



HAL
open science

Des bundled payments à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination

Anne-Laure Beaussier, Anne Girault, Odessa Petit Dit Dariel, Magali Robelet, Alice Valiergue

► To cite this version:

Anne-Laure Beaussier, Anne Girault, Odessa Petit Dit Dariel, Magali Robelet, Alice Valiergue. Des bundled payments à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination . Politiques et Management public, 2022, 39 (3), pp.297-316. 10.3166/pmp.39.2022.0018 . hal-03925625

HAL Id: hal-03925625

<https://hal.science/hal-03925625>

Submitted on 6 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Des *bundled payments* à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination

BEAUSSIER Anne-Laure, CNRS, Centre de Sociologie des Organisations, Sciences Po
GIRAULT Anne, Université Rennes, EHESP, INSERM, Arènes, UMR 6051, RSMS
DARIEL Odessa, Université Rennes, EHESP, INSERM, Arènes, UMR 6051, RSMS
ROBELET Magali, Université Lyon 2, Centre Max Weber, UMR 5283
VALIERGUE Alice, EHESP et Chaire santé de Sciences Po

.....

Cette version de l'article correspond à la version auteur acceptée de :

BEAUSSIER Anne-Laure, GIRAULT Anne, DARIEL Odessa *et al.*, « 01. Des *bundled payments* à la française ? Retours sur une expérimentation du paiement à l'épisode de soins en orthopédie et oncologie pour améliorer la coordination », *Politiques & management public*, 2022/3 (N° 3), p. 297-316.

DOI : 10.3166/pmp.39.2022.0018.

URL : <https://www.cairn.info/revue-politiques-et-management-public-2022-3-page-297.htm>

.....

Résumé : Cet article rend compte des premiers résultats d'une expérimentation, lancée en France en 2019, portant sur l'introduction d'un mode de financement des soins à l'épisode de soins (EDS). Le principe de ce mode de financement est de rémunérer les organisations de soin sur la base d'un forfait couvrant un ensemble d'actes et de prestations associés à une pathologie (l'épisode de soins) en amont, pendant et en aval des soins délivrés à l'hôpital. Censé permettre à la fois des gains de qualité et des gains d'efficacité, il vise à répondre aux critiques portées à la tarification à l'activité, notamment en termes de coordination des soins entre ville et hôpital. Appuyé sur une enquête qualitative menée auprès des établissements participants, cet article propose d'analyser le déploiement du paiement à l'épisode de soins en France en posant la question de la congruence entre les objectifs de coordination ville-hôpital, les incitatifs tels que élaborés par les équipes techniques nationales et les réceptions locales par les établissements participants. Après avoir présenté la singularité de ce mode de financement en mobilisant la littérature sur les outils de gestion, les instruments d'action publique et la sociologie de la quantification, nous montrons qu'EDS produit une série d'incitatifs répondant, à l'heure actuelle, seulement partiellement aux objectifs de coordination ville-hôpital.

Mots clefs : épisode de soins ; paiement au forfait ; coordination ; santé ; financement

Abstract: This article presents the initial results of a national experiment aimed at introducing episode-based bundled payments in the French healthcare system. Launched in 2019, restricted for the moment to three pathologies (hip and knee replacement and colectomy for cancer) and to around 40 hospitals, this experiment is presented as a step to move away from a much criticized activity-based payment system and to promote value-based payment. Episodes of care's financing aims to pay healthcare organizations on the basis of a flat rate payment for a group of acts and services associated with a pathology upstream, during and downstream of in hospital surgery. Coupled with quality objectives, bundled payments are expected to support both quality and efficiency gains by incentivizing hospitals to optimize patients' pathways and care coordination between acute care hospitals and primary care providers. Based on a qualitative empirical study, this article analyzes the extent to which the incentives associated with the introduction of this payment method participate to transform care practices at the hospital level. Building on a multidisciplinary approach (health policy and management and health sociology) and reflecting on the literature on management tools, policy instruments and algorithmic regulation, we show that the financing framework used to calculate the reimbursement package does not yet produce the expected incentives in terms of care coordination.

Keywords : episode of care; bundled payment; coordination ; health; financing

INTRODUCTION

Depuis les années 2010, de nombreuses expérimentations internationales de tarification à l'épisode de soins ont vu le jour, notamment aux États-Unis, en Angleterre, au Danemark, en Suède et encore en Nouvelle-Zélande¹, au point que ce mode de paiement des opérateurs de soin tend à être aujourd'hui considéré comme une innovation incontournable, comme le fut le paiement à l'acte à partir des années 1980 (Lenay et Moisdon 2003; Or, Renaud, 2009; Juven, 2014; Girault, 2017a). À la différence d'un acte de soin tel qu'une consultation médicale ou une intervention chirurgicale, l'épisode de soins regroupe un ensemble d'actes et de prestations associés à une pathologie. Reposant sur les acquis de la théorie de l'agence et de l'économie comportementale, les *bundled payments* (appellation anglo-saxonne de ce mode de financement) introduisent une incitation à une meilleure fluidité des parcours en amont, en aval et pendant un séjour hospitalier, dont il est attendu des gains de qualité et d'efficience (Conrad, 2015).

Le principe des *bundled payments* consiste, pour chaque épisode de soins, à affecter une enveloppe financière forfaitaire, que les différents offreurs de soins impliqués dans l'épisode (à la fois au sein de l'hôpital et en ville) devront se répartir. Cette formule, à mi-chemin entre capitation et tarification à l'activité (T2A), entre paiement à l'acte et paiement par tête, vise à faire partiellement basculer le risque financier du payeur vers les opérateurs de soin. En théorie, cette incitation financière doit stimuler la coordination et l'efficacité de la prestation des soins et, par effet ricochet, entraîner des réorganisations des parcours et des processus de soin (Agarwal et al., 2020 ; Wadhwa et al. 2018). Les opérateurs de soins désignés comme les gestionnaires de l'enveloppe forfaitaire affectée à l'épisode de soins se trouvent responsables financièrement en cas de complications ou de mauvaise qualité des soins et doivent absorber le surcoût en résultant. Symétriquement, ils sont encouragés, à qualité équivalente, à fournir des soins moins coûteux que le forfait de l'épisode de soins *via* la possibilité de conserver le bonus financier issu de l'écart entre le forfait et les coûts réels.

La France s'est engagée dans cette voie relativement tardivement en comparaison des autres expérimentations internationales, en lançant en 2019 et pour une durée de cinq ans, une expérimentation d'un paiement à l'Épisode de Soins (ci-après EDS). Celle-ci intervient dans un contexte de critiques de la tarification à l'activité depuis plusieurs années pour ses effets indésirables à la fois en termes d'incitations à l'efficience et en termes de coordination des soins entre ville et hôpital (Moisdon et Pepin, 2010; Juven, 2014). Divers rapports remis aux autorités publiques invitent ainsi une «refonte des modes de financement» des soins hospitaliers (Aubert, 2019 ; HCAAM, 2020). L'objectif de l'expérimentation, tel que présenté

¹ Prenant surtout la forme de programmes pilotes ou d'expérimentations, ces initiatives concernent aujourd'hui un ensemble relativement circonscrit de pathologies, parmi lesquelles on retrouve fréquemment les prothèses de hanche ou de genou, la chirurgie cardiaque, le suivi de grossesse; de façon moins fréquente, quelques pays ont mis en place des expérimentations de paiement à l'épisode de soin pour des maladies longues ou chroniques, à l'image du cancer du sein ou du traitement du diabète (Steenhuis et al. 2020, Struijs et al. 2020). Pour une revue de la littérature faisant une synthèse de ces expériences internationales voir Rachtet-Jacquet, Rochaix, & Sanchez (2017).

par le ministère de la Santé, est d'améliorer « *l'efficience et la qualité des prises en charge, grâce notamment à une organisation intégrée fondée sur les bonnes pratiques de prise en charge et une meilleure coordination ville-hôpital* ». Cette expérimentation s'inscrit dans un appel à manifestation d'intérêt (AMI) piloté par l'Assurance Maladie (CNAM) et le ministère de la Santé (via la Direction générale de l'Offre de soins [DGOS]) dans le cadre de l'Article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018. Restreinte à trois prises en charge chirurgicales (prothèse de hanche, prothèse du genou et colectomie pour cancer), l'expérimentation EDS regroupe, sur une base volontaire, une quarantaine d'établissements hospitaliers de différents statuts et de différentes tailles. En contrepartie de leur participation, ces établissements reçoivent de la part de la CNAM et du ministère de la Santé un accompagnement à la fois technique et financier.

