Conseil aux nomenclatures, auquel la FHF participe. Pour les acteurs de ville, il faut revoir les modalités de financement, puisqu'aujourd'hui elles ne sont pas compatibles avec des objectifs en termes de santé publique. Il faut faire évoluer les modes de financement de l'ensemble des acteurs de la santé, le financement au

parcours qui sont évidemment des éléments que la FHF soutient particulièrement, ou encore la responsabilité populationnelle. L'objectif est de financer collectivement les acteurs autour d'une prise en charge et d'un parcours de soins, avec des indicateurs d'amélioration de la santé des habitants d'un territoire. On pourra ainsi partir de ces indicateurs-là pour modéliser les financements des acteurs de la santé. ■

TABLE RONDE 1 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Nicolas Sirven

Professeur des universités,
École des hautes études en santé publique (Ehesp)

Question dans la salle : *Quel est l'avenir des expérimentations article 51 ?*

Frédéric Bousquet : On voit bien que les expérimentations sont là, les modèles qui arrivent sont plus ou moins mûrs, et une dynamique de proposition s'est mise en place. Le dispositif A51 est bien identifié par les acteurs de terrain. Même s'il est parfois critiqué pour la lourdeur du processus d'autorisation, le nombre de projets innovants intégrés dans l'A51 démontre à la fois la dynamique et la richesse du dispositif global. Une des autres grandes innovations dans le dispositif 51 est celle d'avoir à la fois une structuration et des moyens pour l'évaluation. Et on attend beaucoup de l'évaluation pour arriver à apporter des éléments de perspective, quasiment de prospective sur les possibilités de dissémination de passage à l'échelle de certaines expérimentations.

Notre méthodologie d'évaluation a été construite autour de trois grands blocs. On a vraiment un bloc central de « faisabilité », c'est l'observation de la manière dont le dispositif se met en place, dont les acteurs construisent les coordinations, modifient leur organisation, leur pratique, et s'ils y arrivent. Est-ce qu'ils arrivent à construire le modèle proposé ? Est-ce qu'ils arrivent à le faire fonctionner ? C'est du qualitatif, et on insiste vraiment beaucoup sur cette dimension qualitative de l'évaluation, parce que c'est celle-là qui va nous dire, plus que la partie efficacité et quantitative, si on va pouvoir passer à l'échelle.

Et on a un bloc « efficacité efficience », qui est beaucoup plus classique. On parle ici de travaux quantitatifs, statistiques, qui s'appuient sur des méthodes plus ou moins sophistiquées de comparaisons avant/après et ici/ailleurs selon la disponibilité des données.

On a un troisième bloc, qu'on a appelé « reproductibilité », qui est un mauvais terme pour parler de dissémination, transférabilité, passage à l'échelle, et sur lequel on demande aux évaluateurs de trouver des indices, de

creuser dans tout le travail qu'ils auront fait avant, pour voir quels sont les freins, les blocages, quelles sont les perspectives, les possibilités pour le passage à l'échelle.

On a 120 expérimentations, on est parti pour en avoir 160, voire plus, d'ici deux ou trois ans, mais je ne dis pas que tout va être généralisé. On va tirer des enseignements d'une expérimentation donnée, et on va aussi tirer des enseignements des comparaisons de différentes expérimentations, portant notamment sur des thématiques communes. De fait, on ne dit pas qu'on va généraliser une expérimentation, on va plutôt chercher à construire des modèles à partir de différentes composantes portées par différentes expérimentations. À partir de ça, on va essayer de reconstruire des modèles plus systémiques.

Question dans la salle : *La T2A aurait dû permettre le renouvellement des investissements, ce qui n'a pas été le cas dans le secteur ex-DG. Pour autant, il était question au préalable du fait que ça avait fonctionné pour les ex-OQN. Pour quelle raison a-t-on cette dichotomie ?*

Aurélien Sourdille : C'est difficile de répondre précisément parce que ça voudrait dire faire 20 ans d'analyse budgétaire pour savoir la raison pour laquelle tel ou tel arbitrage a été pris ou n'a pas été pris. Il y a eu beaucoup de dépenses non anticipées, des difficultés à tenir certaines dépenses, par exemple la permanence des soins qui est une dépense qui a probablement davantage d'ampleur que ce qui est théoriquement prévu dans le cadre de la valorisation à l'activité. Il y a aussi le financement des différentes enveloppes qui évoluent plus ou moins progressivement, puisque les recettes issues de la T2A ne représentent que 60 à 65 % en moyenne des recettes des établissements publics. Par ailleurs, les établissements ont également subi les différents plans d'économie et la régulation tarifaire à la baisse. Enfin, les établissements ex-DG ne disposent pas des capacités de capitalisation qui existent pour le secteur ex-OQN, notamment pour financer l'investissement. Le constat, c'est qu'aujourd'hui

Table ronde 1

Procès-verbal des questions/réponses

les établissements – pour justement se maintenir à flot et éviter de trop s'endetter – sont obligés en fait de faire des calculs peut-être à très court terme, mais c'est la réalité. Le fait de pas investir ne vient pas d'une volonté de ne pas investir, mais plutôt d'une impossibilité de le faire.

