

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)

Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2
sur l'expérimentation de Paiement
en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)
inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement
de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

Anissa Afrite, *Irdes* • Isabelle Bourgeois, *Irdes*, *Icone Médiation Santé*
Damien Bricard, *Irdes* • Matthieu Cassou, *Irdes*
Guillaume Chevillard, *Irdes* • Fabien Daniel, *Irdes*
Cécile Fournier, *Irdes* • Carine Franc, *Cesp-Inserm*, *Irdes*
Stéphanie Guillaume, *Irdes* • Julia Legrand, *Irdes*, *Cresppa-GTM*
Véronique Lucas-Gabrielli, *Irdes* • Noémie Morize, *Sciences Po*, *CSO*, *Irdes*
Julien Mousquès, *Irdes*, *EHESP* • Laure Pitti, *Cresppa-CSU*, *Paris 8*, *Irdes*
Vincent Schlegel, *Irdes*

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)

Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

Anissa Afrite	Data Scientist, CR, <i>Irdes</i>
Isabelle Bourgeois	Sociologue, PhD, <i>Irdes</i> , <i>Icone Médiation Santé</i>
Damien Bricard	Économiste, PhD, <i>Irdes</i>
Matthieu Cassou	Économiste, PhD, <i>Irdes</i>
Guillaume Chevillard	Géographe, PhD, <i>Irdes</i>
Fabien Daniel	Gestionnaire de bases de données, <i>Irdes</i>
Cécile Fournier	Sociologue, PhD et Médecin de santé publique, MD, <i>Irdes</i>
Carine Franc	Économiste, PhD-HDR, CR, <i>Cesp-Inserm</i> , <i>Irdes</i>
Stéphanie Guillaume	Ingénieure d'enquête, <i>Irdes</i>
Julia Legrand	Sociologue, PhD, <i>Irdes</i> , <i>Cresppe-GTM</i>
Véronique Lucas-Gabrielli	Géographe, PhD, <i>Irdes</i>
Noémie Morize	Sociologue, PhD, <i>Sciences Po</i> , <i>CSO</i> , <i>Irdes</i>
Julien Mousquès	Économiste, PhD, <i>Irdes</i> , <i>EHESP</i>
Laure Pitti	Sociologue, PhD-HDR, MCF, <i>Cresppe-CSU</i> , <i>Paris 8</i> , <i>Irdes</i>
Vincent Schlegel	Sociologue, PhD, <i>Irdes</i>

ISBN papier : 978-2-87812-631-0 / ISBN PDF : 978-2-87812-630-3

Les reproductions de textes, graphiques ou tableaux sont autorisées
à condition de mentionner la source et le(s) auteur(s).

Sommaire

Préambule	7
1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps	9
1.1. Principes, modèle et objectifs de l'expérimentation Peps	9
1.1.1. Les objectifs de l'expérimentation Peps.....	10
1.1.2. Les principes de l'expérimentation Peps	10
1.1.3. Le pilotage de l'expérimentation Peps	11
1.1.4. Les expérimentateurs de Peps.....	12
1.2. Chronologie complète de l'expérimentation Peps (2017-2024)	14
2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Peps ?	15
2.1. Objectifs de l'évaluation	15
2.2. Schéma général de l'évaluation de l'expérimentation Peps.....	16
2.3. Méthodologie et terrains d'enquête	19
2.3.1. Recherche sociologique qualitative compréhensive	19
2.3.2. Étude qualitative-quantitative l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efop) ..	22
• Objectifs et champ de l'enquête	22
• Procédure de diffusion et partenariats.....	22
• Contenu du questionnaire	22
• Bilan du terrain	23
• Schéma d'analyse	23
2.3.3. Évaluations quantitatives d'impact.....	23
3. Le modèle économique Peps, ses attendus théoriques et ses évolutions.....	25
3.1. Contexte	25
3.2. Les attendus théoriques du modèle Peps.....	28
3.3. Description du modèle Peps	31
3.4. Les évolutions du modèle Peps.....	33
3.4.1. La mise en œuvre du forfait Peps seulement sur les actes des médecins généralistes	34
3.4.2. La mise en place de Peps pour une seule catégorie de patientèle (patientèle totale).....	34
3.4.3. L'ajustement du forfait selon les territoires.....	35
3.5. Peps en quelques chiffres	36