La suite de cet article analyse cette déclinaison française de l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soins. Elle s'appuie sur des données recueillies lors de la réalisation d'un terrain empirique qualitatif de première main (voir la partie méthodologie pour le détail). Notre objectif est de comprendre comment cette expérimentation se déploie dans les établissements participants et l'impact de l'incitatif financier porté par le modèle de paiement EDS sur les parcours de soin.

Après avoir présenté la singularité de ce mode de financement en mobilisant la littérature sur les outils de gestion, les instruments d'action publique et la sociologie de la quantification, nous montrons qu'EDS produit une série d'incitatifs répondant, à l'heure actuelle, seulement partiellement aux objectifs de coordination énoncés plus haut. Nous soulignons en particulier un glissement entre objectifs initiaux d'une part et incitatifs perçus par les établissements participants d'autre part, lié à un processus de double traduction, tout d'abord lors de la formalisation mathématique de ces objectifs dans une logique algorithmique, puis lors de la mise en œuvre de ce modèle au niveau des établissements participants. L'article montre qu'en l'état, l'expérimentation incite surtout à la réduction des durées moyennes de séjour ainsi que des séjours post-chirurgicaux dans des établissements de soins de suite et réadaptation (SSR). La coordination ville-hôpital apparaît pour l'heure une préoccupation secondaire des établissements expérimentateurs.

PREDICTION ALGORITHMIQUE ET RENOUVEAU DES INSTRUMENTS DE MANAGEMENT PUBLIC

Les travaux de science de gestion comme de sociologie de l'action publique se rejoignent pour souligner que le champ de la santé n'a pas échappé à l'introduction d'instruments d'action publique ou d'outils de gestion issus du Nouveau management public (Ferlie 1997, Politt & Bouckaert 2017). Halpern, Lascoumes et Le Galès (2014) soulignent les limites inhérentes à ces instruments d'action publique, suscitant souvent des déceptions par rapport aux effets attendus par leurs promoteurs, et demandant un ajustement constant, la mobilisation de nouveaux instruments plus sophistiqués pour répondre aux lacunes mises en évidence et ainsi

de suite. Face au poids des routines, aux rationalités limitées des acteurs, et aux processus de mise en œuvre souvent chaotiques, la question de la performativité des instruments d'action publique, de leurs effets propres et de leur capacité à impulser le changement se pose.

Cette idée renvoie à la notion d'outil de gestion, fréquemment employée par les sciences de gestion pour insister sur leur prolifération, sans que ceux-ci ne parviennent toujours à atteindre les résultats escomptés (Moisdon, 2018). Avant EDS, la tarification à l'activité (T2A) puis le paiement à la qualité (IFAQ) se sont heurtés à des difficultés dans leur mise en œuvre (Moisdon et Pépin 2010, Girault et al. 2017b). Ces outils de gestion sont appelés à transformer les organisations dans lesquelles ils s'insèrent. En tant que "support de l'action collective", ils permettent la conformation des pratiques par la diffusion de normes (Moisdon, 1997). Au contact de l'outil, les personnes seraient censées s'y conformer. Cependant, contrairement à ce que pourraient imaginer (et souhaiter) ses concepteurs, l'instrument de gestion n'impose pas mécaniquement la logique des concepteurs mais a sa propre trajectoire, son autonomie propre (Moisdon, 2007). Dans le cas de la T2A, sa mise en place a, en effet, connu une série de "vicissitudes et de surprises", tant dans son utilisation que dans ses effets (Kletz & Moisdon, 2015). Les auteurs expliquent que la T2A est en effet « métabolisée » par l'organisation hospitalière, et que la complexification du signal économique associée à la réforme à laquelle vient s'ajouter la complexité de l'organisation hospitalière, expliquerait, au moins en partie, pourquoi la T2A ne permet pas d'atteindre une modification des processus de soins comme attendu (Moisdon, 2010). Girault et al (2017b) rapportent les mêmes types d'effets dans le cas de l'appropriation du paiement à la qualité par les acteurs de terrain.

Le paiement à l'épisode de soin suscite des attentes comparables de la part des architectes de l'expérimentation. Elles apparaissent d'autant plus fortes que l'expérimentation s'appuie sur des modèles récents de l'économie comportementale et qu'elle est soutenue par des dispositifs techniques alliant quantification de l'activité hospitalière et des caractéristiques des patients, et prédictions algorithmiques. L'expérimentation EDS ambitionne de réussir là où la T2A a échoué, d'en finir avec une logique de volume pour entrer dans une logique de valeur (*value-based*) et de rémunérer les soins sur cette base. D'une façon qui n'est pas sans rappeler les attentes qui avaient présidé à la création de la T2A (Lenay et Moisdon 2003), l'expérimentation témoigne d'une confiance dans la capacité des outils de gestion -- fondés cette fois-ci sur la quantification et le profilage algorithmique -- à gouverner les conduites hospitalières et à redéfinir les normes de bonnes pratiques. L'expérimentation EDS s'appuie sur l'analyse statistique de données de l'assurance maladie pour établir des probabilités de parcours et de dépenses. Sur cette base, une modélisation algorithmique prédit pour chaque patient un parcours de soins type auquel est associé ensuite un forfait. L'établissement de santé se retrouve plus ou moins gagnant financièrement s'il respecte la prédiction. A partir de cette modélisation algorithmique, l'expérimentation entend redéfinir de bonnes pratiques de prescription de soins en aval de l'hospitalisation, fondées sur la formalisation de critères médicaux, sociaux et territoriaux justifiant un séjour. En particulier est remis en cause l'adressage généralisé dans des établissements spécialisés dans les soins de suite et réadaptation (SSR) après des opérations chirurgicales.

L'emploi de dispositifs de profilage et de prévision pour améliorer l'efficacité d'un service public a fait l'objet de plusieurs analyses s'inscrivant plus ou moins explicitement dans la sociologie de la quantification. Ces travaux montrent que les recours aux nouvelles technologies et aux *big data* s'inscrivent dans une dynamique plus large qui a pu être décrite en termes « d'algorithmisation de l'administration ». Elle touche différents secteurs, tels que la justice prédictive (Brigant 2018), la police prédictive (Barraud 2018), le service public de l'emploi (Jordan et al 2021) en passant par l'éducation et les choix d'orientation des bacheliers (Frouillou, Pin, Van Zanten 2019), l'évaluation et la prédiction de la qualité hospitalière (Griffiths et al. 2017) et encore les décisions d'allocation des aides sociales (Levy et al 2021). Tout comme la littérature sur les outils de gestion mentionnée plus haut, ces travaux soulignent les effets ambigus de ces dispositifs de profilage et de prévision sur les pratiques organisationnelles (Glazer 2017, Cardon 2018). La littérature sur le management algorithmique avance que s'ils permettent en théorie des décisions plus efficaces et moins arbitraires (Mayer-Schönberger & Cukier 2013, Cluzel Métayer 2020, Steiner 2012), ils ont aussi des conséquences sur les rapports de pouvoir au sein des organisations, tendant à renforcer des formes d'inégalités (par exemple dans le cas du service public de l'emploi: Jordan et al. 2021,) qu'il s'agit d'étudier. Quelques fois décrits comme des « *super nudges* » (Yeung 2017), ils ambitionnent d'encadrer les pratiques des acteurs, d'orienter leurs décisions et leurs actions dans des directions conformes aux préférences et priorités des architectes de l'algorithme (Kellogg et al. 2019). En simplifiant le monde en un ensemble restreint, ordonné, et mesurable de possibilités de choix, de suggestions d'action, ou de recommandations, les algorithmes apparaissent comme une nouvelle figure du pouvoir (Cardon 2018).