On s'est interrogé notamment sur la question de prévoir un taux précis dans la valorisation du séjour, qui soit

dédié à l'investissement. La FHF est plutôt favorable à ce qu'au sein de l'Ondam, on prévoit un taux minimum prévu pour l'investissement hospitalier, charge ensuite aux établissements de devoir mettre en œuvre ces objectifs-là. On sort ainsi d'une logique de plan de relance. Du coup, nous privilégions un soutien à l'investissement qui soit davantage lissé et sécurisé dans le temps. ■

L'HÔPITAL EN MUTATION : QUE PEUVENT APPORTER LES ÉCONOMISTES

Lise Rochaix

*Professeur des universités en sciences économiques,
Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne*

*Responsable scientifique de la chaire Hospinnomics,
Paris School of Economics*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2022/06/ROCHAIX-Lise.pdf>

Merci aux organisateurs de la table ronde pour cette invitation et pour m'avoir posé la question de savoir ce qu'apportent les économistes à l'analyse de l'organisation de l'hôpital. C'est une question centrale pour la chaire Hospinnomics et à laquelle je vais tenter de répondre.

Nul n'est besoin, pour commencer, de vous convaincre de ce que l'hôpital est un agent économique à part entière :

- Il a joué un rôle central pendant la pandémie .
- Il représente une part importante dans les dépenses de soins, bien qu'en décroissance.
- Il est souvent le premier employeur de la ville.
- C'est un lieu privilégié de la recherche et du développement.

Mais il a ses spécificités et caractéristiques propres, dues entre autres à :

- La grande diversité de ses productions et de ses statuts (à but lucratif ou non, participant ou non au service public).
- L'importance des motivations intrinsèques de tous les acteurs de l'hôpital, quels qu'ils soient, par rapport à des motivations extrinsèques, de type incitations financières.
- Enfin la complexité de sa gouvernance.

Au-delà du rappel de ce contexte, on note un certain nombre de mutations structurelles qui sont bien engagées :

- Le virage ambulatoire.
- La médicalisation de la gouvernance .
- L'hybridation des financements, qui consacre le passage de la valorisation de la seule activité, à des schémas mixtes de paiement à la qualité, à la coordination, voire à la valeur .
- Le renforcement de l'intégration verticale, tant du côté du secteur public (concentration sous forme de Groupes Hospitaliers du Territoire - GHT) que du privé (Fusions & Acquisitions).
- Enfin, l'organisation d'une coopération entre établissements de tailles et de natures complémentaires, tout en conservant certains segments d'activité en concurrence. Le concept de « compétition » de la théorie des

organisations illustre bien cette situation, à savoir que les établissements de soin peuvent tout à la fois être en concurrence et en situation de coopération, selon la nature de l'activité.

La question est souvent posée de savoir si les difficultés auxquelles fait face l'hôpital aujourd'hui relèvent d'un manque de moyens ou d'un problème d'organisation. Dit autrement, « Peut-on penser l'articulation ville-hôpital sans repenser les financements ? », et à l'inverse « Peut-on penser l'organisation sans penser le financement ? ». Il me semble que les deux dimensions sont interdépendantes.

Qu'en est-il du financement ? Quand on compare le niveau de financement du secteur hospitalier à celui des autres pays européens, la France se situe plutôt dans la moyenne. L'enjeu serait donc plutôt dans la répartition de ces moyens, entre secteur public et privé, entre ambulatoire et hospitalier, et entre établissements de tailles différentes sur le territoire. Les réformes récentes sont centrées sur la répartition de ces moyens, non seulement au titre de l'efficacité, mais aussi de l'équité, notamment territoriale. Les chercheurs en sciences économiques ont tenté d'étudier cette question, avec un premier exemple de travaux menés par la chaire Hospinnomics en collaboration avec Nicolas Sirven et Grégoire Mercier dans le cadre de l'atelier technique « Ajustement au risque ». Ils feront l'objet d'une publication dans un numéro spécial du Journal de gestion et de l'économie de la santé. Il s'agit de répertorier les mécanismes permettant d'ajuster la tarification à l'activité en fonction de risques observables, afin de prendre en compte soit des questions de sévérité, soit des questions d'inégalités socio-économiques (potentiellement territoriales). Un autre exemple est offert par des travaux de recherche sur des incitations financières à la qualité, dans le cadre d'une hybridation des modes de tarification. Aujourd'hui, seulement un peu plus de 50 % de la dotation des établissements est centrée sur l'activité, le reste émanant d'autres paiements, comme la rémunération à la qualité.

Il ne s'agit donc pas tant d'un problème de niveau de financement que des enjeux de sa juste répartition, pour combiner à la fois efficacité et équité, tout en respectant les missions premières des soignants. Les travaux de

recherche sur les modes de rémunération ont permis de tirer un certain nombre de leçons d'expériences d'hybridation, notamment à l'étranger. Il faut ainsi décloisonner les segments de soins, co-construire les schémas de rémunération avec les parties prenantes, préférer des incitations portant sur l'équipe, notamment en milieu hospitalier, combiner des incitations financières et non-financières. Il faut aussi veiller à définir des mécanismes permettant d'enrayer 1) une éventuelle sélection des patients par les établissements afin de bénéficier d'une patientèle de moindre sévérité (un *case mix* plus léger), ce qui permettrait de réduire les coûts de production ; 2) une réduction de la qualité ; 3) une surspécialisation sur certaines activités plus lucratives, mais moins productrices, de santé. Enfin, et surtout, il faut mesurer toutes ces dimensions avec des systèmes fiables d'indicateurs consensuels.