4.	Résultats de l'enquête sociologique sur la mise en œuvre de l'expérimentation Peps	37
	<i>Préambule.....</i>	<i>37</i>
4.1.	Qui participe à l'expérimentation Peps ?	37
4.1.1.	Qui sont les structures (candidates et) sélectionnées ?	37
	• <i>Au fil des phases de sélection successives : des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) espérées, des Centres de santé (CDS) acceptés dans l'expérimentation.....</i>	<i>38</i>
	• <i>Les profils des MSP impliquées dans Peps</i>	<i>39</i>
	• <i>Les profils des CDS impliqués dans Peps.....</i>	<i>42</i>
4.1.2.	Quelles logiques d'engagement et de désengagement dans l'expérimentation Peps ?	43
	• <i>Les MSP, cible première des expérimentations.....</i>	<i>44</i>
	• <i>Le désengagement de la majorité des MSP du forfait Peps</i>	<i>45</i>
	• <i>Les CDS, des expérimentateurs inattendus : usages pratiques et politiques de l'expérimentation.....</i>	<i>47</i>
4.2.	Pratiques locales et appropriations du paiement forfaitaire.....	49
	<i>Préambule.....</i>	<i>49</i>
4.2.1.	Des évolutions en matière de division du travail et de coopération entre médecins et infirmières (et d'autres professionnelles paramédicales ou extra-médicales)	51
	• <i>Dans les MSP, une coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières salariées.....</i>	<i>51</i>
	• <i>En CDS, un renforcement des délégations de tâches entre médecins et infirmières salariées et des coopérations entre médecins et personnels d'accueil.....</i>	<i>52</i>
4.2.2.	Le travail de l'accueil... et de l'accompagnement des patients	54
	• <i>Dans les MSP, une évolution des tâches confiées aux secrétaires médicales.....</i>	<i>54</i>
	• <i>En CDS, une délégation de tâches et une valorisation des missions d'accueil ..</i>	<i>54</i>
4.2.3.	Quelles évolutions des pratiques médicales ?	55
	• <i>En MSP, un travail médical plus adaptable aux besoins des patients et des médecins généralistes</i>	<i>56</i>
	• <i>En CDS, une reconnaissance de la dimension non strictement curative du travail des médecins.....</i>	<i>57</i>
4.2.4.	Quelles modalités de partage des rémunérations ?	59
	• <i>Dans les MSP, une amélioration des conditions de travail et une pérennité du statut libéral</i>	<i>59</i>
	• <i>En CDS, des budgets majorés par le forfait, des modalités inchangées de partage des rémunérations.....</i>	<i>60</i>
4.2.5.	Des rapports différenciés à l'expérimentation Peps et au modèle économique	61
	• <i>Dans les MSP qui restent, un forfait très valorisé</i>	<i>61</i>
	• <i>Les CDS comme ajusteurs de la réforme</i>	<i>62</i>
5.	Premiers enseignements de l'enquête Efop CDS	65
5.1.	Quelles caractéristiques des CDS Peps dans Efop ?.....	65
5.1.1.	Des structures plus anciennes participant aussi à d'autres expérimentations...	66
5.1.2.	Taille et composition des structures	66

5.2.	Quelles actions et utilisations des ressources dans le cadre de Peps ?	68
5.2.1.	Thématiques des actions des CDS dans Peps	68
5.2.2.	Ressources financières et utilisation des financements (Peps et autres ressources)	69
5.3.	Quelles spécificités des CDS Peps sur une sélection de thématiques ?	70
5.3.1.	Accessibilité aux soins, paniers de soins et services	70
	• Téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés	71
	• Actions de promotion de la santé ou de prévention	71
	• Protocoles et activités auprès des patients	72
5.3.2.	Coordination entre les professionnels du CDS	72
	• Outils de coordination ou de coopération	73
	• Réunions et échanges des professionnels de santé	74
	• Des réunions, pour les professions de santé, surtout composées de médecins généralistes et d'infirmiers	75
5.3.3.	Collaboration avec les services et institutions du territoire	76
	• Implication dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	76
	• Collaboration externe avec les services et institutions environnantes	76
	• Une collaboration plus structurée avec l'hôpital, mais des retours d'information moins systématiques	78
5.3.4.	Fonction et périmètre d'activité des professionnels	78
	• Rôle et fonctions du secrétariat et de l'accueil	79
	• Rôle et fonctions des infirmières	80
6.	Premiers éléments de synthèse, analyses croisées	83
6.1.	Une mise à l'épreuve du modèle durant son déploiement	83
6.2.	Ce que le profil des structures expérimentatrices éclaire	84
6.3.	Des changements de pratiques et de conditions de travail	85
6.4.	Retour sur les attendus théoriques du modèle et les analyses quantitatives à venir	87
7.	Publications / valorisation	91
8.	Bibliographie	93
	Annexes	103
Annexe 1	Liste des indicateurs de qualité mentionnés dans le cahier des charges Peps	103
Annexe 2	Statistiques descriptives détaillées de l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires dans les Centres de santé (Efop CDS)	105

