

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/285-mise-en-oeuvre-effets-et-usages-de-l-experimentation-peps-dans-16-centres-de-sante.pdf>

Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé

Julia Legrand (Irdes, Cresppa-GTM), Laure Pitti (Cresppa-CSU, Irdes)

L'expérimentation d'un Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) fait partie des nouveaux modes de rémunération collectifs, alternatifs au paiement à l'acte, permis par l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Cette expérimentation vise à renforcer, par la mise en place d'un forfait de soins, les dynamiques de coordination entre les professionnels de santé, notamment entre médecins et infirmières d'une même équipe. 16 Centres de santé (CDS) figurent parmi les équipes de soins primaires engagées dans cette expérimentation nationale, initialement pensée pour les Maisons de santé pluriprofessionnelles libérales (MSP).

L'enquête sociologique, fondée sur 57 entretiens avec des professionnels et des observations conduites au sein de 6 CDS entre 2021 et 2023, étudie les conditions d'engagement des CDS dans l'expérimentation et les effets de cette rémunération des soins au forfait sur le travail de ces équipes de soins primaires. Elle met au jour un paradoxe : initialement pensé comme une incitation au changement pour les professionnels de santé libéraux en exercice coordonné, le forfait apparaît comme un instrument de solvabilisation et de légitimation des pratiques de coordination et du travail de soin développés par les CDS, qui emploient des professionnels de santé salariés.

A l'origine, l'expérimentation Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps), portée par le ministère de la Santé et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), avait été pensée pour les équipes libérales en exercice regroupé au sein de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [encadré Définitions ; Morize et Schlegel, 2023]. Cependant, comme l'ont montré les travaux menés sur la construction de cette expérimentation, « pour mettre en place ces évolutions au niveau local, les équipes du ministère en charge de la santé et de la Cnam [ont dû] composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables » (Morize *et al.*, 2021). Les Centres de santé (CDS) à but non lucratif ont été les acteurs inattendus de ce dispositif. Ils y ont candidaté dans des proportions

plus importantes que les MSP, avec 11 CDS en 2018 (350 CDS pluriprofessionnels existant à cette date) et 15 MSP (910 existant en 2018). Ils ont été majoritaires à prendre part à l'expérimentation dans la durée : en 2019, 16 CDS et plus que 11 MSP ; en 2023, 3 de ces MSP (sur les MSP dans Peps, voir Morize et Schlegel, 2023) et toujours 16 CDS. Cette entrée massive des CDS dans l'expérimentation en modifie l'objectif initial : pensé par les pouvoirs publics comme une incitation au changement pour les professionnels de santé libéraux en exercice coordonné, Peps est investi comme un instrument de solvabilisation par les CDS qui développent de longue date un exercice coordonné, pluriprofessionnel et une prise en charge globale, et dont plusieurs rapports ont montré l'inadéquation du paiement à l'acte à leurs activités (Igas, 2007, 2013, 2020). C'est aussi une nouvelle

opportunité pour les CDS de défendre une rémunération des soins alternatives au paiement à l'acte. En revenant sur cette facette inattendue de l'expérimentation Peps, nous étudions le rôle des leviers tant politiques qu'économiques dans les incitations au changement.

Après avoir présenté les objectifs initiaux du dispositif Peps, nous étudions les profils de CDS impliqués dans cette expérimentation, les conditions de leur engagement, et les effets de la rémunération des soins au forfait sur le travail des équipes de soins primaires enquêtées. Enfin, nous rendons compte des usages de l'expérimentation par les CDS, des échanges avec les promoteurs de l'expérimentation et ses ajustements au fil du temps.

Objectifs initiaux du dispositif Peps

Les objectifs de l'expérimentation Peps sont multiples (cf. Cahier des charges) :

- Un objectif stratégique : « améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et renforcer l'efficacité des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles » (*ibid.* : 5). Il s'agit d'améliorer la qualité et la pertinence des soins en plaçant le patient au cœur de la prise en charge.

- Des objectifs opérationnels : « améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses : en libérant du temps médical grâce au travail en coopération, en augmentant la taille de la file active (patientèle Peps), grâce à l'incitation du forfait, et en favorisant la présence de professionnels de santé exerçant en équipes dans les territoires les plus fragilisés ; améliorer la qualité du parcours des patients par le suivi coordonné et une incitation financière à la qualité ; gagner en pertinence, en diminuant le nombre d'actes évitables. » (*ibid.*)

Modalités de calcul du forfait

Le paiement collectif forfaitaire repose sur un forfait que la structure reçoit annuellement pour chaque patient-médecin traitant – ce qui constitue une incitation à fidéliser la patientèle, le forfait ne s'appliquant pas aux patients non-médecin traitant. Entre également en compte « une rémunération ajustée au risque, définie selon la typologie des patients », et déterminée selon, d'une part, les caractéristiques médicales et sociodémographiques de la patientèle sur la base d'un échantillon national représentatif de la popula-

tion française et, d'autre part, du territoire concerné.

La rémunération Peps distingue trois types de situation : les patients « consommateurs¹ Peps » (vus par le CDS durant l'année N-1), les patients « AME » (bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État), les patients « non-consommateurs ». Le calcul de la rémunération annuelle Peps versée à chaque CDS engagé dans l'expérimentation cumule ces trois forfaits modulés pour les deux premiers, suivant la part de patients-« médecin traitant » (exclusivement pour le forfait « consommateurs »), le « taux de fidélisation des patients » (calculé à partir de l'ensemble des patients-« médecin traitant » et « consommateurs » dans un même CDS²), l'activité des médecins généralistes (nombre d'actes par patient), la qualité de la prise en charge (soit une « présomption de qualité durant la phase d'expérimentation », fixée à 5 % de la rémunération Peps) et le taux de pauvreté du territoire d'implantation du CDS (pour les forfaits « consommateurs » et « AME »), appréhendé à l'échelle de la commune ou du Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV). L'échelle géographique retenue pour déterminer ce taux de pauvreté, et ainsi le calcul de la modulation « à la pauvreté », a fait l'objet de débats au fil de l'expérimentation. Dans le modèle Peps, « la rémunération est majorée si le taux de pauvreté du territoire [...] sur lequel est implantée la structure est supérieur à la moyenne nationale du taux de pauvreté, de façon linéaire et jusqu'à une

1 On considère qu'un patient est consommateur s'il a eu au moins une consommation de soins de ville dans l'année N-1, quel que soit le soin et l'exécutant.