Les enjeux de l'innovation organisationnelle ont déjà été évoqués dans la Table ronde précédente, notamment par Frédéric Bousquet à propos des expérimentations Article 51. C'est un cadre innovant de grande envergure, en comparaison avec l'étranger, qui apportera par ailleurs des enseignements « robustes » au sens scientifique du terme, parce qu'il y a un cadre d'évaluation défini *ex ante*. Outre les questions du financement, c'est en effet au niveau de l'évaluation qu'il est possible de montrer en quoi les économistes peuvent contribuer à l'analyse de l'hôpital. L'idée est de procéder à des évaluations *ex ante*, afin d'anticiper, avant l'adoption d'une innovation, quels pourraient être ses effets attendus, positifs ou négatifs, au-delà des seuls aspects financiers et comptables. Cette évaluation globale permet de compléter les contributions de l'évaluation socio-économique (dite médico-économique dans le secteur de la santé), par ce que certains appellent déjà le « 360 » ! En l'occurrence, le fait que la HAS ait produit récemment un guide méthodologique sur l'évaluation de l'innovation organisationnelle montre bien l'importance de la prise en compte de ces aspects organisationnels. Ces évaluations doivent être menées à la fois de manière *ex ante*, en prévisionnel par le recours à des micro-simulations, et en *ex post*, afin de comparer les prévisions et les réalisations. Mais il

faut du temps pour arriver à des résultats robustes sur le fait qu'une innovation produit bien les effets attendus. Et dans le cadre d'expérimentations, par exemple au titre de l'Article 51, l'une des questions centrales est celle du passage à l'échelle, à savoir le bien-fondé d'une généralisation d'une expérimentation donnée.

Deux exemples pourront éclairer la question de la contribution potentielle des économistes à l'analyse de l'hôpital. Le premier est un projet financé par le Conseil scientifique de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), le projet « Telex » relatif à la télé-expertise. Dans ce cadre, il s'agit d'étudier la façon dont se crée et se pérennise une communauté de professionnels, qui vont accepter d'échanger leurs savoirs spécialisés entre requis et requérants, pour une deuxième opinion. Un deuxième exemple est le recours, encore peu développé en santé, à l'économie industrielle pour comprendre les phénomènes de concurrence/coopération mentionnés ci-dessus. On peut citer ici les travaux de Daniel Herrera sur la concurrence, ou ceux de Nicolas Sirven sur l'intégration verticale. Ces travaux de recherche montrent l'intérêt croissant des chercheurs en sciences économiques pour l'hôpital.

Pour beaucoup des économistes qui sont dans cette salle, l'enjeu, lorsqu'on est en interaction avec les décideurs, est d'arriver à penser les réformes de manière plus globale. Il faut donc réfléchir à la façon dont la rémunération des établissements aura un impact sur celle de chacun des professionnels en leur sein, mais aussi avec celle d'autres professionnels en soins primaires. Pour ce qui est de l'organisation, il faudra comprendre les questions de gouvernance à l'hôpital (les restructurations internes, la formation...). L'article publié quelques jours avant cette matinée du CES par Martin Hirsch dans Les Échos, fruit d'une connaissance approfondie du fonctionnement de l'AP-HP, nous invite, en tant qu'économistes, à analyser l'articulation entre le financement et l'organisation, dans une perspective globale, et à travailler avec les chercheurs en sciences humaines et sociales, tout particulièrement ici la science politique. ■

MAILLAGE TERRITORIAL, FILIÈRES ET RELATION VILLE-HÔPITAL. LA NOUVELLE PLACE DE L'HÔPITAL

Sandrine Boucher

*Directrice de la Stratégie Médicale et de la Performance,
Unicancer*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
<https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2022/06/Sandrine-BOUCHER.pdf>

Je suis Directrice Stratégie Médicale et Performance à Unicancer. Il existe 18 centres de lutte contre le cancer répartis sur le territoire français, en général un par ancienne région. Ce sont des établissements de santé privés à but non lucratif et spécialisés uniquement en cancérologie. Plus de 500 000 patients sont pris en charge chaque année, dont une part importante pour des cancers féminins (30 % des femmes atteintes de cancer du sein et 20 % de cancer gynécologique).

Ces derniers temps, la place de nos établissements est en pleine évolution. Les prises en charge sont de plus en plus courtes. On pense qu'un patient passe moins de 10 % de son temps dans notre hôpital quand il est pris en charge pour un cancer. C'est peu. Pourquoi ? Parce qu'on essaie de réduire les séjours et de les optimiser financièrement certes, mais aussi pour améliorer la qualité de vie et réduire les risques d'infections nosocomiales. Les dispositifs de réhabilitation précoce après chirurgie permettent de diminuer les séjours complexes. Les thérapies orales se développent. Maintenant nos patients sont donc souvent traités à domicile par des molécules qu'ils prennent eux-mêmes. Cependant, même si le temps à l'hôpital se réduit, les effets indésirables sont toujours aussi importants, et même encore plus complexes qu'avant, et de plus en plus différents. Nos patients vivent également plus longtemps. Dans les années 70, le taux de survie à 5 ans était estimé à 50 % aux États-Unis, maintenant il est de 70 %. Cela veut dire aussi que les patients vont avoir de multiples traitements, passant de l'un à l'autre, revenant pour faire une chirurgie, repartant pour une chimiothérapie sous intraveineuse, puis pour une thérapie orale. Ces traitements sont compliqués, même s'ils passent beaucoup moins de temps au sein de l'hôpital.

Les interactions avec les autres établissements se multiplient aussi. Les effets secondaires étant de plus en plus complexes, il y a plus de recours à des spécialistes qui ne sont pas forcément présents dans nos établissements. Il faut donc s'organiser avec les autres offreurs de soins pour certaines phases du traitement, tout en cherchant à faire en sorte que nos patients soient pris en charge de plus en plus en proximité. Les patients ne rentrent plus au début de leur traitement pour être pris en charge jusqu'au bout dans notre établissement.