La capacité de ces nouvelles technologies de gouvernement à transformer les conduites (Dubuisson Quellier 2016) dans le sens escompté par ses architectes représente l'interrogation centrale du présent article : nous questionnons la capacité de l'incitatif économique porté par le modèle de paiement à l'épisode de soin, tel qu'élaboré en France, à répondre à ses objectifs d'encourager une meilleure coordination ville-hôpital, d'améliorer la qualité des prises en charge et de diminuer les coûts. De ce point de vue, il est important d'ouvrir la boîte noire de cette gouvernance de l'hôpital par les algorithmes, pour comprendre les processus de traduction entre d'une part l'objectif initial visé au moment de la formulation de l'expérimentation, sa transcription dans un langage mathématique d'autre part, et enfin les effets incitatifs tels que perçus par les destinataires ou utilisateurs de cet algorithme (Glaser, Pollock, D'Adderio 2021). Comme le suggère le sociologue D. Cardon, nous nous intéressons aux « médiations techniques » et aux processus de traduction. L'algorithme, n'est pas qu'un reflet des stratégies des acteurs, un instrument transparent, une courroie de transmission des intentions de ses propriétaires, il traduit, déplace et transforme ces intérêts dans l'ordre technique qui est le leur (Cardon 2018).

Dans la suite de cet article, nous posons deux questions principales: d'une part, à quoi le modèle incite-t-il exactement ? D'autre part, comment les promoteurs de l'expérimentation dans les établissements l'interprètent et s'en saisissent: sont-ils sensibles à l'incitatif ? Pour cela, nous analysons le modèle de paiement créé par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) suivant le cahier des charges élaboré par les équipes de la Caisse

Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du ministère de la santé en charge du pilotage de l'expérimentation. Nous décrivons ses évolutions lors d'un processus de co-construction avec les expérimentateurs et au fur et à mesure de la progression de l'expérimentation. Nous montrons en particulier que bien que les objectifs initiaux aient visé une meilleure coopération entre la ville et l'hôpital, la traduction matérielle de cet objectif a impliqué un glissement, ou un pas de côté, où il s'est agi moins d'inciter au rapprochement avec la ville qu'à dés-inciter le recours aux établissements de SSR. L'algorithme est en effet construit autour du postulat que si les établissements recourent moins fréquemment aux SSR, alors ils seront poussés à davantage se coordonner avec la ville pour garder une qualité équivalente. Dans un second temps, nous nous intéressons aux établissements expérimentateurs, pour comprendre comment ils perçoivent l'incitatif véhiculé par le modèle, et re-traduisent une seconde fois les prescriptions du modèle de paiement pour les adapter aux réalités de leurs pratiques hospitalières. La prochaine partie décrit le matériel empirique employé et notre méthode d'analyse.

MATERIELS ET METHODES : UNE ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS EXPERIMENTATEURS ET DES INSTITUTIONS PILOTANT EDS

L'approche méthodologique suivie consiste en une étude qualitative en cours depuis septembre 2020 dans le cadre de la participation des auteures au dispositif d'évaluation de l'expérimentation EDS. Les données mobilisées pour cette étude proviennent à la fois de sources écrites (documentations autour de l'expérimentation), et d'une collecte de données spécifique composée d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels d'établissements participant à EDS et auprès d'acteurs institutionnels impliqués dans l'expérimentation ainsi que de séances d'observations lors de groupes de travail réalisés principalement en distanciel (via l'interface Zoom). Entre septembre 2020 et juin 2022, nous avons ainsi effectué 56 entretiens semi-directifs auprès des professionnels de santé, responsables et directeurs, répartis dans une dizaine d'établissements que nous avons sélectionnés parmi les 47 établissements expérimentateurs (voir Tableau 1). Les fonctions de l'ensemble de ces personnes rencontrées sont listées en annexe (voir Annexe 1).

Tableau 1: Collecte de données

Entretiens		Nombre d'entretiens
Établissements expérimentateurs		
	Privé	15
	Public	16

	Privé à but non lucratif	25
Instances nationales	CNAM, ANAP, DGOS, ATIH, HAS	7
Instances locales	ARS, CPAM, DCGDR	9
Total		72

Observations

		Nombre d'observations
Établissements expérimentateurs	Consultations, réunions d'information, unité d'accueil	4
Equipe nationale – Établissements expérimentateurs	Réunions de travail en visioconférence, Journée nationale des expérimentateurs	21
Total		25

Les dix établissements visités ont été choisis pour représenter une diversité de situations tant au niveau du profil de l'établissement que sur leur niveau d'avancement dans le projet et leur position au regard de simulations calculées par l'équipe ATIH/CNAM/DGOS portant le projet (gagnant/perdant)². Le guide d'entretien comprenait trois axes majeurs : les perceptions vis-à-vis du projet EDS ; le déroulement de l'expérimentation au sein de l'établissement ; et les rapports avec les partenaires de ville. En complément, nous avons également conduit 16 entretiens, le plus souvent collectifs, avec des membres de l'équipe portant le projet au niveau national (ci-après équipe nationale) et des référents régionaux censés venir en appui des équipes nationales (voir Tableau 1). Le guide d'entretien auprès de ces acteurs institutionnels s'est focalisé sur l'historique du projet EDS, ses enjeux, la co-construction du dispositif et leurs interactions avec des expérimentateurs.

Nous avons pu enfin observer 21 réunions de travail thématiques organisées par l'équipe nationale. Ces réunions regroupaient les acteurs institutionnels et les expérimentateurs (représentants des établissements expérimentateurs, organisations nationales chargées de la mise en œuvre de l'expérimentation comme la DGOS, la CNAM, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance [ANAP] ou l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation [ATIH]). Nous avons également mené des observations au sein des établissements, en observant par exemple des réunions d'information aux patients ou encore des réunions internes au sein des équipes dites "projet" - en référence au fait qu'elles pilotent le déroulement du

² Ces simulations ont été réalisées par l'ATIH, également chargée de mettre au point le modèle permettant de calculer les coûts des forfaits, sur la base des données post-EDS des hospitalisations de 2018/2019. Il s'agit de catégoriser les établissements expérimentateurs comme financièrement "gagnants" ou "perdants" sur la base de l'estimation d'un intéressement économique positif, ou non, évalué à partir de la différence entre leurs dépenses théoriques simulées sous tarification au forfait EDS et leurs dépenses observées.

projet EDS - au sein des établissements expérimentateurs (voir Tableau 1). Les données ainsi collectées ont fait l'objet d'une analyse thématique.

RESULTATS DE L'ENQUETE

I. UN MODELE FRANÇAIS DE L'EPISODE DE SOINS QUI PENALISE LE RECOURS AU SSR

Comme mentionné en introduction, les formules de paiement type *bundled payments* suscitent aujourd'hui un engouement international important, et sont riches de promesses non seulement de freiner la croissance des dépenses de santé, mais aussi d'améliorer la qualité des soins. La mise en œuvre transversale d'expérimentations dans différents pays et systèmes de santé est permise par la nature hybride et souple des *bundled payments*, assurant à la fois une large diffusion internationale et des interprétations locales répondant aux problématiques propres rencontrées par différents systèmes de santé nationaux. Cette plasticité de la notion de *bundled payments* explique pour partie son succès. Elle est aussi souvent associée à des ambiguïtés et des zones grises laissant d'importantes marges de manœuvre pour les traductions nationales à la fois sur le contenu concrètement attaché à ce dispositif et sur les incitatifs économiques associés.