2 Ce taux de fidélisation est calculé en fonction des données de consommation de soins des patients au sein de la structure au 31/12 de l'année N-1.

majoration de 20 % si le taux de pauvreté atteint 25 % » (Cahier des charges de l'expérimentation Peps, 2019, p. 21).

Sur ces bases, la rémunération Peps est calculée pour chaque structure, fixée annuellement, et ajustée au mois de juillet de l'année suivante en cas d'évolution du volume ou des caractéristiques de la patientèle-médecin traitant. Elle est versée trimestriellement à compter de 2021.

DÉFINITION

L'expérimentation **Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)**, portée par la Direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), est l'une des expérimentations de rémunérations collectives des professionnels de soins primaires, lancée en 2019 dans le cadre de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (L'Atlas du 51, 2022). L'équipe y participant, nécessairement pluriprofessionnelle, doit comporter au minimum 5 professionnels de santé, « dont au minimum 3 médecins généralistes et 1 infirmier » et une patientèle-médecin traitant « comprenant au minimum 250 patients » (Cahier des charges de l'expérimentation Peps, 2019). L'expérimentation Peps propose à des équipes de médecins généralistes et d'infirmières de remplacer le paiement à l'acte par un paiement au forfait, versé collectivement à la structure de soins, pour l'ensemble de la patientèle ou des sous-ensembles, par exemple, la patientèle diabétique ou âgée.

Peps est une expérimentation ouverte aux équipes libérales exerçant en Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et aux équipes salariées exerçant en Centres de santé (CDS) à but non lucratif (municipaux, en sociétés coopératives d'intérêt collectif, associatifs).

MATÉRIAUX ET MÉTHODE

Des enquêtes qualitatives ont été menées sur 6 des 16 Centres de santé (CDS) municipaux, en sociétés coopératives d'intérêt collectif (ou coopératifs), et associatifs d'orientation communautaire.

La recherche sur les 3 CDS municipaux et coopératifs s'est déployée d'octobre 2021 à juillet 2023. 21 professionnels salariés ont été interrogés, surtout en face à face. Ces médecins généralistes, psychologues, agents d'accueil, infirmières, responsables administratifs et financiers, directeur de la santé de la ville, médiatrice, avaient parfois un statut spécifique de « porteur » ou « référente » dans le cadre de l'expérimentation. Ces entretiens ont été complétés avec des observations du travail d'accueil des patients et de codage de l'activité de consultation dans deux de ces CDS.

L'enquête sur les CDS associatifs d'orientation communautaire a été menée d'avril 2021 à juin 2023, avec un volet d'observation directe des pratiques

des équipes de soins primaires (11 journées). 36 entretiens ont été conduits auprès des différents groupes professionnels des 3 CDS étudiés (accueillantes, médiateurs de santé, coordinateurs médico-sociaux, gestionnaires, conseillères conjugales et familiales, accompagnantes en soin social, assistantes sociales, infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins généralistes), pour mesurer la proximité ou la distance avec le dispositif Peps.

En parallèle, tout au long de l'évaluation, nous avons participé au titre d'observatrices aux échanges entre l'équipe nationale Peps et les professionnels engagés dans l'expérimentation (« journées Peps », « accélérateurs », réunions, etc.).

Les organisations et les individus ont été renommés pour préserver l'anonymat.

Les profils de CDS impliqués dans Peps

Les CDS, structures d'exercice regroupé de professionnels salariés, sont tenus d'élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) et de pratiquer le tiers-payant. En 2021, il existe plus de 2 500 CDS, dont 582 sont pluriprofessionnels. La quasi-totalité d'entre eux (87 %) sont des CDS à but non lucratif (Carini-Belloni, 2022, p. 334).

Des CDS pluriprofessionnels aux histoires différenciées

Près de la moitié des CDS pluriprofessionnels sont de statut associatif (associations loi 1901, gérées par un bureau et un conseil d'administration) ; les CDS municipaux représentent, quant à eux, un cinquième des CDS pluriprofessionnels. Le dernier tiers est constitué de CDS mutualistes ou gérés par des régimes spéciaux de la Sécurité sociale (Carini-Belloni, 2022) ; seuls quelques CDS pluriprofessionnels sont constitués en sociétés coopératives d'intérêt collectif, statut autorisé par un arrêté de janvier 2018. Les salaires des médecins généralistes en CDS se situent, pour 35 heures de travail hebdomadaire, entre 4 500 et 5 200 € nets par mois en CDS municipaux (Joubert, 2023, p. 402), entre 3 800 et 4 700 € en CDS coopératifs et autour de 2 200 € en CDS associatifs d'orientation communautaire (Pitti, 2023, p. 177). Ils sont inférieurs aux revenus des médecins libéraux en MSP, en moyenne de 7 600 € en 2017 (Dixte, Vergier, 2022, p. 3). Le temps de travail hebdomadaire en MSP est cependant supérieur (53 heures déclarées en moyenne).

Les CDS municipaux font partie des structures les plus anciennes : héritières des dispensaires du XIX^e siècle, elles sont réglementées par décret depuis août 1946. En Île-de-France, leur histoire se confond avec celle de la banlieue rouge, d'où leur sur-représentation dans les communes populaires de la petite couronne parisienne. Parmi les CDS associatifs, se développent, depuis une quinzaine d'années, des structures d'orientation communautaire, cherchant à identifier et prendre en charge les besoins de santé à l'échelle d'une communauté de vie. Leur histoire diffère de celle des CDS municipaux : ils sont les héritiers d'expériences alternatives et localisées d'organisation des soins expérimentées en Amérique du Sud dès les

années 1950, puis en Amérique du Nord et en Europe durant les années 1960-1970. Ils s'inscrivent au croisement de plusieurs filiations : l'éducation populaire, l'humanitaire et sa critique, ainsi que la remise en question du primat de la médecine libérale (Pitti, 2021 ; 2023).