La prise en charge s'effectue de plus en plus avec la ville, notamment du fait du développement de la prévention, mais aussi du développement des soins de support, parce qu'on en connaît mieux l'importance pour nos patients et que le repérage des besoins est réalisé de plus en plus précocement et même après la fin des traitements aigus afin de limiter les séquelles et les rechutes. Dans un établissement de référence comme les CLCC, l'ensemble de ces soins ne vont pas être réalisés sur place pour favoriser la proximité. La prise en charge est donc de plus en plus complexe et longue. Certes, elle est intéressante, comme le soulignaient les infirmières libérales dans un récent sondage, mais elle nécessite aussi de plus en plus de connaissances pointues.

Aujourd'hui, un point clef est donc de sécuriser la prise en charge en dehors de l'hôpital.

- Où ? À domicile et en proximité.
- Pourquoi ?
 - Suivre l'adhésion des traitements par nos patients.
 - Suivre leurs effets indésirables et s'assurer qu'ils soient adressés au bon endroit et de manière la plus efficace possible dans leur prise en charge, afin qu'ils ne reviennent pas tous dans l'hôpital de référence.
 - Repérer au plus tôt et de manière la plus pertinente tous les soins de support pouvant accompagner nos patients.
 - Fournir une information partagée et pertinente auprès des patients et des effecteurs, les deux devant être formés. En effet, la molécule peut être prescrite dans un hôpital de référence et être finalement administrée dans un autre établissement. Les deux doivent donc être alignés sur la compréhension des traitements en termes d'effets indésirables et de leur prise en charge.
 - Prévenir toutes les interactions médicamenteuses.
- Comment ? Pour nous aujourd'hui, la manière la plus pertinente est de se coordonner et de travailler ensemble.
- Qui ?
 - L'adresseur et l'effecteur. L'adresseur est celui qui a pris le traitement au départ et qui le prescrit, et l'effecteur est celui qui va éventuellement administrer concrètement la molécule.

En ville comme à l'hôpital. En tant qu'équipe hospitalière, on doit donc se coordonner avec les infirmières libérales, les pharmacies officines, les médecins traitants et toutes les personnes qui réalisent les soins de support.

Il existe encore de nombreux freins au quotidien. Tout d'abord, les systèmes d'information ville-hôpital ne sont pas à la hauteur des enjeux dans toutes les régions. D'autre part, le système de ville est complètement éclaté, donc pour un établissement de santé ce n'est pas facile d'aller se coordonner avec ce type d'acteurs. De plus, il n'existe aucun financement pour la coordination ni pour le suivi hors des murs, pourtant il faudrait suivre les effets indésirables de nos patients et gérer des systèmes d'alerte en cas d'effets indésirables détectés. Il faudrait ensuite transférer la connaissance, et faire de l'appui aux établissements de proximité. De fait, une conduite du changement est à opérer, parce que les hôpitaux n'ont pas l'habitude de travailler avec la ville, et inversement.

De même, transférer en proximité n'est pas si facile. Il faut arriver à convaincre :

- Le patient qu'il va être bien pris en charge en proximité, en effet le frein peut venir de lui, et pas forcément du prescripteur. Si le patient n'est pas convaincu qu'il sera bien suivi et bien traité en proximité, il ne veut pas y aller.
- L'effecteur du soin : que ce soit un autre établissement de santé ou une infirmière libérale, l'effecteur a besoin d'être rassuré qu'il va savoir bien prendre en charge le patient, sinon il ne voudra pas le faire.
- Le prescripteur : il doit être rassuré sur le fait que son patient sera aussi bien traité ailleurs que dans son établissement.

Ces trois acteurs doivent être convaincus que le transfert en proximité est pertinent. Il faut donc leur montrer qu'on sait travailler ensemble. Il faut former, transmettre de l'information et accompagner, et il faut absolument rassurer les prescripteurs pour qu'ils soient aussi convaincus qu'il faut le faire.

Or, aujourd'hui, le fait de financer du transfert de compétence ou de l'appui n'est pas quelque chose qui a été pensé dans le système de santé. D'autre part, les actes intellectuels et l'expertise ne sont pas bien valorisés. Une consultation d'oncologue n'est pas financée à la hauteur de ce qu'il en coûte à l'établissement. Donc, le modèle selon lequel l'établissement prescripteur ne fait que cette consultation et qu'il envoie la prise en charge se faire ailleurs, est déficitaire.

Au niveau d'Unicancer, un GCS a été créé entre CLCC afin d'accompagner les établissements et faire bouger les lignes. D'abord, Unicancer incite fortement ses établissements à multiplier les partenariats, il y en avait beaucoup moins il y a 5 ou 6 ans. Ces partenariats permettent de créer ces filières entre établissements de référence et proximité. D'autre part, Unicancer accompagne le virage numérique. Clic'Consult est un exemple de solution

numérique développée et proposée à nos établissements. Elle permet aux patients de préparer leurs consultations, de ne rien oublier et de récupérer de l'information personnalisée. On accompagne ainsi le virage « d'éducation thérapeutique » des patients. Un dispositif permet aussi de faire connaître aux autres CLCC les expérimentations organisationnelles et numériques, afin de mettre en partage, accompagner cette dynamique et mutualiser les expériences.

Unicancer développe aussi un projet de labellisation des infirmières libérales travaillant pour nous, afin de renforcer ce sentiment de sécurité à domicile. Le but est que les patients sentent qu'une équipe soudée intervient auprès d'eux lorsqu'ils sont pris en charge à domicile, et non pas deux mondes différents qui ne communiquent pas. Il faut que l'on forme nos infirmières à pouvoir répondre à toutes les questions des patients. L'objectif est aussi de favoriser le fait qu'elles acceptent de prendre nos patients, ce qui n'est pas toujours le cas. La labellisation offrira la possibilité d'être formé à toutes les bonnes pratiques et à leurs évolutions, parce que la cancérologie est un monde qui bouge. C'est l'occasion de relayer les bonnes pratiques en termes d'éducation thérapeutique, car les infirmières libérales passent beaucoup de temps auprès des patients. Elles ont cette capacité à relayer des informations, dans un autre contexte, avec peut-être un meilleur apprentissage de la part des patients. Équipes hospitalières et IDEL vont apprendre ensemble à utiliser des outils en commun nous permettant de partager de l'information. Il s'agira donc d'une plateforme de communauté de pratiques avec de l'information validée, des moyens d'échange, des actions de formation et un programme labellisant avec une formation annuelle permettant de tout renouveler.