Dans le cas français, l'expérimentation EDS s'inscrit dans un ensemble plus large de réformes visant à transformer l'offre de soin en jouant sur les modalités de financement des soins par l'assurance maladie (Aubert 2019). Elle répond à plusieurs priorités politiques comme soutenir un renforcement des prises en charge en ville (le 'virage ambulatoire'), encourager une meilleure coordination ville-hôpital, permettre des séjours hospitaliers moins longs et mieux intégrés dans des parcours plus transversaux. Elle doit également être mise en regard avec d'autres expérimentations également issues de l'article 51 de la LFSS de 2018, davantage ciblées sur la restructuration des soins primaires (voir par exemple Bourgeois, Morize, Fournier 2021). Cette partie revient sur le développement du modèle français et en analyse ses caractéristiques. Elle met en lumière le rôle central d'un algorithme de prédiction qui incite à réduire le recours aux soins post-hospitalisation les plus coûteux.

1. LA CONSTRUCTION DU MODELE FRANÇAIS

Le modèle de paiement sur lequel est fondé l'expérimentation EDS a été graduellement construit à partir de 2015- 2016 sur la base de travaux du Conseil Stratégique de l'Innovation en Santé, de plusieurs rapports administratifs (Véran 2016, Aubert, 2019), de séjours de

recherche aux Etats-unis d'experts de la CNAM et de l'ANAP, mais aussi de réunions préliminaires de concertation entre la CNAM et la DGOS d'une part et entre quelques établissements hospitaliers volontaires non seulement pour participer à l'expérimentation mais aussi pour participer à en définir les termes. Formalisé une première fois en 2019 par l'ATIH, retouché plusieurs fois pour prendre en compte les retours des établissements sur le terrain, le modèle de paiement servant de fondation à l'expérimentation EDS se donne pour objectif général d'inciter à la coordination ville hôpital, et le fait concrètement en utilisant un algorithme de calcul visant à prédire les coûts des séjours et à leur associer une rémunération, permettant aux acteurs hospitaliers d'ajuster leurs comportements (dans le sens attendu d'une optimisation). Ce modèle présente plusieurs particularités :

En termes de périmètre, un épisode de soin s'organise autour d'une phase aiguë associée à une hospitalisation. Il débute 45 jours avant l'opération et inclut une période de post-hospitalisation de trois mois pour la colectomie pour cancer et la prothèse de hanche et de six mois pour la prothèse de genou. Ce périmètre est strictement encadré à la fois du point de vue des patients concernés, mais aussi des professionnels de santé y prenant part, ce qui, en pratique, limite le volume de patients que les établissements sont à même d'intégrer dans l'expérimentation. Ces restrictions se jouent à trois niveaux : premièrement, les critères d'exclusion sont nombreux et, pour des pathologies telles que le cancer du côlon, limitent drastiquement le type de patients à même d'être inclus dans le dispositif. Par exemple, les patients diagnostiqués au cours d'un séjour aux urgences, ou présentant un avancement de la maladie et des complications spécifiques sont sortis de la liste des critères d'inclusion. Une seconde restriction a trait au type de soins rentrant dans l'épisode de soin, se limitant aux soins infirmiers, aux actes de masseurs-kinésithérapeutes pour les prothèses de hanche et de genou, aux consultations de chirurgie générale et viscérale pour la colectomie pour cancer, incluant également les établissements spécialisés (SSR/HAD) concernés pendant la phase de post-hospitalisation. Les consultations avec le médecin traitant ou avec tout autre professionnel de santé ou travailleur social censé faciliter le retour à domicile et effectuer un lien avec la ville n'entrent pas dans ce périmètre. Enfin, la troisième restriction a trait aux patients dont l'état de santé nécessite un séjour dans un établissement de soin plus long ou plus coûteux que la norme (se situant au-delà des 99e et 97e percentiles respectivement). Ces « *outliers* », qui étaient initialement pris en compte dans le modèle de financement, ont été sortis pour ne pas gonfler artificiellement le forfait servant au calcul des épisodes de soin (voir plus bas). Ensemble, ces restrictions façonnent des profils de patients standardisés et balisent les conditions de l'inclusion dans EDS, surtout pour les établissements dont la patientèle serait moins bien suivie, ou présenterait des complications ou des vulnérabilités importantes.

Ces profils de patient servent de base à la construction de différents parcours pour chaque pathologie, qui peuvent être compris en quelques sortes comme des « sous épisodes » de soin. Les patients sont affectés à l'un de ces parcours à l'issue d'une régression logistique, dont l'ambition principale est de prédire leur probabilité de connaître un passage en SSR ou en hospitalisation à domicile (HAD) en post-opératoire. Cette régression logistique prend en compte une série de variables (médicales, sociodémographiques, territoriales etc.) pour

assigner chaque patient à l'un des parcours type (avec ou sans SSR)³. Les patients dont la probabilité de passer en SSR/HAD est supérieure à un seuil (25 % pour les prothèses de hanche, 54 % pour les prothèses de genoux, et 11 % pour la colectomie pour cancer) font l'objet d'une prédiction de SSR/HAD.

Document 1 : Exemple de parcours types associés aux épisodes de soin orthopédiques*:

Parcours 1	Hospitalisation seule
Parcours 2	Hospitalisation / soins de ville
Parcours 3	Soins de ville / hospitalisation
Parcours 4	Soins de ville / hospitalisation / soins de ville
Parcours 5	Hospitalisation / SSR ou HAD
Parcours 6	Hospitalisation / SSR ou HAD / soins de ville
Parcours 7	Soins de ville / hospitalisation / SSR ou HAD
Parcours 8	Soins de ville / hospitalisation / SSR ou HAD / soins de ville.

** Adaptés de documents internes*

Ces parcours servent de base à l'élaboration de forfaits spécifiques, appelés "forfaits de base", calculés selon les dépenses attendues et moyennes de l'assurance maladie et destinés à couvrir les dépenses globales des différents offreurs de soin impliqués dans l'épisode. Le montant de ces forfaits de base est ensuite complété par plusieurs modulateurs qui reprennent en compte les caractéristiques médicales, sociales et environnementales précitées des patients⁴. Le risque de ré-hospitalisation est également pris en compte en proposant aux établissements un montant censé couvrir ce risque. Il est calculé sur la base de déviations standard vis-à-vis de la norme pour chaque épisode. En comparant les dépenses cibles aux dépenses finalement observées – à partir du calcul du coût des prestations réalisées par l'ensemble des acteurs au cours de l'épisode donné –, le modèle permet de définir un gain (ou une perte) qui sera réparti entre l'établissement de santé porteur et ses partenaires extérieurs (établissements SSR, HAD, infirmières et kinésithérapeutes libéraux)⁵.

³ Ces variables incluent par exemple la classe d'âge, le fait de vivre seul à son domicile, l'absence de couverture sociale, la pauvreté, l'indice de défavorisation sociale des communes de résidence des patients, et une série de diagnostics médicaux à l'image de la dénutrition, du diabète, de démences, de l'obésité (etc.).

⁴ Ces modulateurs varient selon l'épisode de soin, mais elle peut comprendre jusqu'à une dizaine d'éléments, incluant l'âge, les comorbidités liées à des affections longue durée, à la locomotion, aux troubles cognitifs, des facteurs socio-environnementaux ainsi que l'accès à un séjour RAAC.