Préambule

Les expérimentations entrant dans le cadre de l'article 51 créé en 2017 par la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, telle que l'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Paiement en équipe de professionnels de santé-Peps), incluent une évaluation systématique (article L. 162-31-1 du code de la Sécurité sociale). L'évaluation constitue l'un des éléments de l'aide à la décision des pouvoirs publics en vue des décisions prises relativement à la poursuite, l'arrêt ou l'entrée des expérimentations dans le droit commun et si tel est le cas sous quelle forme.

L'évaluation de Peps a été confiée à l'Irdes, en charge de constituer une équipe d'évaluation en collaboration avec d'autres partenaires académiques et d'en assurer la mise en œuvre et la valorisation des résultats. L'Irdes collabore sur cette évaluation avec des chercheurs du Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), de Sciences Po et du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris « Cultures et sociétés urbaines » (Cresppa CSU-Université Paris 8) ainsi que de la société Icone Médiation Santé.

La gouvernance de l'évaluation est propre à celle de l'article 51 (Comité technique de l'innovation en santé, comité opérationnel et comité de suivi) et complétée d'un volet spécifique, avec un comité de suivi piloté par les porteurs institutionnels de l'expérimentation, direction ministérielle et Assurance maladie (Direction de la Sécurité sociale-DSS, Caisse nationale de l'Assurance maladie-Cnam pour Peps), et une cellule d'évaluation pilotée par la Cnam. L'avancée dans la mise en œuvre de l'évaluation comme les résultats intermédiaires et finaux ont été présentés dans ces différents comités.

Le protocole d'évaluation a fait l'objet de présentations au sein des instances de la gouvernance de l'évaluation en décembre 2019. La mise en œuvre de l'évaluation s'appuie sur des travaux de méthodes et de disciplines variées. Les travaux s'appuyant sur une approche sociologique, mobilisant des données qualitatives, ont pu être mis en œuvre selon le calendrier initial. Les analyses exploratoires à partir d'enquêtes systématiques et déclaratives auprès des expérimentateurs et de structures auxquelles nous pouvons les comparer ont connu un déploiement plus tardif que prévu initialement. Ceci en raison de difficulté d'accès à des données de registre et de contact permettant une diffusion de l'enquête effective et efficace. Enfin, les analyses d'impact à partir de *designs* quasi expérimentaux et de données du Système national des données de santé (SNDS) connaissent une mise en œuvre très tardive au regard du calendrier initial, et ce en raison d'un accès aux données du SNDS et hors SNDS qui n'a été effectif qu'à partir de février 2024 sous le régime d'une sous-traitance avec l'Assurance maladie.

Pour toutes ces raisons, ce document constitue le volet 1 du rapport d'évaluation : il rassemble des résultats consolidés en ce qui concerne l'évaluation sociologique qualitative (propriétés et logiques d'engagement des équipes dans l'expérimentation Peps, pratiques professionnelles locales et appropriations du modèle économique), et des résultats descriptifs en ce qui concerne l'exploitation des données d'enquête déclarative auprès des structures expérimentatrices (caractérisation des structures expérimentatrices et de leurs pratiques, en regard de structures comparables). L'analyse des données du SNDS est en cours et figurera dans un volet 2 du rapport d'évaluation. Des analyses mixtes pourront être conduites une fois toutes les données disponibles.

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Le ministère de la Santé a défini un dispositif, dans le cadre de « l'article 51 », créé en 2017 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui offre la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogeant aux règles tarifaires de droit commun pour une période maximale de cinq ans. L'enjeu est de faire émerger des organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, avec pour objectif de « concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins »¹. Un Fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss) a ainsi été établi, piloté par une gouvernance spécifique. Différents types d'expérimentations sont prévus : des expérimentations dites ministérielles d'une part, menées par le ministère de la Santé, une Agence régionale de santé (ARS), ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et des expérimentations dites à l'initiative des acteurs de terrain d'autre part, proposées par des établissements ou des professionnels de santé et pilotées par les ARS (plus de 120 expérimentations ont été initiées à ce jour²). À la mi-mars 2024, deux expérimentations ont été généralisées et neuf expérimentations bénéficient d'une période transitoire³ permettant l'adaptation des dispositifs de droit commun pour une transposition de ces expérimentations.