Le montage financier de ces CDS est complexe et propre à chaque structure. Des points communs sont néanmoins observés entre les centres partie prenante de l'expérimentation : la moitié des ressources pour les CDS associatifs et coopératifs, et les trois quarts pour les CDS municipaux, proviennent de l'Assurance maladie en 2019 (Igas, 2022). Avant Peps, ces ressources proviennent de la cotation des actes et de leur remboursement par l'Assurance maladie, de rémunérations sur objectifs (telle la Rémunération sur objectif de santé publique) et forfaitaires (médecin traitant, Affections de longue durée-ALD, Accord conventionnel interprofessionnel-ACI des CDS signataires). Les CDS dépendent donc de financements complémentaires pour couvrir entre la moitié et le quart restant de leur budget : subventions de la municipalité, d'autres collectivités territoriales, celles émanant des fonds régionaux et départementaux des ARS, ou encore de l'Agence nationale de la cohésion des territoires pour les centres implantés en quartiers labellisés « politique de la Ville ». Car les CDS développent différentes activités non rémunérées par l'Assurance maladie (prévention, ouverture des droits sociaux pour les usagers, médiation en santé, interprétariat, ...). Si le modèle économique des CDS reste peu documenté dans le détail (Igas, 2020), il apparaît intrinsèquement déséquilibré dans un modèle de rémunération à l'acte. Ce modèle est plus fragile dans les CDS associatifs et coopératifs que dans les CDS municipaux. Les premiers ne peuvent compter sur les subventions de la municipalité dont bénéficient les seconds pour équilibrer leur budget :

« Dans un centre de santé municipal, vous avez nécessairement une subvention d'équilibre, vous n'êtes pas tout à fait inquiet de la pérennité et du modèle économique de votre structure. Dans un centre comme le nôtre, vous devez chercher l'équilibre budgétaire, sans quoi vous fermez ».

Responsable administrative,
Centre de santé coopératif de Rupois,
novembre 2022

La complexité et la fragilité des budgets de fonctionnement des CDS, organisations à but non lucratif soumises aux variations

des subventions, *a fortiori* pour ceux de droit privé, sont un premier élément d'explication de leur implication dans Peps.

Quels CDS dans Peps ?

Dans la première moitié de l'année 2019, 11 CDS (9 municipaux, 1 coopératif, 1 associatif) ont pris part à la rédaction du Cahier des charges de l'expérimentation, publié en juin 2019. Ils font partie de la première vague de structures expérimentatrices (JORF, 3 juillet 2019). En 2020, 5 nouveaux CDS (3 associatifs, dont 1 devenu coopératif depuis, 1 municipal, 1 communal) entrent dans l'expérimentation, formant la deuxième vague d'inclusion de CDS (JORF, 12 janvier 2020).

Les CDS qui participent à l'expérimentation Peps le font au titre de leur « patientèle totale » et non d'un segment (diabétiques, personnes âgées). Ils dépassent largement les prérequis de Peps en termes de taille des équipes et de volume de la patientèle.

| | Effectif... | | |
|-----------------|---------------------------|----------------|---|
| | de médecins généralistes* | d'infirmières* | moyen des patients pris en charge dans Peps |
| CDS municipaux | 9 à 19 | 5 à 8 | 6 805 |
| CDS coopératifs | 7 à 8 | 1 | 3 297 |
| CDS associatifs | 5 à 7 | 1 à 2 | 2 469 |

Données 2020, *décompte en personnes actives (stagiaires externes exclus pour les médecins)

Ces 16 CDS expérimentant Peps ont en commun d'être des structures à but non lucratif (une autre expérimentation, Primordial, a été lancée un an après Peps, en 2020, spécifiquement pour les CDS privés à but lucratif³ que le groupe Ramsay projette d'ouvrir dans les prochaines années). Ces 16 CDS, aux modes de gestion et d'organisation différenciés, reflètent l'hétérogénéité du modèle CDS. Ils sont gérés par des collectivités territoriales (11 CDS municipaux), par des associations à but non lucratif (3 CDS associatifs), et par des sociétés coopératives d'intérêt collectif (2 CDS coopératifs). 12 d'entre eux se situent en Île-de-France, une concentration spatiale qui reflète la forte proportion de CDS municipaux parmi les expérimentateurs. Cette sur-représentation des CDS municipaux parmi les expérimentateurs éclaire la motivation non exclusivement économique à

³ « Arrêté du 21 octobre 2020, relatif à l'expérimentation Primordial », JORF, 31 octobre 2020, p. 35.

l'engagement dans Peps : les CDS municipaux ont en effet une pression économique moindre que les associatifs, du fait des subventions d'équilibre ; ils sont pourtant plus nombreux à s'engager dans Peps. Si l'engagement dans Peps comme dans d'autres expérimentations « de l'article 51 » – telles qu'Incitation pour une prise en charge partagée (Ipep) pour 3 groupements de CDS (2 municipaux, 1 coopératif) ou Structures d'exercice coordonné participatives (SecPa) pour 3 CDS associatifs et un coopératif – découle de la nécessité de trouver des financements pour stabiliser le modèle économique des CDS, *a fortiori* pour les CDS associatifs ou coopératifs, pour tous c'est la sortie du paiement à l'acte et la volonté de faire reconnaître le modèle pluriprofessionnel, médico-social, à la fois curatif et préventif des CDS dans l'organisation des soins, qui motivent l'entrée dans l'expérimentation.

Ces sources de financement sont ainsi perçues comme des « leviers puissants » pour « faire bouger le modèle biomédical » (ancien directeur médical, centre de santé coopératif de Rupois, mai 2022).

L'engagement dans l'expérimentation Peps repose sur...

Le nombre de CDS expérimentant Peps reste inchangé à ce jour, alors que celui des MSP a continuellement diminué depuis le début de l'expérimentation. Des conditions organisationnelles et les trajectoires des porteurs de projet expliquent cet engagement au long cours.