Unicancer expérimente aussi une nouvelle organisation au sein du dispositif article 51 en étant pilote de l'initiative Onco'link. Il s'agit d'une expérimentation nationale de suivi à domicile des patients, impliquant l'équipe hospitalière, le pharmacien d'officine et le médecin traitant. Cet article 51 est ouvert à 45 établissements, tous statuts confondus : tous les CLCC mais aussi des établissements publics, l'AP-HP, les HCL, et des établissements privés à but lucratif et non lucratif. Sur trois ans, 15 000 patients seront inclus. Cette expérimentation permet à la ville et à l'hôpital d'apprendre à travailler ensemble : au-delà de l'expérimentation, cela servira à d'autres projets.

Pour conclure, nous sommes face à une révolution du système de santé, nous devons sortir de nos murs et travailler de manière coordonnée avec les autres offreurs de soins. Malheureusement aujourd'hui, ni les organisations, ni les modalités de financement, ni les systèmes d'information ne sont encore adaptés. Ils ne sont pas à la hauteur des enjeux. La cancérologie est un monde où les progrès sont rapides et pointent du doigt rapidement les besoins d'adaptation. Les organisations peuvent évoluer, mais les modalités de financement et les systèmes d'information mettent du temps à suivre. Il faut viser des déploiements nationaux, et pas uniquement des expé-

rimentations locales. Cette logique démarre notamment grâce à des dispositifs comme l'article 51. ■

Asma Fares

Médecin de santé publique,
Hospices Civils de Lyon (HCL)

Je suis praticien hospitalier, médecin de santé publique aux Hospices Civils de Lyon, et je travaille sur l'évaluation des expérimentations article 51 avec mes collaborateurs. Je suis aussi impliquée dans un nouveau dispositif datant d'un an qui permet de repérer précocement, et de stimuler, l'innovation organisationnelle au sein des Hospices Civils de Lyon. J'interviens dans ce cadre-là, et dans la continuité de ce qui a été dit, je souhaite vous montrer comment ce dispositif permet aux acteurs de travailler ensemble et d'intégrer la « culture de l'innovation » pour modifier leurs organisations. C'est l'évolution en cours au sein de notre CHU et la nouvelle logique qui se diffuse que je souhaite partager avec vous aujourd'hui.

Les Hospices Civils de Lyon sont les hôpitaux universitaires de Lyon regroupant 13 établissements publics, où exercent 24 000 agents. Ils réalisent chaque année plus d'un million de journées d'hospitalisation, et toutes les disciplines médicales et chirurgicales y sont représentées. Depuis plusieurs années, le contexte est très favorable aux innovations organisationnelles. Depuis toujours, mais principalement ces dernières années, de nombreuses actions sont entreprises afin de restructurer les parcours des patients et de faire évoluer les organisations. Il faut en effet poursuivre notre lancée sur le virage ambulatoire, renforcer le lien entre la ville et l'hôpital et le maillage territorial, en travaillant notamment sur les coopérations avec les autres établissements au sein et entre les GHT, sur celles entre les CHU de notre région, et sur le leadership territorial. Comme d'autres établissements, on a aussi la volonté de renforcer la prévention dans les parcours. On est également très actif pour ce qui est d'intégrer au mieux des patients partenaires experts dans les parcours des usagers.

En parallèle de cela, et comme partout, on a eu la pandémie Covid, une période très difficile, mais très féconde, qui a vraiment été un beau catalyseur sur le plan des innovations organisationnelles. Certaines d'entre elles ont ensuite été soutenues par l'institution afin d'être pérennisées. Et depuis l'année 2018-2019, on participe également à plusieurs expérimentations article 51 qui permettent de planter les graines de la culture de l'innovation organisationnelle dans notre établissement.

Je vous rassure : on n'a pas attendu la pandémie de Covid ni l'article 51 pour innover, heureusement, les HCL ont toujours fait évoluer leurs organisations. Mais on avait plusieurs freins parce qu'on avait des guichets et des interlocuteurs multiples. Si vous aviez une nou-

velle organisation à faire porter, vous pouviez vous adresser soit au directeur de la stratégie, soit au directeur de votre groupement, de votre établissement ou à d'autres équipes. Parfois, certaines initiatives sont vraiment restées en interne des équipes et des services, les accompagnements ont donc probablement été très variables, la visibilité et la reconnaissance de l'institution également.

En interne, un dispositif nous permet de financer les activités nouvelles, qui ne sont pas forcément innovantes. Ce sont des dossiers qu'il faut déposer auprès de la direction et qui sont instruits dans leur circuit par la direction des finances et par le contrôle de gestion. Cela présuppose que derrière il faut avoir un modèle économique déjà bien établi, stable et certain. Or, ce n'est pas toujours le cas quand on parle d'innovation en général, mais également d'innovation organisationnelle. Dans ce dispositif-là, les porteurs d'innovations organisationnelles aux garanties moins certaines en termes de recettes générées ne trouvaient pas forcément de réponse pour obtenir un accompagnement permettant la mise en place de leur organisation.