Dans le contexte de ce dispositif de « l'article 51 », le ministère des Solidarités et de la Santé (DSS, Direction générale de l'offre de soins-DGOS) et la Cnam) avaient conjointement, dès le printemps 2018, lancé trois Appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour soutenir trois expérimentations à l'échelle nationale. L'évaluation de Peps a été confiée à l'Irdes, chargé de constituer une équipe d'évaluation en collaboration avec d'autres partenaires académiques.

1.1. Principes, modèle et objectifs de l'expérimentation Peps

Le ministère chargé de la Santé et la Cnam ont lancé, le 3 juillet 2019, l'expérimentation Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps). Cette expérimentation avait fait l'objet d'un travail de co-construction entre septembre 2018 et mars 2019. Les travaux de co-construction ont été menés à travers des échanges réguliers entre l'Équipe nationale projet (ENP) et un peu plus d'une trentaine de représentants sélectionnés dans le cadre de l'AMI) lancé à cet effet. Ces derniers ont pu apporter leurs avis, propositions et expertises sur ce projet pour finalement permettre la publication du cahier des charges de Peps, en annexe de l'arrêté du 19 juin 2019⁴.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/evaluation-des-experimentations-dinnovation-en-sante-article-51>

² <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>. Pour l'atlas actualisé des expérimentations : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/atlas_51_-_version_juin_2023.pdf

³ Liste des expérimentations bénéficiant d'une période transitoire en attendant leur intégration dans le droit commun : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/innovation-periode-transitoire-post-experimentation>

⁴ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentations-en-cours>
https://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/07/PEPS_cahier_des_charges.pdf

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

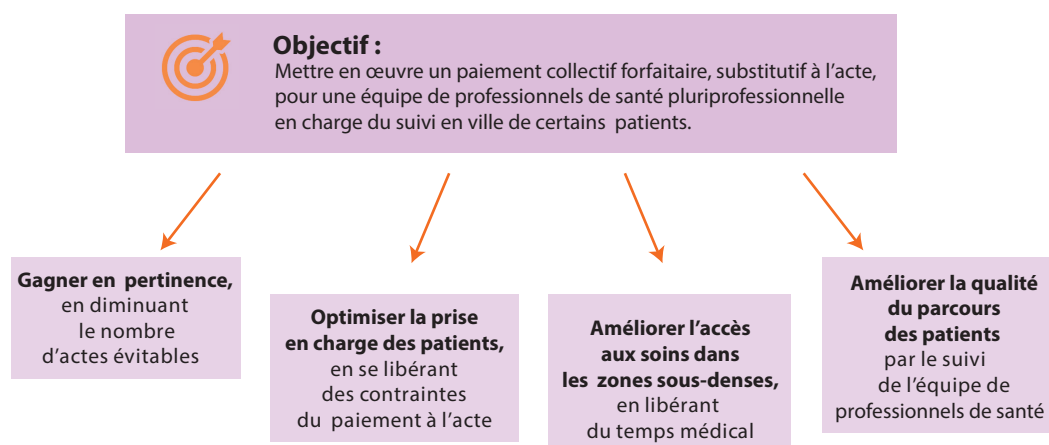
Irdes - décembre 2024

L'objectif initial de cette expérimentation nationale est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, en substitution du paiement à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe. Ce paiement collectif forfaitaire, appelé « rémunération Peps », est prévu pour être versé à une structure juridique associée à l'équipe volontaire en contrepartie des soins concernés par le champ de l'expérimentation.

1.1.1. Les objectifs de l'expérimentation Peps

L'ambition première de l'expérimentation Peps est de décroiser la prise en charge des patients, d'optimiser les parcours de santé et d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge en finançant notamment les activités hors nomenclature correspondant aux activités hors panier de soins remboursables (schéma 1). L'idée est ainsi d'accroître l'efficacité des dépenses et d'améliorer l'accès aux soins. Elle vise également à améliorer les conditions de travail des professionnels en favorisant entre autres le travail pluriprofessionnel, plus particulièrement entre les médecins généralistes (MG) et les infirmières (IDE).

Schéma 1 Objectifs de l'expérimentation Peps



Source : Extrait de la présentation de l'équipe nationale aux expérimentateurs Peps, 15/01/2020 (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

1.1.2. Les principes de l'expérimentation Peps

Cette expérimentation, comme l'ensemble des dispositifs expérimentés dans le cadre de « l'article 51 », s'appuie sur un mode de financement dérogatoire aux modes de tarification de droit commun en introduisant des paiements substitutifs à la rémunération à l'acte pour les activités et la patientèle entrant dans le champ de Peps.