... des conditions organisationnelles

Le succès de l'enrôlement des CDS dans Peps tient pour partie au fait que les professionnels qui y sont salariés sont habitués au financement collectif, ce fonctionnement précédant l'expérimentation – à la différence de celui des structures libérales comme les MSP. Les CDS emploient des professionnels rompus à la recherche de financement et à leur suivi comptable (responsables administratifs et financiers en CDS municipaux, coordinateurs et coordinatrices en CDS associatifs, directrices en CDS coopératifs), qui ont l'expérience requise pour répondre à des appels à projets et parfois un temps de travail dédié à cette tâche. Parce que les médecins en CDS sont déjà salariés de la structure, la

répartition de l'argent de Peps entre professionnels ne fait pas l'objet de discussion : directement versé dans le budget de fonctionnement de la structure, il ne constitue pas une ressource dont les médecins décident de l'allocation comme en MSP (Morize *et al.*, 2021). En outre, l'adhésion des médecins de CDS municipaux à l'expérimentation Peps s'explique historiquement, étant de longue date payés « à la fonction » pour leur activité globale et non à l'acte :

« Par nature les centres de santé, par rapport aux autres, défendent le paiement à la fonction. C'est-à-dire que nous, on emploie des médecins, donc leur rémunération n'est pas liée à l'acte ».

Directeur,
CDS municipal de Bonnard,
novembre 2021

En CDS municipaux, les responsables administratives se chargent de répondre aux appels à projets et en effectuent le suivi comptable. Dans les structures coopératives, ce sont aussi les directrices administratives qui assument ces tâches. Dans les CDS associatifs, ce travail de gestion budgétaire est essentiellement endossé par les coordinateurs du centre. La majorité d'entre eux a une formation en gestion de projet, y compris sur le volet financier, pas nécessairement dans le secteur médico-social.

À côté d'une expertise labellisée par un diplôme ou une expérience dans le monde associatif, ces compétences de recherche et de réponse à des appels à projet se construisent aussi « sur le tas », à l'entrée dans le métier, en parallèle d'autres activités de travail :

« S'il y a des fonds à aller chercher, j'irai les chercher. Il faut que je les trouve. Moi, je fais de la veille financière, je suis abonnée de partout, sur le Conseil régional ... Après, c'est pareil, tout ça c'est un temps de suivi aussi. Cela peut être un poste à temps plein, en fait, d'aller rechercher des financements, de suivre, d'évaluer ».

Responsable administrative,
Centre de santé municipal de Bonnard,
février 2022

... des socialisations familiales, professionnelles ou militantes

L'engagement dans les expérimentations a aussi partie liée avec les trajectoires des porteurs de l'expérimentation (origines familiales, trajectoire professionnelle, expériences militantes). Un trait commun aux trois types de CDS est le rapport ancien à l'engagement des porteurs de l'ex-

périmentation. Cependant, la nature de leurs engagements varie selon leurs socialisations familiales et professionnelles. Sur ce plan, les porteurs des CDS municipaux et coopératifs se distinguent de ceux des CDS associatifs.

La direction des CDS municipaux et coopératif est soit unique (un médecin généraliste), soit bicéphale (avec un professionnel administratif). Lors des échanges avec les équipes nationales en charge de l'expérimentation Peps, les directeurs médicaux des CDS municipaux sont les porte-paroles de leur structure, et au-delà, du segment salarié de la profession. Les origines sociales de ces directeurs éclairent leur choix d'exercer une « médecine sociale » : certains d'entre eux sont enfants d'employés et d'ouvriers, d'autres ont été socialisés professionnellement dans des territoires précarisés. Les socialisations professionnelle, spatiale et politique de ces médecins déterminent également leur vision de la médecine en termes d'accès aux soins, voire d'inégalités sociales de santé. La plupart d'entre eux témoignent d'un rejet du poids de la hiérarchie et des cadences de l'hôpital, malgré un attrait pour le service public de santé et pour l'exercice salarié. La plupart indiquent également être engagés dans des activités de représentation professionnelle (au sein de la Fédération nationale des centres de santé-FNCS ou de l'Union syndicale des médecins des centres de santé-USMCS) ; une minorité occupe également des positions dans l'administration locale de la santé (directeur de la santé), ce qui concorde avec les profils des médecins en MSP engagés dans Peps, qui sont multi-positionnés et engagés syndicalement (Morize *et al.*, 2021).

Les CDS associatifs fonctionnent en auto-gestion ; les équipes sont rodées au travail collectif, qui leur vaut d'être régulièrement qualifiées d'« organisations matures » par l'équipe nationale en charge de l'expérimentation Peps. Lors des échanges avec celle-ci, les coordinateurs des centres associatifs rendent compte et débattent de la mise en œuvre de l'expérimentation, parfois en binôme avec une personne en charge de l'accueil. Aucun porte-parole des CDS associatifs n'est médecin – même si plusieurs ont fait une partie du cursus de médecine dans une première phase de leurs études. Leurs origines sociales les situent plutôt dans les classes moyennes, voire supérieures (parents fonctionnaires ou cadres supérieurs du secteur privé). Ils

et elles n'ont pas d'engagement syndical ni partisan, mais ont eu des expériences dans l'humanitaire, dans des associations d'éducation populaire ou encore dans des mouvements féministes. Cet engagement joue un rôle central dans l'implication de ces professionnels dans la création ou l'animation de CDS associatifs, tous implantés en quartiers populaires ; il est lié à une conception du travail de soin perçu comme une mission de service au public et un moyen de lutter contre les inégalités sociales de santé dans ces quartiers défavorisés.

La ressource Peps : combien, pour quoi faire et pour qui ?

Le financement Peps rejoint les autres sources de financement dont disposent les établissements, et ceux-ci sont libres de l'utiliser comme ils le souhaitent. Le périmètre des actes substitués dans Peps représente entre 21 et 28 % des ressources directes en CDS associatifs, entre 20 et 30 % en CDS municipaux. Ce financement est substitutif à l'acte, il augmente peu le budget des CDS. La ressource Peps apparaît ainsi comme une condition nécessaire, mais non suffisante, à la viabilisation économique de ces derniers.

La rémunération Peps ne modifie pas le fonctionnement des CDS quant au circuit de discussion et de décision concernant l'allocation des moyens. Ces choix varient selon le projet de santé et l'organisation des centres.