Comme tous les CHU, au niveau de la recherche on a expérimenté des parcours de soins dans le cadre d'appels à projets dédiés. À Lyon, on est assez actif sur le sujet, on a un laboratoire de santé publique spécialisé en recherche sur les services de santé et leur performance. On a donc beaucoup de projets de parcours innovants dans ce cadre. Mais comme vous le savez tous, une fois la recherche terminée, on a un peu de mal à convertir l'expérimentation en pratique courante, et à l'intégrer vraiment à l'organisation globale d'un service, d'un pôle et de l'institution.

Enfin, un autre facteur important est que ce terme « innovation » est très connoté dans les CHU, et les HCL ne font pas exception. On sous-entend beaucoup « innovation médicale et technologique » et pas forcément « organisationnelle ». Cette expression a vraiment été importée par l'article 51, et adoptée à ce moment-là. Quand on se coupe de ce réseau et qu'on ne parle pas d'innovation organisationnelle, on se prive *de facto* de tous les partenaires, de tous ceux qui ont une expertise dans la conduite du changement et dans l'accompagnement de l'innovation. *In fine*, certains besoins ont quand même été identifiés, notamment la nécessité de diffuser une vraie culture de l'innovation dans le champ des organisations, et de mettre en place aux HCL un vrai dispositif de soutien des innovations organisationnelles.

Table ronde 2

Asma Fares

Donc en 2021, deux actions phares ont été réalisées au sein des Hospices : les créations d'une direction de l'innovation, et d'un appel à projet innovant.

La création d'une direction de l'innovation est très importante sur le plan culturel parce que, dans la plupart des CHU, on a des directions de la recherche clinique et de l'innovation qui gèrent tout ce qui est en lien avec l'innovation en général. On a donc souhaité distinguer la direction de la recherche et celle de l'innovation. La cellule innovation existante a été détachée de la direction de la recherche et a été renforcée par d'autres compétences et d'autres missions, notamment celle de chapeauter tout ce qui est innovation organisationnelle pour toutes les personnes. Cela constitue un nouveau guichet pour les porteurs d'innovations organisationnelles au sein de notre institution. Sur le plan « culturel » et administratif, il paraît pertinent que ces innovations organisationnelles soient également bien identifiées au niveau de cette direction.

Son rôle est de soutenir l'innovation sous toutes ses formes, qu'elle concerne la technologie, le médical, l'intelligence artificielle, l'impression 3D, mais également l'innovation organisationnelle et managériale. Elle constitue un guichet unique pour toutes les sollicitations externes et internes aux Hospices.

Cette direction de l'innovation a également été dotée de moyens importants de 2,5 millions d'euros pour lancer un appel à projets innovant ouvert aux 24 000 agents des Hospices Civils de Lyon. Ils peuvent donc tous répondre et soumettre un dossier et une proposition d'organisation innovante, et obtenir un financement et un accompagnement. Cette direction travaille avec des comités d'experts, dont celui des innovations organisationnelles auquel je participe et que je coordonne avec le directeur des ressources humaines des HCL. En effet, on travaille à la fois sur les nouvelles organisations et sur les nouveaux modes de management. Ce comité a pour rôle de sélectionner les projets les plus prometteurs afin de les soumettre ensuite à un autre comité, à la direction générale et au

directoire qui arbitre in fine sur les innovations à financer et à accompagner.

Aujourd'hui, on a eu 20 lauréats dans le cadre de cet appel à projets innovants et des beaux projets bien mûrs correspondaient à des innovations organisationnelles, concentrant 20 % des financements prévus. L'un d'eux concernait le projet E-Hôp qui vise à mettre en place de l'activité physique adaptée de façon systématique et structurée dans toutes les prises en charge pédiatriques à l'hôpital pédiatrique femme mère enfant des HCL.

Pour autant, les projets qui ne sont pas retenus ne sont pas laissés de côté. On travaille tous ensemble pour pouvoir accompagner ces projets et leurs porteurs afin de les aider à les améliorer, et à pouvoir les déposer un jour et obtenir une source de financement.

À un an du lancement de cet appel à projets, le premier retour d'expérience montre que c'est un dispositif qui a vraiment trouvé son public. On a eu beaucoup de demandes et de projets soumis. Les professionnels ont vraiment répondu à l'appel, ils étaient très intéressés. Il nous permet de travailler ensemble, de décloisonner toutes les expertises au sein des HCL. C'est une grosse maison, et un porteur de projet d'innovation organisationnelle a besoin d'expertises multiples pour réfléchir correctement au modèle économique, aux systèmes d'information, aux solutions, aux outils numériques, etc. On peut donc travailler ensemble et de manière efficace.

Cet appel à projets permet aussi de prendre plus de risques. En effet, tous les dispositifs existant aujourd'hui aux HCL pour accompagner de nouvelles organisations nécessitent d'avoir des modèles de financement assez certains et stables. Or, cet appel assure aux porteurs un financement d'un an, le temps de faire leurs preuves pour basculer ensuite sur un financement plus pérenne. De la même façon que dans l'article 51, on se pose déjà la question de leur pérennité et de leur passage à l'échelle au sein des Hospices. ■

TABLE RONDE 2 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modératrice : Sandrine Baffert
Directrice du pôle Économie de la santé,
Cemka

Question dans la salle : *Qu'en est-il de la généralisation des expérimentations article 51 ?*

Lise Rochaix : Je pense que Frédéric Bousquet aurait été mieux placé pour répondre puisqu'il est en charge de l'évaluation de ces expérimentations, ainsi que d'autres qui sont autour de la table, mais en distanciel. Une réflexion est déjà engagée par la cellule d'évaluation, qui

permet de définir un certain nombre d'indicateurs afin d'éclairer le Conseil stratégique de l'innovation dans les avis qu'il va rendre sur le passage à l'échelle. Il importe de les rendre aussi transparents que possible, sachant qu'in fine il y aura toujours une part de la décision de généralisation qui sera d'ordre politique. Mais du point de vue de l'évaluateur, tout aura été fait pour éclairer la question de la généralisation des projets à retenir.