⁵ La description de l'expérimentation est accessible sur le site Internet du ministère de la Santé: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation->

Enfin, un « bonus qualité » est versé aux établissements en fonction de résultats basés sur une série d'indicateurs qualité afin de garantir que ceux-ci fournissent des soins adaptés et performants, et ne cherchent pas simplement à réduire la durée moyenne des séjours hospitaliers. Ce bonus qualité, développé conjointement avec la Haute Autorité de Santé (HAS), est basé pour l'heure sur une dizaine d'indicateurs. Ils incluent à la fois des indicateurs de processus (comme un bilan nutritionnel et un diagnostic de l'anémie visant à évaluer la qualité de la prise en charge en préopératoire), des indicateurs de résultats (comme par exemple l'administration et les résultats de questionnaires patients PREMS et PROMS, les taux de complication thromboemboliques et le taux d'infection faisant suite à l'opération chirurgicale) et des indicateurs d'activité (taux d'exhaustivité de la collecte de données). Ce bonus qualité a fait l'objet d'une attention particulière de la part des architectes du modèle, qui ont construit ce dispositif de façon à placer un incitatif économique substantiel sur la qualité : puisqu'un établissement qui ne remplit pas les conditions d'une qualité minimale est privé de tout intéressement économique lié au modèle de paiement. À l'inverse, un établissement qui se retrouve perdant vis-à-vis du modèle de paiement mais qui présente de bons indicateurs qualité, peut tout de même recevoir le bonus qualité, et compenser éventuellement la perte économique initiale.

Tableau 2 : Synthèse des grandes caractéristiques de l'expérimentation française des *bundled payments*

Caractéristiques du modèle français	Paramètres
Nom	Épisode de soins pour des prises en charge chirurgicales (EDS)
Début de l'expérimentation	2019
Participants	Programme national destiné aux établissements de médecine, chirurgie, obstétrique – et leurs partenaires extérieurs
	Participation volontaire dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt organisé par la DGOS et la CNAM
Prises en charge concernées	Prothèse de hanche, prothèse de genou, colectomie pour cancer
Durée de l'épisode	De 45 jours avant l'hospitalisation et jusqu'à 3 mois après l'hospitalisation (Prothèse de hanche, Colectomie pour cancer) ; 6 mois pour Prothèse de Genou

[du/article/experimentation-d-un-paiement-a-l-episode-de-soins-pour-des-prises-en-charge](#); consulté le 28 juin 2022.

Caractéristiques du modèle français	Paramètres
Dimensions de la qualité retenue	Indicateurs de processus cliniques (prise en charge de l'anémie, etc.) et indicateurs de résultats (questionnaires patients, taux de complication)
	2 % du budget

2. UN MODELE QUI PENALISE LE PASSAGE EN SSR

L'analyse du modèle de paiement associé à EDS donne à voir un glissement progressif entre un objectif initial de coordination des soins entre hôpital et ville et de renforcement des soins de ville d'une part et un incitatif économique placé essentiellement sur la réduction du recours aux établissements de SSR et HAD d'autre part. Si l'objectif d'amélioration de la coordination des soins apparaît comme une priorité affichée, l'analyse du modèle ci-dessus donne à voir que la traduction de cette priorité dans le modèle de paiement s'est centrée sur la question de la prédiction du passage en SSR/ HAD. Ce glissement est notamment lié à une série d'ajustements techniques du modèle ayant eu lieu entre 2019 et 2021. Le modèle initial avait tendance en effet à sur-prédire les passages en SSR/HAD et entraînait – dans un contexte de masse tarifaire constante voté chaque année par l'ONDAM⁶ – des dépenses trop importantes. Le choix effectué par l'équipe nationale, en accord avec les établissements expérimentateurs participant à la co-construction, fut de restreindre les montants financiers alloués au passage en SSR/HAD plutôt que de revoir l'algorithme de prédiction. *“On ne prédit pas à 100% le bon parcours, et l'implication c'est que comme on sur-prédit SSR et que les séjours sont plus coûteux, le modèle va générer de la dépense supplémentaire or tout se fait à masse constante. Il faut donc redresser le résultat pour rester à masse constante.”*(entretien avec un membre de l'équipe nationale, novembre 2021).

La conséquence de cette transformation, présentée surtout comme une correction technique afin de respecter l'enveloppe de l'ONDAM, a été de pénaliser systématiquement le passage en SSR au point où, aujourd'hui, un établissement hospitalier prescrivant un séjour dans une telle structure à un patient qui avait pourtant fait l'objet d'une prédiction en ce sens se retrouve systématiquement perdant. A l'inverse, le fait de ne pas prescrire de SSR - à plus forte raison à un patient ayant fait l'objet d'une prédiction en ce sens - signifie que l'établissement sera gagnant économiquement. Un membre de l'équipe nationale témoigne en ce sens: *“La construction du modèle donne des signaux clairs, tout le monde a très bien compris, et en*

⁶ L'Objectif National des dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) est voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

particulier sur l'orthopédie, le modèle incite fortement à limiter le recours en SSR. Si votre patient est prédit SSR et qu'il n'y a pas de SSR, mécaniquement vous êtes gagnant, donc on ne dit pas vous ne faites pas de SSR mais le modèle y incite (...)" (Entretien avec un membre de l'équipe nationale, novembre 2021).

Le document suivant présente un exemple de simulations des dépenses de santé en fonction du recours au SSR. Ce tableau, produit à l'occasion d'un groupe de travail réunissant les expérimentateurs et l'équipe nationale pilotant le projet, montre que les parcours sans SSR, peu importe qu'ils aient été prédits ou non, sont "gagnants" pour les établissements puisqu'ils produisent des recettes pour les établissements.

Document 2: Simulations des recettes Assurance-Maladie en fonction du recours au SSR pour un établissement*

		Parcours prédits	
Parcours réels		Sans SSR	Avec SSR
	Sans SSR	600 000	400 000
	Avec SSR	- 100 000	- 200 000
	Total	500 000	200 000

**Adapté de documents internes, les chiffres sont indicatifs*

Alors que le modèle de *bundled payment* à la française a pour ambition de contrecarrer certains effets de la T2A en incitant à une meilleure coordination des acteurs tout au long de la prise en charge, celle-ci n'apparaît finalement pas si centrale, tandis qu'en pratique le modèle semble surtout encourager encore la baisse des durées de séjour.

Une telle trajectoire associée à la mise en œuvre des 'bundled payments' n'est pas nécessairement surprenante, dans la mesure où, pour l'heure, la littérature évaluant les différentes expérimentations internationales se rejoint autour de l'idée que ce type de paiement tend, en général, à placer une incitation financière sur l'optimisation des parcours de soins post-opératoires en limitant les soins coûteux en établissement spécialisé lorsque le service rendu pour le patient n'est pas établi. En effet, dans la mesure où l'établissement hospitalier devient responsable financièrement des soins post-aigus, il est incité à un usage moindre et plus mesuré des séjours en établissement de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) (Lau 2014). En particulier, la littérature identifie deux stratégies principales que les établissements mettent en

œuvre pour limiter ces coûts (Zhu et al. 2018). La première consiste à réduire les soins en établissement spécialisé (équivalent des SSR en France) en favorisant l'éducation et l'information des patients, en ayant davantage recours à des professionnels de santé en ville ou à des dispositifs de soin à domicile (HAD en France) et en formalisant des catégorisations de patients selon leur vulnérabilité et leur état de santé pour ne recourir aux soins spécialisés que dans les cas les plus graves (Zhu et al. 2018). La seconde stratégie est davantage une stratégie d'intégration verticale des établissements de soins post-aigus, allant d'un renforcement des liens contractuels avec ces structures, à l'établissement de réseaux de soins plus structurés avec négociation de tarifs privilégiés, jusqu'à l'absorption juridique de ces établissements de soins post-aigus.