Ainsi, le projet Peps vise à expérimenter des paiements au forfait pour certaines sous-populations de patients, selon le choix des équipes (les patients diabétiques, les patients âgés de plus de 65 ans ou l'ensemble des patients suivis). L'expérimentation se concrétise d'abord, pour la structure expérimentatrice, par des incitations financières sous la forme de crédits d'amorçage selon la taille de la patientèle, puis prend la forme d'une substitution partielle de la rémunération à l'acte par une rémunération forfaitaire, d'abord dans un modèle rétrospectif, puis prospectif.

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

Dans le projet initial, la rémunération substitutive par forfait devait s'appliquer à l'équipe, dite « équipe cœur » (Médecin généraliste-MG et Infirmière diplômée d'état-IDE), pour les sous-populations choisies, et pour un périmètre d'actes défini. Le forfait Peps, caractérisant la base de la rémunération Peps, est calculé selon les caractéristiques des « patients Peps » et modulé selon le niveau d'activité présent et passé et selon la qualité observée. Dans le projet initial, la qualité est prévue pour notamment être évaluée, entre autres, à partir du recueil de l'expérience des patients. Ce volet de l'expérimentation a pris beaucoup de retard dans sa mise en œuvre, de sorte que l'essentiel de la prise en compte de la qualité s'est traduit par l'intégration dans le calcul d'une modulation à une « présomption de qualité ».

Les modalités concernant l'équipe Peps, la rémunération et son versement sont récapitulés dans le schéma 2.

Schéma 2 Principes de l'expérimentation Peps

L'équipe PEPS
• Au moins 5 professionnels de santé volontaires travaillant au sein d'une MSP ou d'un CDS. • Une équipe pluriprofessionnelle : au minimum 2 médecins généralistes – volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire – et au moins 1 infirmier (Asalée, IPA y compris). <i>Les professionnels de santé des équipes candidates peuvent entrer ou sortir de l'expérimentation à tout moment, tant que les conditions d'éligibilité sont bien respectées (au moins 5 professionnels de santé dans l'équipe, dont 1 infirmier et 2 médecins généralistes).</i> Asalée : Action de santé libérale en équipe. IPA : Infirmière de pratique avancée.
La rémunération PEPS
La rémunération PEPS est substitutive pour la patientèle médecin traitant sur un périmètre d'actes (<i>actes cliniques : consultations, visites...</i>). Le forfait rémunère l'activité de l'équipe selon le profil et le nombre de patients médecin traitant et les caractéristiques de la structure Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].
Versement
La rémunération est versée à la structure (SISA ou CDS) pour l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle participante sous forme de 4 avances trimestrielles et du versement d'un solde. Les membres de l'équipe sont libres dans l'utilisation et la répartition de la rémunération qui en est faite. Sisa : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Source : Extrait de la présentation de l'expérimentation Peps aux syndicats le 17/01/2024 (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

La mise en œuvre de Peps s'est matérialisée par un accompagnement individualisé des structures du point de vue juridique et institutionnel, ainsi que par un ensemble d'incitations financières comprenant des crédits d'amorçage.

1.1.3. Le pilotage de l'expérimentation Peps

L'expérimentation Peps a été pilotée par une équipe nationale d'environ six membres, entre la DSS au ministère de la Santé et la Cnam. Cette « équipe nationale projet » (ENP) est assistée par un cabinet de conseil en charge de la maîtrise d'ouvrage (rédaction de comptes-rendus, organisation des réunions, suivi du pilotage, etc.) et de l'animation de sessions de conseil avec les professionnels de santé, et entre 2019 et 2023 par des membres de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) qui organisent des « groupes de travail » avec les professionnels de santé sur des thématiques ciblées, qui rédigent des rapports de « retours