Question dans la salle : *Quelles illustrations d'incitations non financières pourrait-on donner ?*

Lise Rochaix : D'autres domaines que celui de la santé, il existe des incitations non-financières (comme le fait de donner plus de latitude ou de responsabilités) pour lesquelles les travaux appliqués en théorie des organisations ont montré qu'elles permettaient d'éviter les effets d'éviction de bonne volonté associés à des incitations financières.

Question dans la salle : *Est-ce que la moyenne des pays de l'OCDE est un bon indicateur de ce que doit être le niveau de financement d'un système de santé ?*

Lise Rochaix : C'est la référence utilisée couramment.

Question dans la salle : *Une structure hospitalière peut-elle générer de manière endogène l'innovation, sans avoir recours à l'ensemble de cet appareil d'évaluation qu'est l'article 51 ?*

Lise Rochaix : Tout l'intérêt des expérimentations de l'article 51, c'est qu'il y ait un côté « *Bottom-up* », à savoir des expérimentations construites à partir de propositions des professionnels de santé eux-mêmes, et qui pourront éventuellement être généralisées. Elles viennent compléter des expérimentations de type « *Top-Down* » autour d'un certain nombre d'axes qui avaient été prédéfinis. Cela permet à ceux qui ont une capacité d'identifier des actions porteuses de le faire, d'être accompagnés et d'aller jusqu'au bout, voire d'essayer. Le faire seul pour un établissement implique d'être de capacité d'évaluer et de gérer l'innovation, ce qui ne sera possible que pour quelques structures de grande taille, et l'accompagnement des évaluations article 51 constitue une forme d'égalité permise entre structures.

Question dans la salle : *Comment peut-on changer cela sans changer aussi les dispositifs de financement des médecins et des infirmières ?*

Sandrine Boucher : L'expérimentation article 51 inclut pharmaciens et médecins traitants avec des rémunérations spécifiques, mais effectivement on va constater ce que vous dites, c'est à dire qu'on aura moins d'adhésion des médecins que des pharmaciens, nous l'observons. La force de ces expérimentations est de pouvoir démarrer avec quelques médecins traitants et, peut-être, réussir à montrer l'apport que ça va avoir pour eux. Après, effectivement, si leurs dispositifs de financement ne suivent pas et qu'ils sont payés autant pour une petite gastro que pour un patient qui a un cancer, sans consultations plus longues, il y a une frustration qui va se révéler même dans l'article 51. Créer cet article 51 va soulever des revendications sur ce genre de choses, on est d'accord.

Il existe un article 51 sur la réforme de financement des infirmières libérales basé sur le fait de passer d'un système de paiement à l'acte à un système de paiement au temps passé, qui peut répondre à ces questions-là.

Mais, par ailleurs, selon le sondage réalisé par Unicancer, la labellisation les intéresse car cela permet d'avoir de l'information validée, disponible, efficace, de manière facile, sans que ce soit chronophage. Et elles sont aussi très intéressées par le fait de pouvoir avoir le contact avec l'équipe hospitalière. Mais effectivement ça ne résout pas la question du temps, du temps médical et du temps infirmier, je pense que cette question de temps est valable en établissement de santé comme à l'hôpital. Si vous regardez l'évolution du nombre d'oncologues par rapport à l'évolution du nombre de patients et de temps passé en consultation, ça ne suit pas du tout le même rythme.

Question dans la salle : *Combien de patients pour une infirmière libérale ?*

Sandrine Boucher : Je ne sais pas exactement, en revanche on travaille de manière privilégiée avec certaines infirmières. C'est vrai que normalement chaque patient choisit son infirmière libérale, mais c'est vrai qu'on a quand même un réseau qui travaille de manière plus fréquente que d'autres avec nous.

Question dans la salle : *Quelles sont les infirmières qui se labellent ?*

Sandrine Boucher : Le label n'est pas encore créé, on est en train de le créer en informant clairement les infirmières en oncologie. On ne le fait pas de manière isolée, et dans un premier temps ça sera ouvert avec les infirmières qui ont déjà commencé à travailler avec des patients qui sont dans nos établissements. Mais ça n'a pas objectif à être exclusif. Il y a aussi cette notion d'apprendre à travailler avec l'établissement. Ça ne va pas être fait au niveau national pour toutes les infirmières de France, les formations seront déclinées en local par nos établissements. Donc, il y a quand même cette notion d'apprendre à travailler et d'apprendre à utiliser des outils qui sont malheureusement « établissements-dépendants. »

Question dans la salle : *Qu'en est-il de la généralisation des expérimentations article 51 ?*

Sandrine Boucher : En complément, pour répondre à la question que soulevait Frédéric Bousquet tout à l'heure, je pense que ce qui va être compliqué aussi est de faire vivre ces systèmes, avec plein de sous-systèmes de financement différents, tout en maintenant l'étude nationale des coûts. Comment va-t-on maintenir l'ENC avec du paiement au séjour, des paiements à l'épisode de soins etc. ? À ce stade, je ne vois pas bien comment le système va atterrir. Je vois très bien l'apport que ça représente, ça nous permet de tester une organisation à laquelle on croit, de montrer que ça va être efficace et de faire changer les choses. La combinatoire de tout ce qui peut en sortir avec le système existant ne paraît pas simple à envisager.