Dans le cas français, une dynamique comparable semble s'amorcer, bien qu'elle soit pour le moment surtout limitée à la réduction de l'usage des SSR/HAD. Il tend par extension à limiter l'inclusion des patients avec trop de comorbidités, qui feraient courir le risque à l'établissement de perdre de l'argent. L'expérimentation EDS engage les participants dans un mode de raisonnement spécifique, impliquant des prévisions de coûts, de gains, de pertes, mais aussi de catégorisation des patients. Finalement, on voit ici déjà un premier glissement entre l'objectif affiché d'améliorer la coordination ville-hôpital et l'incitation concrète du modèle qui vise à réduire le recours au SSR. La coordination ville-hôpital n'apparaît pas en tant que telle dans le modèle de paiement. L'incitatif est donc essentiellement centré sur l'optimisation du passage en SSR, inférant qu'indirectement, si les établissements hospitaliers ont moins recours à ces organisations, ils seront logiquement portés - pour maintenir une qualité des soins équivalente (ou meilleure) - à se coordonner avec la ville. Cette relation semble pourtant loin d'être automatique du point de vue des établissements, et doit être questionnée, comme nous allons le voir dans la partie suivante.

II. LA TRADUCTION DU MODELE PAR LES EQUIPES PROJETS

Au sein des établissements, des équipes projet et des cliniciens se sont saisis de l'opportunité de l'expérimentation. Et de manière assez classique au vu des travaux sur l'instrumentation de l'action publique, l'usage de l'expérimentation EDS au sein des établissements expérimentateurs peut toutefois différer des attendus des promoteurs de ce nouvel instrument (Halpern, Lascoumes, Le Galès 2014). En l'espèce, nous avons vu que l'algorithme au cœur de l'expérimentation poursuit d'autres finalités que l'amélioration de la coordination des soins entre ville et hôpital et vise surtout à réduire le recours au SSR. Comme nous allons le voir dans cette deuxième partie, cet incitatif non affiché fait également l'objet d'une traduction au sein des établissements : tantôt, l'incitation au non recours au SSR est associée à une occasion de changements de pratiques en interne en vue d'une amélioration des soins; tantôt, cet incitatif rappelle l'autonomie de médecins refusant d'être contraints ou encore l'existence de populations qui ne peuvent pas si facilement échapper au SSR. Au sein des établissements, le non recours aux SSR impliquerait également une meilleure coordination avec les soins de ville

pour assurer les soins post-chirurgicaux. Or, en l'état, les établissements ne sont pas en position de réorganiser la coordination entre hôpital et ville.

1. REDUCTION DES DUREES DE SEJOUR ET VALORISATION DES ACQUIS

L'enquête a permis de constater qu'un ensemble de professionnels de santé sont convaincus que la réduction des séjours en SSR ne constitue pas une entrave à la qualité des soins. Ce serait même tout l'inverse. La participation des établissements à l'expérimentation est ainsi loin de reposer uniquement sur la volonté des directions des établissements selon une logique managériale que l'on pourrait imaginer très verticale. On trouve au contraire des cliniciens, caractéristiques des médecins organisateurs décrits par Patrick Castel (2020), qui jouent un rôle central dans la conception, le pilotage et la mise en œuvre de l'expérimentation d'EDS, à la fois au niveau national via leur participation aux réunions de travail collectives et en interne. Ils sont animés par la conviction que les objectifs cliniques sont compatibles avec des finalités économiques et gestionnaires et qu'il vaut mieux pour les cliniciens, être porteurs que cibles des changements organisationnels. La réalisation d'économies est ainsi mise en équivalence avec des améliorations en matière de qualité des soins par les professionnels de santé des équipes projet: « *DMS [durée moyenne de séjours] courte, pas trop de complication, pas de SSR [soins de suite et de réadaptation]. Tout ça, c'est intéressant, c'est de l'argent, mais c'est d'abord de la médecine. Tant mieux si les patients vont mieux. Ça permet de réconcilier la médecine et la finance* » (chef de service chirurgie digestive, établissement privé à but non lucratif, décembre 2021).

Dans ce contexte, l'une des premières raisons invoquées par les équipes projet pour justifier la participation de l'établissement à l'expérimentation concerne l'octroi de ressources financières pour valoriser leur travail de coordination en interne et en particulier celui qui permet une réduction des durées de séjour à l'hôpital et du passage en SSR. La plupart des professionnels de santé rencontrés et faisant partie des équipes projet affichent une conviction commune selon laquelle « aujourd'hui les patients souhaitent rentrer chez eux le plus vite possible ». Les résultats de travaux quantitatifs, qui montrent à la fois une durée moyenne de séjour (DMS) plus réduite chez les expérimentateurs et une diminution de la DMS entre 2015 et 2019 pour les trois actes, vont d'ailleurs dans ce sens (référence à venir dans une version non anonyme). Cet objectif apparaît comme hautement légitime, associant à la fois des préoccupations de qualité des soins (plus individualisés) et de qualité de vie des patients (plus vite de retour dans leur environnement quotidien) et des préoccupations d'efficacité économique. Il est par ailleurs associé à des pratiques professionnelles jugées innovantes en chirurgie comme la RAAC ou encore l'usage de robots chirurgicaux.

Au sein des établissements expérimentateurs, on assiste ainsi à des réorganisations du travail du côté des équipes infirmières dans l'optique de maximiser les chances du non recours au passage en SSR. Selon le volume de patients, les établissements disposent de crédits d'amorçage plus ou moins importants (37 000 euros jusqu'à plus de 96 000 euros), ce qui permet parfois de financer des postes de coordination à temps plein. Dans le cas des prothèses de la hanche ou du genou où le recours aux SSR était fréquent, l'infirmière de coordination

voit ainsi le patient après son rdv avec le chirurgien et tente de convaincre si besoin le patient de ne pas aller en SSR: *“Tout est discuté en amont. C’est un travail de réassurance. Et on a toujours les gens qui sont dans le j’ai droit [au SSR], donc je veux. Après on s’est appuyé sur le covid : “vous n’allez pas avoir de visite”. Et on leur explique que c’est cher, cher à trouver et que si c’est pour y aller une semaine sans projet de rééducation, ça ne sert à rien. Il faut leur expliquer – si on le pense – qu’ils seront bien à la maison”* (entretien avec une infirmière de coordination, établissement public-privé, mai 2022).

2. PERSISTANCE DE PRATIQUES HETEROGENES SUR LE RECOURS AUX SSR

Le non recours aux SSR, sous-entendant souvent “le recours au SSR n’est pas nécessaire”, ne fait cependant pas forcément l’unanimité au sein de l’ensemble des équipes médicales, dès lors que l’on dépasse le cercle restreint et convaincu de l’équipe projet. L’expérimentation EDS peut à ce titre être perçue par les équipes projet comme un moyen de contraindre ces professionnels de santé, et en particulier les chirurgiens les plus anciens, qui seraient réfractaires à des changements de pratiques. Nous avons pu recueillir plusieurs témoignages sur l’intérêt que les équipes projets trouvaient à recourir à EDS pour formaliser les parcours : *« on ne leur a jamais appris les soins de support, ce n’est pas qu’ils sous-estiment. Le vieux, je ne veux pas caricaturer, mais lui il travaille seul, il sait faire, il n’a pas accroché. Les jeunes, eux, ils veulent une équipe »* (DG, clinique privée) ou encore *« EDS c’est un moyen de contraindre, de flécher le parcours et de l’optimiser, et de le valoriser économiquement...Faut convaincre encore certains chirurgiens »* (Directeur des opérations, clinique privée). Le caractère contraignant de l’expérimentation EDS fut d’ailleurs perceptible du côté de la Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique (SOFOT) qui s’est tout d’abord opposée avec ferveur à l’expérimentation.