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

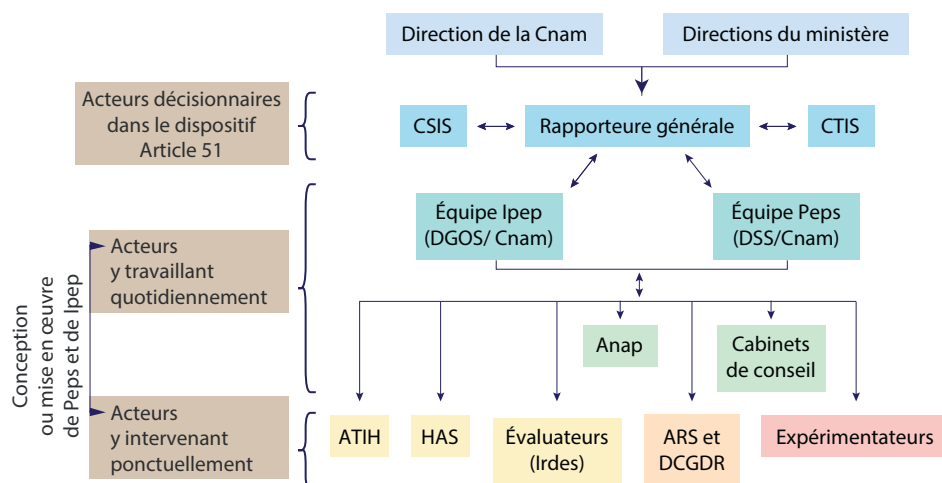
d'expériences » visant à comprendre les freins et les leviers au déploiement local de l'expérimentation, et enfin participent à mettre en place des outils de gestion visant à aider les professionnels de santé dans la mise en œuvre expérimentale.

En plus de ces acteurs qui contribuent au pilotage de manière hebdomadaire, d'autres acteurs sont impliqués dans la conception des modèles économiques. La Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) contribuent à élaborer les indicateurs de qualité.

Par ailleurs, les décisions sont prises par plusieurs instances, partagées entre le ministère de la Santé et l'Assurance maladie : l'équipe de la rapporteure générale, le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS), le Conseil scientifique de l'innovation en santé (CSIS) (Morize et al., 2021).

Enfin, des agents en région des ARS et des Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), affiliées à l'Assurance maladie, participent au suivi des expérimentations et aux réunions organisées par les équipes nationales (schéma 3). Elles conservent cependant un rôle discret dans la mise en œuvre de cette expérimentation nationale (Bourgeois et al., 2021).

Schéma 3 Acteurs impliqués dans le dispositif de l'article 51 et dans la mise en place de Peps et lpep*



Anap : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

ARS : Agence régionale de santé. ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Cnam : Caisse nationale de l'Assurance maladie. CSIS : Conseil stratégique de l'innovation en santé.

CTIS : Comité technique de l'innovation en santé. DCGDR : Direction de la coordination régionale de la gestion du risque.

DGOS : Direction générale de l'offre de soins. DSS : Direction de la Sécurité sociale.

lpep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Source : Morize et al., 2021.

1.1.4. Les expérimentateurs de Peps

Les structures expérimentatrices ont été sélectionnées par l'équipe nationale en deux vagues avec des caractéristiques « de taille » du fait des conditions d'éligibilité (au moins 5 professionnels de santé, dont 3 médecins généralistes et un(e) infirmier-ère) qui impliquent des structures déjà regroupées selon différents modèles d'organisation et de financement. Pour la vague 1 (juillet 2019), la liste des structures autorisées à participer à Peps (encadré 1)

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

illustre la volonté de l'équipe nationale à expérimenter le modèle sur des structures très diverses : Centres de santé (CDS), Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituées en *Société interprofessionnelle de soins ambulatoires* (Sisa). Les structures autorisées à participer pour la vague 2 (encadré 2) renforcent fortement la représentation des CDS.

ENCADRÉ 1

Les structures expérimentatrices de Peps (vague 1)

- Association santé communautaire en chantier
38130 Échirolles
- Pôle de santé des Allymes
01500 Amberieu en Bugey
- Sisa Mozart
79100 Mauzé-Thouarsais
- Sisa Danton
79100 Thouars
- SCP Gautier Chevalier Martin Lucquin
79200 Chatillon-Sur-Thouet
- MSP Caduceus
83500 La Seyne Sur Mer
- Pôle de santé du Sud-Ouest mayennais
53800 Renazé
- Pôle de santé du Nord-Ouest mayennais
53220 Montaudin
- Pôle de santé du Pays de Mayenne
53100 Mayenne
- Pôle de santé de Meslay-du-Maine / Grez-en-Bouère
53170 Meslay-du-Maine
- Sisa Atrium
14123 Ifs
- Centre national de santé Richerand,
75010 Paris
- CDS Maurice Thorez
92000 Nanterre
- CDS municipal Du Parc
92000 Nanterre
- CDS municipal Gennevilliers
92230 Gennevilliers
- CDS municipal Daniel Timsit
92230 Gennevilliers
- CDS médico-social municipal Tenine
92240 Malakoff
- CDS municipal Henri Barbusse
92240 Malakoff
- CDS médico-dentaire Salvador Allende
93120 La Courneuve
- CDS municipal Maurice Tenine
94500 Champigny-sur-Marne
- CDS municipal Pierre Rouques
94500 Champigny-sur-Marne

Source : Annexe III du Journal officiel de la République française (3 juillet 2019 ; Texte 9 sur 128).