Question dans la salle : *Quels sont ces nouveaux processus de potentielles réductions d'inégalités que vous décrivez à Unicancer ?*

Sandrine Boucher : Effectivement, l'objectif de ces dispositifs de coordination est aussi de réduire les inégalités puisque l'on sait qu'avec la pénurie médicale, l'éloignement des centres de référence, il y a de fortes inégalités d'accès aux soins. Nous croyons que si nous accompagnons le mouvement d'aller vers le transfert de compétences, d'aller vers de la coordination, de reconnaître quelque part ce rôle de coordination et d'instaurer des infirmières de parcours d'un bout à l'autre, cela permet un meilleur adressage, d'être en relais en proximité, et d'avoir des gens formés en proximité. Transférer les compétences et se coordonner permet de transférer en proximité et de réduire les inégalités territoriales. Il faut accepter d'aller vers une reconnaissance du rôle de coordination que peuvent avoir certains acteurs. En cancérologie, nous estimons que c'est l'établissement de santé de référence qui doit jouer ce rôle de coordination. Ce n'est pas être hospitalo-centré, les parcours en cancérologie sont complexes et nécessitent une expertise, il y a une vraie raison d'affecter ce rôle de coordination au sein des établissements de santé. On participera aussi à réduire les inégalités d'accès, à faire en sorte qu'un patient, qui est loin de tout et qui a son médecin traitant qui ne peut pas le prendre avant 15 jours, sache qui appeler, qu'on ait repéré ses effets indésirables, qu'on lui ait posé proactivement la question, et non pas réactivement comme c'est le cas aujourd'hui.

Question dans la salle : *Quelle est le poids des patients pris en charge dans les CLCC ?*

Sandrine Boucher : C'est 10 % de la valorisation et c'est 30 % des cancers du sein, 20 % des cancers gynéco, avec un certain tropisme sur certains cancers. Les CLCC sont répartis sur quasiment tout le territoire. Il n'y en a pas les Dom-Tom et il n'y a pas la Région Centre et la Franche-Comté.

Question dans la salle : *Quel est l'apport d'un article 51 ?*

Sandrine Boucher : Du point de vue d'un établissement, le fait de bénéficier d'un financement expérimental permet de passer le cap de 10 patients, 50 patients, et de 50 patients à quelque chose qui a plus d'envergure et donc de se faire reconnaître. Quand on est sûr du multi-acteurs, l'article 51 permet aussi d'avoir une légitimité et de pouvoir parler plus facilement aux URPS et aux autres acteurs. Je pense que l'article 51 a un effet démultiplicateur, un apport de légitimité, de visibilité, et l'évaluation systématique permet d'obliger à se poser la question « est-ce qu'on pérennise ? » Parce que, par exemple, le suivi à distance coordonné avec les pharmacies d'officine était déjà en place dans certains établissements avant qu'on démarre l'article 51, mais le nombre de patients était réduit. D'autre part, certains évaluaient eux-mêmes ces projets, mais de manière isolée et certainement pas avec les mêmes moyens ; mais quelque part, personne ne se

posait la question nationale de savoir si on allait vraiment le mettre en œuvre et le passer à l'échelle de la généralisation.

Question dans la salle : *Comment évaluer différents types de projets très hétérogènes d'innovations technologiques, médicales, organisationnelles, l'intelligence artificielle, l'impression 3D ?*

Asma Fares : La question est complexe. Déjà, on a des comités d'experts pour chaque type d'innovation, on évalue la faisabilité du projet, ce qui nous apporte aussi en termes d'image, de répercussions sur les patients, etc. Ensuite, chaque comité spécialisé dans un type d'innovation sélectionne les projets les plus prometteurs, et cette mise en commun – ce « regard transversal » sur toutes les innovations – est assurée à un niveau supérieur par un autre comité qui regroupe des personnes issues de ces cinq petits comités, ainsi que des acteurs de l'écosystème lyonnais de l'innovation, des partenaires extérieurs de la métropole, des pôles de compétitivité, de sociétés d'accélération de transfert de technologie, de l'association France Assos Santé pour la représentation des usagers. Ce sont eux qui ont cette vision transversale des innovations et qui demandent un financement. C'est l'évaluation pour l'instruction de la demande de financement et d'accompagnement.

Ensuite, pour l'évaluation à *posteriori*, pour chaque projet on définit des indicateurs initialement, et des objectifs à atteindre. Ce n'est pas de l'évaluation type recherche pour les innovations organisationnelles, ce sont des indicateurs assez simples de processus, de résultats, avec des méthodologies assez simples. En revanche, concernant les innovations technologiques, on a des ponts qui sont faits plus facilement avec le domaine de la recherche pour leur évaluation.

Question dans la salle : *Qu'en est-il de la généralisation des expérimentations article 51 ?*

Asma Fares : C'est compliqué d'évaluer le potentiel de généralisation dans un contexte mouvant et à des contextes pas clairement identifiés. Ce qui est très compliqué en tant qu'évaluateur, c'est qu'on a les modèles théoriques pour évaluer la transférabilité d'une organisation ou d'une intervention ou d'un programme de santé à un autre contexte. Ce qui est compliqué, c'est la multiplicité des critères qu'on peut évaluer. On pourrait avoir 300, 500 critères à évaluer, et on n'a pas forcément les ressources ni la possibilité d'aller vraiment au fond du sujet. C'est compliqué pour l'évaluateur de hiérarchiser les critères d'intérêt pour l'aide à la décision sur cette dimension de la transférabilité et de la reproductibilité. La recherche n'est pas très aidante non plus sur les méthodes à employer ■