À ce jour, l’autonomie des médecins perdure et les capacités de l’incitation économique associée à EDS à impulser la réduction du recours au SSR paraissent ainsi incertaines. Si au sein de chaque établissement rencontré, nous avons pu constater des divergences au niveau des équipes médicales (tous les chirurgiens ne sont pas forcément convaincus du non recours ou ne veulent pas négocier avec leurs patients), certaines caractéristiques des établissements peuvent éclairer ces divergences. Dans le cas d’un établissement privé où les chirurgiens ne sont pas salariés, l’équipe projet a indiqué n’avoir aucun moyen de contraindre ou d’inciter ces derniers à limiter le recours des patients aux SSR. Dans un établissement privé de type mutualiste visité, ce sont les caractéristiques du territoire et de la rareté de l’offre de soins qui rendent la réduction au SSR incertaine: *“On nous demande de ne plus faire de SSR, mais il y a des patients où c’est la catastrophe si pas de SSR. (...). Ici dans une ville moyenne qui draine une population rurale autour, vous aurez forcément plus de SSR ici car des patients qui habitent loin, dans des vieilles maisons, avec en plus déserts médicaux. Les kinés qu’est-ce que vous voulez, ils ne se déplacent pas, même en périphérie. Ici une heure de voiture et ils ont passé leur consultation”* (médecin DIM, établissement privé, juin 2022).

3. DES TENTATIVES HESITANTES DE CONSTRUCTION D'UN PARCOURS VILLE-HOPITAL

Si la diminution du recours au SSR peut également sembler incertaine, c'est aussi parce que la coordination avec les soins de ville dans l'optique d'assurer les soins post-chirurgicaux est plus qu'incertaine à ce jour du côté des établissements expérimentateurs. Les différents professionnels interrogés se rejoignent ainsi fréquemment pour regretter les limites d'EDS en matière d'amélioration de la coordination des soins entre hôpital et ville: « *on a tout un discours amené sur la coordination entre la ville et l'hôpital or EDS pour moi n'est pas calé sur cet objectif-là, c'est plus un affichage politique (...). Dans sa construction, si on regarde la façon dont sont financés les acteurs, les kinés et IDE, les libéraux n'ont pas intérêt à participer à la coordination. Il y a une discongruence entre le discours et la construction* » (médecin, chirurgien, équipe projet, groupe privé). À ce jour, les expérimentateurs n'ont en outre aucune certitude sur le montant du forfait attribué à l'épisode de soin et dans quelle proportion ils pourront en redistribuer une partie aux professionnels de ville. Aussi la prise de contact avec des partenaires de ville dans l'optique de construire des parcours de soin et envisager leur participation à certains épisodes, et ce dans l'optique d'une rémunération commune, apparaît improbable comme l'indique cette médecin d'un département d'information médicale au sein d'un hôpital public : « *on est très gênés avec les partenaires de ville. (...) C'est dur de mobiliser, vous allez les voir, pour leur dire quoi : on fait une expérimentation, vous allez gagner trois euros. Et ce n'est même pas sûr que vous voyiez nos patients* ».

Au-delà des questions financières, c'est également plus généralement la difficulté d'aller échanger avec les professionnels de ville en leur présentant un dispositif national, porté par l'assurance maladie qui est soulevé par les équipes projet. A plusieurs reprises, les équipes rencontrées ont indiqué qu'elles considéraient que ce n'était pas de leur ressort d'aller présenter le dispositif aux professionnels de ville étant donné le caractère hautement politique et les potentielles tensions issues d'une telle entreprise: « *je trouve étonnant que cela ne soit pas porté par les tutelles et que l'on demande aux établissements de rencontrer et négocier directement avec les URPS et libéraux. Que l'on ait des rencontres, c'est normal, mais il y a quand même des enjeux qui sont au-delà de l'aspect qualitatif de la prise en charge du patient et qui sont financiers, et je trouverais cela normal et raisonnable qu'il y ait plus d'engagements des tutelles* » (chef de service, établissement public-privé, mai 2021).

CONCLUSION

Au terme de ce premier bilan sur l'expérimentation d'un paiement à l'épisode de soin, un premier constat concerne l'écart entre les objectifs de l'expérimentation, tels que mis en avant par les promoteurs de l'expérimentation et la manière dont celle-ci est effectivement mise en œuvre. Cet écart se caractérise par une double traduction: tout d'abord l'ATIH a traduit l'expérimentation dans un algorithme dont on a vu qu'il privilégie le non recours aux SSR, ensuite cet algorithme a fait l'objet d'une nouvelle traduction au sein des établissements. L'expérimentation EDS, en tant qu'outil de gestion qui vise à transformer des comportements,

n'est ainsi pas sans rappeler les nombreuses tentatives d'orienter les comportements des producteurs de soins, avec notamment la mise en place de la T2A (Moisdon, 2007) et plus tard le paiement à la qualité (Girault et al. 2017b; Lalloué et al. 2017). Et comme cela a déjà été montré dans le cas de la T2A, les effets attendus par les promoteurs ne sont pas nécessairement perceptibles car les outils de gestion ont leur autonomie propre et nécessitent un temps d'apprentissage et d'appropriation par les acteurs concernés.

Un deuxième constat a trait à la forme algorithmique qu'a finalement prise l'expérimentation EDS. Parce qu'ils simplifient le monde en un ensemble restreint, ordonné, et mesurable de possibilités de choix, de suggestions d'action, ou de recommandations, et qu'ils ne sont pas neutres, les algorithmes nous l'avons vu peuvent être appréhendés comme une nouvelle figure du pouvoir (Cardon 2018). Dans le cas de l'expérimentation EDS, il s'agit d'encadrer les pratiques de prescription en SSR, une prérogative essentiellement aux mains des chirurgiens. L'incitation à limiter le recours au SSR ne satisfait pas nécessairement l'ensemble des équipes médicales et certains professionnels, par exemple ceux travaillant en libéral, tendent à échapper à cet impératif. À l'inverse, d'autres professionnels sont inquiets de ces évolutions au vu de la population qu'ils soignent, en particulier, lorsqu'elle est jugée fragile et vit dans des zones rurales où l'offre médicale est rare et dispersée. On perçoit là à la fois la limite de l'algorithme, comme des instruments d'action publique, qui n'atteignent pas nécessairement leur cible (Halpern, Lascoumes, Le Galès 2014), mais aussi toutes les inquiétudes liées à la potentielle production de nouvelles inégalités par les algorithmes (par exemple Jordan et al. 2021) qui se traduit ici par la crainte de sélection de patients. À ce jour, certains patients peuvent ainsi sembler plus rentables que d'autres et la sortie des logiques décriées de la T2A encore incertaine. Finalement, comme Moisdon (2018) le rappelle, les outils de gestion sont imparfaits par nature, ils ne sont qu'un simple signal et leurs usages sont dépendants des configurations organisationnelles qu'ils rencontrent. Mais, et c'est là où réside leur intérêt, ils ont un second mode d'existence qui tient à la possibilité d'apprentissage qu'ils offrent et à cet égard, EDS offre une place de choix pour explorer les tensions et les logiques sous tendant les transformations en cours au sein du système de santé (Moisdon, 2018).

RÉFÉRENCES CITÉES :

Agarwal B. R., Liao J. M., Gupta A., & Navathe A. S., (2020). The Impact Of Bundled Payment On Health Care Spending, Utilization, And Quality: A Systematic Review, *Health Affairs*, 39(1):50-57.

Aubert J-M., (2019). Réformes des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné, Task Force du financement du système de santé, Rapport au ministère des Solidarités et de la Santé.

Barraud B. (2018). L'algorithmisation de l'administration. *Revue Lamy Droit de l'Immatériel* 2018, n° 150, p. 42-54. Introduction.

Bourgeois, I., Morize, N., & Fournier, C. (2021). Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional: des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé) cadrer. *Questions d'économie de la santé*.