Cette rémunération rend compte de la différenciation du fonctionnement entre MSP et CDS : là où 3 des 4 MSP expérimentatrices en 2021 n'atteignent pas le plafonnement imposé par le passage de l'acte au forfait (lequel ne doit pas excéder plus de 15 % de ce que les structures percevaient au titre de la rémunération à l'acte), les 16 CDS l'ont tous atteint. Cette différence s'explique par les modulations (pauvreté, ALD...) qui tirent le forfait à la hausse par rapport à la simple moyenne des actes. Parmi les CDS expérimentateurs, le « bonus » versé en 2021 au titre de l'année 2020⁴ laisse transparaître ces

4 Ce bonus correspond à la différence entre le montant que les structures expérimentatrices auraient touché en 2020 avec une rémunération à l'acte et celui qu'elles ont touché avec une rémunération au forfait.

caractéristiques de la patientèle. Sur l'ensemble des CDS engagés dans l'expérimentation, seul un CDS municipal ne perçoit rien au titre de la modulation à la pauvreté, le taux de pauvreté à l'échelle de la ville concernée (13 %) étant inférieur à ce qu'il est à l'échelle nationale (13,9 %). La moitié des CDS expérimentateurs perçoit le plafond de la modulation du forfait suivant le taux de pauvreté (20 %), ce qui n'est le cas d'aucune des MSP engagées dans l'expérimentation. Ce poids de la modulation à la pauvreté dessine en creux la répartition spatiale des CDS, implantés dans des territoires défavorisés.

La rémunération Peps rend également compte de la fidélisation différenciée de la patientèle selon les types de CDS (publics/privés à but non lucratif). Au titre du « bonus » pour l'année 2020, versé en septembre 2021, les centres municipaux ont perçu, selon les structures, entre 60 et 85 euros par patient-médecin traitant pour des actes de médecine générale et des actes infirmiers, là où les centres associatifs ont perçu entre 97 et 153 euros par patient, du fait notamment d'un taux de fidélisation en médecine générale supérieur (entre 75 et 80 % en CDS municipal, entre 84 et 93 % en CDS associatifs, les centres coopératifs occupant une position intermédiaire).

Mais les effets de l'expérimentation d'un financement collectif au forfait ne sont pas seulement financiers. Ils s'observent sur le travail des équipes de soins primaires en CDS, en particulier entre postes d'accueil et professionnels de santé.

Déléguer des tâches et valoriser l'accueil...

En CDS, le travail en commun et la délégation du travail médical vers les infirmières existent de plus longue date qu'en MSP. La rémunération Peps non seulement tend à viabiliser et pérenniser ce modèle, mais permet aussi de modifier et de formaliser d'autres tâches, comme celles de l'accueil.

La mise en place de l'expérimentation implique un travail nécessaire d'identification des patients car le calcul du forfait par patient ne s'appuie que sur ceux dont le CDS est médecin traitant, ce qui accroît dans un premier temps le travail administratif de l'accueil. Ce travail est moindre dans les CDS associatifs que dans les autres types de centres : la patientèle-médecin traitant des premiers

constitue tendanciellement une part plus importante de la patientèle totale. Plus récents que les CDS municipaux et majoritairement situés en QPV, dont 86 % ne disposaient d'aucune structure de soins de premier recours en 2019 (ANRU, 2021, p. 20), les CDS associatifs fidélisent rapidement leur patientèle.

Dans un second temps, une fois que chaque structure a effectué le codage Peps pour la patientèle-médecin traitant sur les logiciels des centres, l'expérimentation entraîne une modification du travail de l'accueil en CDS : le gain de temps que permet la codification unique Peps est utilisé à l'accueil à des fins de prise en charge sociale et de coordination des soins, dans les CDS municipaux comme associatifs.

« Au niveau de la facturation, il n'y a presque plus rien donc forcément quand tu mettais 2 minutes à faire une facturation, tu mets 20 secondes (...). Avec le patient surtout ! Tu gagnes du temps pour répondre au téléphone, tu as moins la pression. Tout ce que cela a dégagé comme temps au niveau de l'accueil, en fait, c'est vrai que maintenant, on a beaucoup travaillé sur tout ce que l'on pourrait faire en plus ».

Responsable de l'accueil,
CDS associatif L'Espace Santé-Belle Île,
juillet 2022

Cette reconfiguration du travail à l'accueil est aussi une transformation du travail de l'accueil, qui accroît le rôle et les tâches des personnes en charge de cette fonction et décharge les médecins d'une partie de leurs tâches non strictement médicales.

« Ce qu'ils appellent les assistants médicaux, eh bien finalement, il y a un peu de cela dans ce que l'on fait aujourd'hui. Sans le côté médical (...). Finalement, c'est ce que l'on a développé nous aussi avec Peps. On aide les gens, on les accueille, (...) on est plus vigilant sur les droits des gens. (...) Donc là, c'est vrai que l'on fait beaucoup de choses que l'on ne faisait pas avant : des bons de transport pour soulager les médecins, on aide les gens à prendre rendez-vous, on fait de la coordination quand même avec les patients, de la coordination parcours. (...) Je pense que l'on a soulagé un peu les médecins de certaines tâches ».

Responsable de l'accueil,
CDS associatif L'Espace Santé-Belle Île,
juillet 2022

La patientèle des CDS à but non lucratif se caractérise par sa précarité (Afrite, Mousquès, 2011), en particulier pour les CDS implantés en quartiers populaires – qu'il s'agisse de centres municipaux ou associatifs, dont plusieurs recrutent pour l'accueil des personnes issues du quartier, socialement proches des usagers – le travail de l'accueil joue un grand rôle dans

REPÈRES

Ce travail s'ancre dans le volet sociologique du programme d'Évaluation des expérimentations de financements alternatifs à l'acte dans le cadre de l'article 51 (Era2). Financé par l'Assurance maladie, son objectif est d'évaluer les conditions, les effets et les usages de l'introduction d'alternatives au paiement à l'acte, tant sur l'organisation des soins primaires en France que sur les pratiques des professionnels. Plusieurs publications sont déjà parues à l'Irdes sur le sujet dont les *Questions d'économie de la santé* n° 261, 262, 273 et 275.

l'accès aux droits sociaux et la continuité des soins, qui améliorent la qualité de la prise en charge et l'efficacité des soins.