ENCADRÉ 2

Les structures expérimentatrices de Peps (vague 2)

- Sisa Collectif Santé
33880 Saint-Caprais-de-Bordeaux
- CDS communal Simone Veil
72400 La Ferté-Bernard
- CDS Participatif Le Château en Santé
13015 Marseille
- CDS La case de santé
31000 Toulouse
- CDS municipal Docteur Pesqué
93300 Aubervilliers
- CDS ACSBE La place santé
93200 Saint-Denis

Source : Annexe I du Journal officiel de la République française (12 janvier 2020 ; Texte 12 sur 57).

CDS : Centre de santé.

SCP : Société civile professionnelle.

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle.

Sisa : Société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

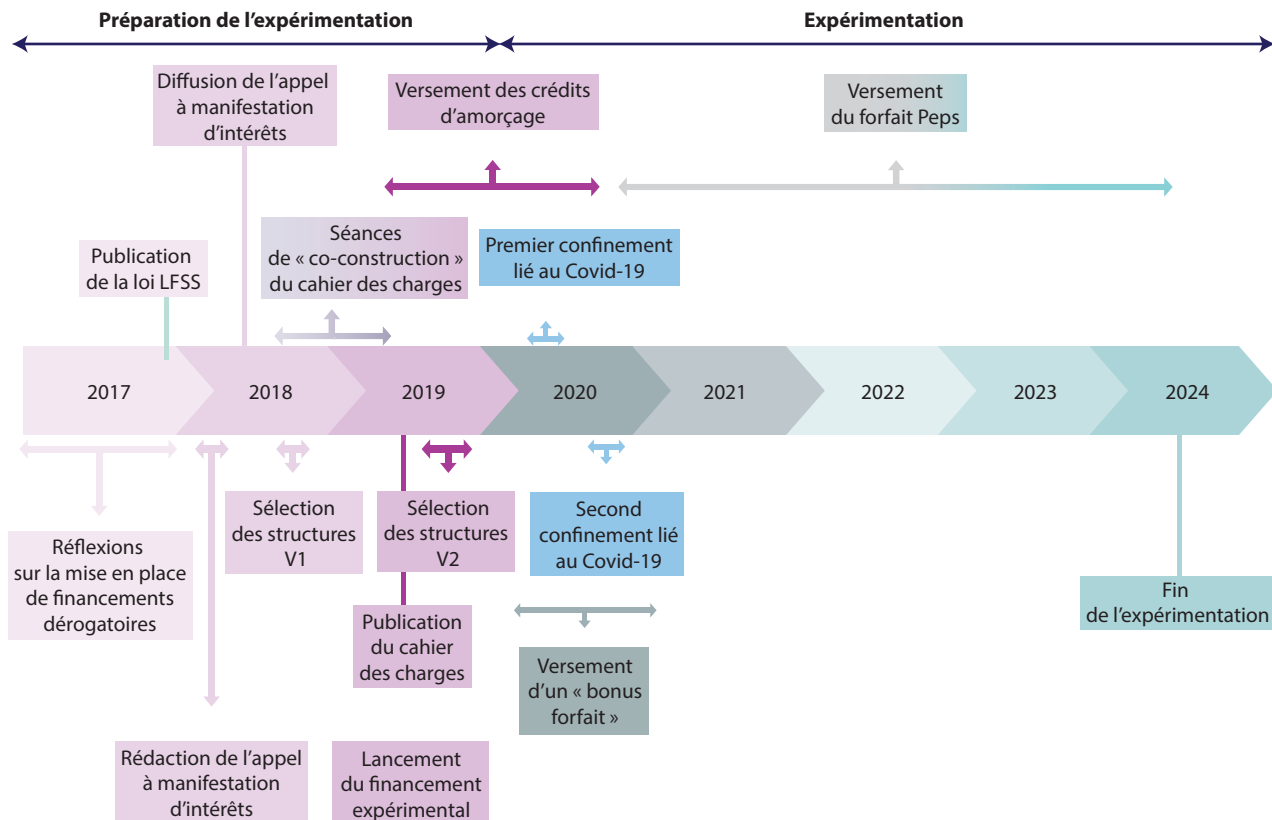
1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

1.2. Chronologie complète de l'expérimentation Peps (2017-2024)

La chronologie complète de l'expérimentation est représentée sur le schéma 4.