Brigant, J. M. (2018). Les risques accentués d'une justice pénale prédictive. *Archives de philosophie du droit*, 60 (1), 237-251.

Cardon, D. (2018). Le pouvoir des algorithmes. *Pouvoirs*, (1), 63-73.

Castel P. (2020) "Vers des médecins organisateurs? Initiatives organisationnelles, professions et pouvoir à l'interface de la pratique et de la recherche clinique", Habilitation à diriger des recherches, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

Cluzel-Métayer. L., "Décision Publique Algorithmique et Discriminations" in Marie Mercat-Bruns. *Nouveaux modes de détection et de prévention de la discrimination et accès au droit, Société de législation comparée*, 14, Société de législation comparée, 2020

Conrad DA., (2015). The Theory of Value-Based Payment Incentives and Their Application to Health Care, *Health Services Research*, 50 Suppl 2: 2057-89.

Ferlie, E. (1997). Large-scale organizational and managerial change in health care: a review of the literature. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2(3), 180-189.

Frouillou, L., Pin, C., & Van Zanten, A. (2019). Le rôle des instruments dans la sélection des bacheliers dans l'enseignement supérieur. La nouvelle gouvernance des affectations par les algorithmes. *Sociologie*, 10(2), 209-215.

Girault A. Gerves-Pinqué C. Minvielle E. 2017a. Les modes de paiement à la coordination. Etat des lieux et pistes pour une application en France. *Journal de Gestion et d'Économie Médicale*, 35 (2-3): 109-127

Girault A, Bellanger M, Lalloué B, Loirat P, Moisdon JC, Minvielle E. 2017b Implementing hospital pay-for-performance: Lessons learned from the French pilot program. *Health Policy*. 121(4):407-417

Glaser, V. L. (2017). Design performances: How organizations inscribe artifacts to change routines. *Academy of Management Journal*, 60, 2126–2154.

Glaser, V. L., Pollock, N., & D'Adderio, L. (2021). The biography of an algorithm: Performing algorithmic technologies in organizations. *Organization Theory*, 2(2), 26317877211004609.

Griffiths, A., Beaussier, A. L., Demeritt, D., & Rothstein, H. (2017). Intelligent Monitoring? Assessing the ability of the Care Quality Commission's statistical surveillance tool to predict quality and prioritise NHS hospital inspections. *BMJ quality & safety*, 26(2), 120-130.

Halpern, C., Lascoumes, P., & Le Galès, P. (2014). *L'instrumentation de l'action publique: controverses, résistances, effets*. Presses de Sciences Po.

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), (2020), Rapport d'étape des travaux du HCAAM sur l'évolution des dispositifs de régulation du système de santé.

Jordan, A., Griffin, R., Dooly, T., Demazière, D., Delpierre, A., & El Fatihi, H. (2021, September). Profiling's Evolution in France and Ireland: From Classical Statistical Profiling to Artificial Intelligence's Personalisation. In *ESPAnet Conference 2021-The European Network for Social Policy Analysis: Up for the Future? Social policies in challenged societies*.

Juven P.-A., (2014). Une santé qui compte? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française, *Revue de la régulation*, 16, 16.

Juven P.-A., Pierru F., Vincent F., (2019). *La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public*, Paris, Raison d'agir éditions, 185 p.

Kellogg, K., Valentine, M., Christin, A. (2019). Algorithms at work: The new contested terrain of control. *Academy of Management Annals*, 14(1), 366–410.

Kletz, F., & Moisdon, J.-C. (2015). Métabolisation d'un incitatif économique : effets attendus et inattendus des nouveaux modes de financement du système hospitalier. *Recherches En Sciences de Gestion*, 106(1), 185.

Lau C., Alpert A., Huckfeldt P., Hussey P., Auerbach D., Liu H., & Mehrotra A. (2014). Post-acute referral patterns for hospitals and implications for bundled payment initiatives, *Healthcare*, 2, 3, 190-195.

Lalloué B. Girault A., Ferrua M., Jiang S., Loirat P. Minvielle E. 2017. Evaluation of the effects of the French Pay-for-Performance program - IFAQ pilot study. *International Journal for quality in Health care*, 28-6: 833-837.

Lenay Olivier, Moisdon Jean-Claude, (2003) « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, 5 (no 146), p. 131-141.

Levy, K., Chasalow, K. E., & Riley, S. (2021). Algorithms and Decision-Making in the Public Sector. *Annual Review of Law and Social Science*, 17, 309-334.

Mayer-Schönberger, V., Cukier, K. (2013). *Big data: A revolution that will transform how we live, work, and think* (1st edition). Eamon Dolan/Houghton Mifflin Harcourt.

Moisdon, J.-C. (1997). *Du mode d'existence des outils de gestion*. Seli Arslan

Moisdon, J.-C. (2007). De la difficulté de prévoir la trajectoire d'un outil de gestion. *Sciences de Gestion*, n°64, 405–420.

Moisdon, J.-C., & Tonneau, D. (2008). Le financement concurrentiel des hôpitaux : menace ou avantage pour le service public ? *Politiques et Management Public*, (Vol. 26/1), 111–126. <https://doi.org/10.4000/pmp.1340>

Moisdon, JC, & Pepin, M (2010), 'Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé', DREES, Etudes et Recherches

Moisdon, Jean-Claude. (2018) « 1. Histoire des outils de gestion et de leurs effets dans le système hospitalier français : croyances et épreuves de vérité », Étienne Minvielle éd., *Manager une organisation de santé. L'apport des sciences de gestion*. Presses de l'EHESP, pp. 15-36.

Or Z., Renaud T., (2009), Principes et enjeux de la tarification à l'activité. Enseignements de la théorie économique et des expériences internationales, IRDES, Document de travail, 23.

Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2017). Public management reform: A comparative analysis-into the age of austerity. Oxford university press.

Steenhuis S., Struijs J., Koolman X., Ket J., & Van der Hijden, E., (2020). Unraveling the complexity in the design and implementation of *bundled payments*: a scoping review of key elements from a payer's perspective, *The Milbank Quarterly*, 98(1), 197-222.

Steiner, C. (2012). Automate this: How algorithms came to rule our world. New York: Portfolio Penguin.

Struijs J., de Vries E. F., Baan C. A., Van Gils P., & Rosenthal M. B., (2020). Bundled-Payment models around the world: how they work and what their impact has been, *The Commonwealth Fund: Issue Briefs*

Véran O. (2016) « L'évolution des modes de financement des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur ». Rapport remis au ministère de la Santé.

Wadhwa R. K., Yeh R. W., and Joynt Maddox K. E. (2018), "The Rise and Fall of Mandatory Cardiac Bundled Payments," *JAMA* 319, no. 4, 335–36;

Yeung, K. (2017). 'Hypernudge': Big Data as a mode of regulation by design. *Information, Communication & Society*, 20, 118–136

Zhu J. M., Patel V., Shea J. A., Neuman M. D., & Werner R. M., (2018). Hospitals using bundled payment report reducing skilled nursing facility use and improving care integration, *Health Affairs*, 37(8), 1282-1289.

ANNEXES

1. Fonction des personnes interviewées au sein des établissements expérimentateurs

Etablissements expérimentateurs	
Fonction des interviewés	Nombre de rencontres
Administratif	
Secrétaire à l'accueil médical; cadre administratif	3
Assistants sociales	2
Contrôleur de gestion	1
Directeur financier	1
Responsable qualité	1
Chargée de projet	1
Responsable parcours	1
Directeurs des opérations	2
Directeur Générale	4
Paramédical	
Infirmière de coordination (IDEC)	14
Infirmier stomatothérapeute	1
Cadre de santé	8
Directrice des soins	11
Kinésithérapeute	2
Médical	
Anesthésiste	4
Chirurgien	12
Médecin DIM	6