... pour libérer du temps médical et améliorer la continuité et la qualité des soins

Le temps de travail des médecins salariés en CDS comprend des tâches non curatives (médiation, adressage, recours à des interprètes) qui prennent du temps par rapport à d'autres, curatives, mieux identifiées et plus standardisées (prescription d'examen, d'ordonnance).

« Parce que tous les actes en fait de la journée ne sont pas découpés : [...] on fait de l'accompagnement, [...] on fait de la médiation ».

Médecin généraliste directeur,
CDS municipal de Bonnart,
novembre 2021

Les CDS sont ouverts à tout public (le code de la santé publique en encadre le fonctionnement en ces termes). La patientèle y est souvent plus précaire qu'ailleurs, moins francophone qu'ailleurs, et cumule souvent plusieurs pathologies. Ces caractéristiques expliquent que le temps de consultation soit généralement plus long en CDS qu'en exercice libéral individuel ou dans le privé lucratif, qui peut sélectionner la patientèle (Albouy, Déprez, 2009).

Pour faire face à ces besoins de santé spécifiques, dans les CDS associatifs, la durée des consultations a été fixée à 20 minutes (hors créneau d'urgence). Dans certains CDS municipaux, l'expérimentation Peps permet d'allonger le temps de consultation des médecins généralistes de 15 à 20 minutes. Selon ces médecins, cet allongement des consultations a pour objectif de mieux soigner les patients, c'est-à-dire de stabiliser leur état de santé pour qu'ils consultent moins à l'avenir – cette obser-

vation pourra être testée à plus grande échelle dans le volet quantitatif de l'étude, pour l'année 2023. En parallèle, un de ces CDS municipaux augmente sa latitude en termes d'horaires d'ouverture, en créant une permanence des soins la nuit : l'amélioration des soins s'accompagne ainsi d'une augmentation de l'offre de santé.

La mise en œuvre de l'expérimentation Peps a eu pour effet de provoquer des discussions, au sein des équipes des CDS, sur l'usage de la rémunération collective versée aux structures, en particulier sur la place du temps médical. Pour certains CDS, l'usage de la rémunération au forfait prend la forme d'une alternative entre augmenter la durée de consultation et décharger le « temps médical » de ce qui peut, dans le travail de soin, n'être pas du ressort des médecins. Ce faisant, les médecins ne se trouvent plus nécessairement en position aussi centrale dans la coordination des parcours de soins.

« Au lieu d'être sur un modèle assistants médicaux qui est très prôné aujourd'hui c'est-à-dire juste les médecins, on va leur enlever leur temps administratif parce (...) qu'il faut qu'ils fassent de la médecine, nous, on a essayé (...) de permettre à des gens à l'accueil d'être des vrais coordinateurs de parcours de soins de patients. On gagne en qualité et ce n'est pas seulement un transfert de charges, en fait. (...) Aujourd'hui, on a des accueillants qui sont reconnus par des patients comme leur accueillant référent, à qui ils peuvent venir poser des questions, ce qui est souvent beaucoup plus simple que de choper le médecin qui est derrière son bureau de consultations alors que les accueillants, par définition, sont souvent à l'accueil. Voilà ! »

Coordinateur,
CDS associatif L'Île en santé,
mars 2022

Dans les déserts médicaux, les équipes des CDS se saisissent de Peps pour améliorer la coordination des soins, outre l'accueil, *via* la délégation médicale vers les infirmières qui « montent en compétences », notamment les Infirmières de pratique avancée (IPA). Ce mouvement s'accompagne d'une plus grande continuité des soins : la permanence de nuit mise en place par un CDS municipal décharge les urgences hospitalières ; et d'une amélioration de la prise en charge. L'objectif opérationnel de Peps d'améliorer l'accès aux soins, en particulier en zone sous-dense, en libérant du temps médical grâce au travail de coopération et en augmentant la taille de la file active, apparaît ici atteint.

Faire reconnaître des activités hors consultations

Au-delà des reconfigurations de la division des tâches entre groupes professionnels, l'expérimentation entraîne aussi un sur-travail pour faire reconnaître des activités parties prenantes du travail de soin, mais jusque-là « non nomenclaturées » dans la tarification à l'acte (ateliers collectifs de prévention, adressage vers des médecins spécialistes, etc.). L'expérimentation est ainsi un moyen pour les CDS de faire valoir une conception du soin qui ne se réduit pas au travail des médecins. Elle permet de formaliser, de valoriser symboliquement et de viabiliser financièrement des actes qui, s'ils existaient déjà, ne faisaient pas l'objet d'une cotation – ni donc d'une rémunération – avant sa mise en place. Que tous les actes effectués ne soient pas cotés explique que les consultations en CDS n'apparaissent pas comme « productives » par rapport aux structures libérales.

« L'idée, c'est des activités dites "nouvelles" mais qui ne sont pas nouvelles et sur lesquelles on peut s'appuyer, on peut se mettre aussi en ordre de marche pour mieux organiser ça, et puis on peut l'affirmer, alors que jusque-là on [était] quand même en négatif assez constante, parce que nous on a une gouvernance qui est quand même attentive à la dépense ».

Médecin généraliste directeur,
CDS municipal de Bonnart,
novembre 2021

Sur cette base, l'expérimentation aboutit à un surcroît de travail de cotation, pour les CDS « expérimentateurs », soucieux de faire reconnaître le travail préventif auxquels ils se livrent.

« Dans les activités nouvelles, [...] on s'est dit : "On va enfin pouvoir faire remonter tout ce que l'on fait !". Donc, on a fait plus de 2 000 saisies, (...) avant que je comprenne et que je dise : "Non, non, les gars, arrêtez ! En fait, ce n'est pas cela qu'ils veulent !" (Rires) (...) ils ne veulent pas que l'on saisisse tout parce qu'ils ne voient pas ce qui est nouveau. C'est toujours sur ce truc de décalage : d'être un Centre de santé où l'on fonctionne déjà comme cela. L'impact, il est certes positif, mais sur la partie "Qu'est-ce qui va s'en déga-ger ?", on a plus envie de faire du lobbying ».

Coordinateur,
CDS associatif La Maison en santé,
octobre 2021

L'espace de discussion que constituent les moments d'échanges avec les équipes de la Cnam et de la DSS en charge de l'expérimentation sur la mise en œuvre et les ajustements de celle-ci au fil du temps met ainsi au jour la tribune que représente

cette expérimentation pour des CDS soucieux de valoriser leur(s) modèle(s).

Un modèle innovant d'organisation des soins : les CDS comme ajusteurs de la réforme

Peps est l'occasion de rendre visibles et légitimes les actes que les médecins salariés dans des zones précarisées effectuent en consultation. Faire « remonter » à l'équipe nationale projet (ENP) ces pratiques non nomenclaturées, ces actes jusqu'alors non rémunérés, est un moyen de les valoriser économiquement comme symboliquement :

« Peps, moi, quand je l'ai présenté [à l'équipe], j'ai dit : "On va essayer de valoriser toute la partie d'actes qui n'est pas encore nomenclaturée chez nous !" ».

Directeur,
CDS municipal de Charmandy,
Janvier 2023

Au-delà des enjeux économiques, c'est aussi et plus largement une conception innovante du travail de soin qui est valorisée :

« Cela correspondait déjà à une manière que l'on avait de faire, de ne pas considérer que la consultation médicale, c'était la seule manière de soigner les gens. Et du coup, c'était aussi une forme de reconnaissance de (...) cette manière que l'on avait déjà de faire ».

Coordinatrice,
CDS associatif L'Île en santé,
mars 2022

Les arbitrages sur le modèle économique Peps lors de la co-construction

Durant la période de « co-construction » de Peps, durant laquelle 11 des 16 CDS ont commencé à expérimenter la rémunération au forfait, des échanges réguliers entre équipes en charge du projet à l'échelle nationale et représentants des structures engagées dans l'expérimentation visent à améliorer le modèle économique.

L'ENP cherche à comprendre certains « effets inexplicables » du modèle économique de Peps. Le calcul semble en effet mieux rémunérer les structures qui se trouvent dans des territoires marqués par la précarité, ce qui ne signifie pas nécessairement que l'ensemble de la patientèle qui y est prise en charge soit précaire. Pour l'ENP, l'expérimentation ne doit pas être pensée en fonction du territoire car le

modèle a pour objectif d'être généralisé à la France entière, et non adapté aux « particularismes géographiques » ; il a vocation à s'appliquer y compris à des structures à but lucratif dont la patientèle ne serait pas nécessairement précaire. Les membres de l'ENP cherchent donc à pondérer ce qu'ils considèrent comme une « survalorisation » financière de certains forfaits, en vue d'éviter un éventuel effet d'opportunisme qu'un territoire plus « rémunérateur » pourrait engendrer lors de la généralisation du forfait ; là où les équipes des CDS cherchent à faire reconnaître les enjeux de leur travail dans des territoires précarisés.

Elles décrivent les contraintes territoriales qui pèsent sur leur exercice, comme le manque de spécialistes et les spécificités de la patientèle des CDS, constituée de personnes ayant souvent un moindre recours aux soins et, en conséquence, de multiples problèmes de santé qui se greffent sur des problématiques sociales. Comme l'exprime ce coordinateur :

« [On nous dit] "Vous êtes en dehors des courbes, mais si on enlève la majoration pauvreté, vous rentrez dans les courbes". C'est [...] complètement hors sol. Plus tu donnes des données précises, plus ça va rajouter de la complexité, plus on va l'évacuer. Ce qu'ils [les agents en charge de l'expérimentation] sous-estiment, c'est la précarité d'une population en France pour qui la question de la santé est juste primordiale. [...] Quand on voit les problèmes ici, le logement, le travail, les pathologies, mais c'est énorme [...]. Comment travaille-t-on à ce que ça rentre dans une équation ? »

Coordinateur,
CDS associatif La Maison en santé,
octobre 2021

Les référents de l'expérimentation Peps en CDS font état des effets des inégalités sociales de santé sur la morphologie sociale spécifique de leur patientèle, comme en témoigne ce directeur de la santé d'une ville de banlieue parisienne :

« On aimerait [...] voir l'effet de la classe d'âge, de la C2S [Complémentaire santé solidaire], des ALD [Affections longues durées]. [...] On sait là qu'il y a une sous-consommation en fonction des inégalités sociales de santé en médecine dite de spécialité d'organe. Il faudrait ajouter des spécialités : pédiatrie, gynéco... [dont le non-recours] expliquerait une surconsommation de médecine générale ».

Directeur de la santé,
CDS municipal de Jolyfont,
réunion d'« accélérateur » Peps,
février 2022

Ainsi, les équipes de CDS soulignent que la « vulnérabilité sociale » de leurs patients (directeur, CDS municipal de Dolorinsk), le non-recours aux soins ou encore les

« besoins de santé » (coordinateur, CDS associatif Ailleurs santé), sont des points aveugles de l'expérimentation Peps, irréductibles aux indicateurs que mobilise le modèle économique sur lequel celle-ci repose.

Après discussions, un compromis est trouvé, qui témoigne des formes d'hybridation réciproque des façons de penser et des manières de faire de l'équipe nationale et des équipes expérimentatrices. L'équipe nationale décide de mettre en place un « corridor », c'est-à-dire une limitation à la « survalorisation » du modèle qui serait engendrée par le taux de pauvreté élevé des territoires des CDS. Ce « corridor » doit limiter les effets inattendus du modèle économique – rémunérer trop ou trop peu les structures de soins – en fixant un plafond qui limite la rémunération Peps, et un plancher qui assure un financement minimal.

Peps, une arène de discussions sur ce que soigner veut dire

Ces discussions ont révélé différentes conceptions du soin, qui ont évolué au fil des échanges. Si le choix du « corridor » est présenté comme motivé par des enjeux pratiques (maîtriser les effets inattendus du modèle, éviter les effets d'aubaine), il met au jour un point de friction et un sens différencié donné à la portée de l'expérimentation. Pour l'ENP, l'enjeu de Peps est de construire un modèle économique qui permette d'établir une rémunération « substitutive » au paiement à l'acte, qui restitue *au plus près* le financement que les professionnels auraient reçus s'ils étaient payés à l'acte. Cet objectif est contraint par un impératif budgétaire – expérimenter à moyens constants – et par un cadre égalitaire : proposer un modèle économique de forfait qui traite *tous* les territoires de la même façon (en renvoyant les spécificités à d'éventuels ajustements dérogatoires).

À travers les arbitrages autour du modèle économique se jouent en réalité des visions de la santé avec lesquelles composent l'ENP et les porte-paroles des CDS. Au début des arbitrages, dans un contexte et une contrainte de réforme à moyens constants, la Cnam et la DSS n'envisageaient pas que le montant du forfait, pensé comme « substitutif », puisse différer du montant global des actes. Qui plus est, l'objectif de départ visait à rémunérer des actions *initiées* par l'expérimentation. Pour les CDS engagés dans l'expérimentation, ce nou-

veau mode de rémunération vise à régulariser une situation : financer les « actes non nomenclaturés », qui *auraient* dû être rémunérés et qui ne l'étaient pas (encore) dans le système de paiement à l'acte. Pour les CDS expérimentateurs, le financement Peps ne se *substitue* pas au paiement à l'acte qui lui précédait, mais vise à lui être supérieur. Cet objectif de revalorisation de l'activité des CDS témoigne d'une conception du travail de soin attentive aux déterminants sociaux de santé.

Dans le domaine de la santé comme ailleurs, le fonctionnement par expérimentation modifie peu les opinions des acteurs concernant une réforme, mais il peut les conduire à modifier leurs argumentaires (Arrignon, 2019). Au fur et à mesure des réunions bilatérales et plus encore plénières avec l'ensemble des structures engagées dans l'expérimentation, celles-ci et les membres de l'ENP s'accrochent réciproquement à l'enjeu de ce que doit rémunérer Peps. Un consensus émerge concernant les activités « non nomenclaturées » qui, sans être entièrement « nouvelles », peuvent légitimement être rémunérées par Peps, dans la mesure où celles-ci correspondent aux objectifs d'une rémunération collective des activités qui améliorent la prise en charge. Si cet objectif est une incitation pour les MSP, il est une légitimation pour les CDS.

* * *

Peps est un exemple parmi d'autres (Arrignon, 2019) des limites des leviers économiques pour initier ou modifier profondément des pratiques, ici professionnelles. Néanmoins, l'expérimentation a eu des effets inattendus et bienvenus dans des équipes de soins primaires convaincues de l'intérêt de la démarche, qui s'en sont saisies pour faire « remonter du terrain » les obstacles à des soins de qualité pour tous. Avec leur organisation du travail en collectif, leur mission d'intérêt général et leur implantation en déserts médicaux ou QPV, les CDS répondent à l'objectif opérationnel de Peps d'améliorer l'accès aux soins, en particulier en zone sous-dense, en libérant du temps médical grâce au travail de coopération pluriprofessionnelle et en augmentant la taille de la file active, la continuité et la qualité des soins, à démographie médicale constante.

Reste que le passage au forfait apparaît comme une condition nécessaire mais non suffisante pour solvabiliser et pérenniser

le modèle des CDS, en particulier à but non lucratif. Les modalités de sa généralisation seront donc déterminantes pour l'avenir du système de santé. En effet, dans le contexte de désertification médicale et d'augmentation des inégalités sociales de santé, plus forte en France qu'ailleurs en Europe (Bérut *et al.*, 2023), l'un des enjeux

de la généralisation du forfait est de tenir compte de la précarité d'un territoire et de la valoriser financièrement dans le modèle, tout en prévenant les effets d'aubaine et les risques de sélection de la patientèle par des structures de soins non tenues à la prise en charge de tout public. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousquès J. (2011). « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 165.
- Albouy V., Déprez M. (2009). « Mode de rémunération des médecins ». *Économie & Prévision*, vol. 188, n° 2.
- ANRU (2021). « La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain ». *Les Carnets de l'innovation*.
- Arrignon M. (2019). « De l'expérimentation sociale en politique ou la preuve par les chiffres. Le cas de la réforme du Revenu de solidarité active ». *Revue d'anthropologie des connaissances*, 13/4.
- Bérut T., Vianney Costemalle V., Hazo J.B., Troy L., Vilain A. (2023). « Les inégalités sociales en matière de santé sont un peu plus marquées en France qu'en Europe ». *Insee Références*, p. 67-76.
- Carini-Belloni B. (2022). *Dynamiques professionnelles et spatiales de l'offre de soins primaires. Étude sociologique des centres de santé en France (19e-21e siècles)*, thèse de doctorat en sociologie, Université Paris 13.
- Dixte C., Vergier N. (2022). « Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017 ». *Drees, Études et résultats*, n° 1 223.
- Igas (2007). *Rapport sur les centres de santé*.
- Igas (2013). *Le centre de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*.
- Igas (2020). *Modèle économique des centres et maisons de santé participatifs*.
- Igas (2022). *Dispositif de certification périodique créé par l'Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 : état des lieux financier*.
- Joubert L. (2023). *Les médecins de ville en centre de santé. Salarisation d'une profession libérale*, thèse de doctorat en sociologie, École des hautes études en sciences sociales.
- JO, 3 juillet 2019. « Arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019 ».
- JO, 12 janvier 2020. « Arrêté du 7 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 19 juin 2019 relatif à l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville et fixant la liste des structures autorisées à participer à l'expérimentation à partir de 2019 ».
- Morize N., Bourgeois I., Fournier C. (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 261.
- Morize N., Schlegel V. (2023). « Les usages des financements expérimentaux lpep et Peps dans cinq maisons de santé pluriprofessionnelles. Vers une redéfinition des frontières professionnelles vers la division du travail de soin ? ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n° 275.
- Pitti L. (2021). « Le renouveau d'une utopie ? Lutter contre les inégalités sociales de santé en médecine générale : les métamorphoses de la médecine sociale dans les quartiers populaires en France, des années 1970 à aujourd'hui ». *Revue française des affaires sociales*, n° 3.
- Pitti L. (2023). *Politiser le travail. Condition de subalterne dans la France (post)impériale, santé au travail, médecine sociale*, Université Paris-Saclay.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
21-23 rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud •
Éditrice : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek • **Relecteurs** : Cécile Fournier, Paul Dourgnon •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec •
Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) •
Dépôt légal : Janvier 2024 • **Diffusion** : Rouguiyatou Ndoye • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).