Schéma 4 Chronologie de l'expérimentation Peps



LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale.

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Source : Morize, 2024.

Une première phase de préparation de l'expérimentation s'étend de 2017 à 2019. Elle comprend la réflexion sur la mise en place de financements dérogatoires, la publication de la Loi permettant la mise en place du cadre expérimental, la rédaction et la diffusion d'un appel à manifestation d'intérêt, la sélection de structures participant à des séances de co-construction du cahier des charges de l'expérimentation, puis la publication de ce cahier des charges et enfin deux vagues de sélection des organisations participantes.

L'expérimentation elle-même s'étend de mi 2019 à mi 2024. Au cours de la première année de chaque vague, les structures participantes reçoivent des crédits d'amorçage, puis à partir de 2021, le forfait Peps.

Cette représentation schématique montre que la pandémie de Covid-19 est intervenue au début de la mise en œuvre de l'expérimentation, non sans effets sur son déploiement, ce dont l'évaluation tient compte.

2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Peps ?

2.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation de Peps, toujours en cours de réalisation, est mise en œuvre par des chercheurs de l'Irdes, du CESP-Inserm, de l'Université de Paris 8, de Sciences Po, dans le cadre d'un programme de recherche dénommé *ERA2* (Évaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte). L'expérimentation Peps est une expérimentation co-construite, avec une dimension exploratoire et complexe. Dans le cadre de Peps, même si les sites expérimentateurs ont des environnements différents et des motivations diverses, ils ont en commun, une antériorité dans leur historique de travail ensemble. Ce constat s'est confirmé dans l'analyse des profils des expérimentateurs décrits comme des professionnels de l'expérimentation dans Peps, interrogeant *de facto* la généralisation et la « répliquabilité » de ce type d'expérimentation. (Schlegel, 2022⁵). Il n'empêche, que la trajectoire même d'une telle expérimentation, avec sa phase de co-construction, est incertaine (Lascoumes et Le Galès, 2012). C'est pourquoi, notre démarche évaluative s'est appuyée sur une démarche formative ou de développement, d'une part, et compréhensive, d'autre part, en s'intéressant tout autant au contexte de sa mise en œuvre qu'à sa mise en œuvre en elle-même et à ses effets.

La démarche évaluative a été formative ou « de développement » (Patton, 2010) en ce sens que l'équipe d'évaluation a eu, comme cela a été le cas dès la phase de co-construction, des échanges réguliers avec les sites expérimentateurs, les promoteurs et l'équipe nationale. Ces échanges ont permis de prendre en considération les enjeux des différents acteurs, de la nature même de la démarche expérimentale, de sa construction progressive, et pour les acteurs, promoteurs et expérimentateurs, de bénéficier de la démarche évaluative et des résultats intermédiaires afin d'adapter et modifier le dispositif. Ces échanges et restitutions faites à l'équipe nationale comme aux expérimentateurs ont permis de renforcer la validité externe des enseignements intermédiaires puis permettront également d'affiner les enseignements finaux qui seront tirés *in fine* de la démarche évaluative.

La démarche de recherche évaluative est « compréhensive » dans le sens que lui donnent à la fois les sociologues (Weber, 1922) et des chercheurs dans le domaine de la santé publique (Contandriopoulos *et al.*, 2010 ; Brousselle *et al.*, 2011). Pour les premiers, il s'agit de partir du point de vue des acteurs, de leur expérience et du sens qu'ils donnent à leurs pratiques. Pour les seconds, il s'agit de mesurer ce qui a été produit par l'intervention, mais aussi de comprendre comment et pourquoi. Cela conduit notamment à tenter d'analyser les relations de causalité existantes entre les différentes composantes de l'expérimentation Peps, à analyser pour chacun la pertinence entre les objectifs globaux et les problèmes identifiés en termes de changement(s) organisationnel(s) ; la cohérence entre les objectifs opérationnels et spécifiques de chaque structure et les ressources mobilisées ; l'efficacité au regard des résultats observés et des objectifs inscrits dans le cahier des charges ; ou encore l'efficacité au regard des réalisations et des ressources mobilisées.

⁵ <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.html>

L'évaluation a donc été pensée sur la base d'une méthode mixte (Curry et Nunez-Smith, 2015 ; Contandriopoulos *et al.* 2015) associant plusieurs registres et démarches de recherche évaluative, mobilisant les disciplines de la géographie, de la sociologie et de l'économie (Brousselle *et al.*, 2011 ; Bergeron et Hassenteufel, 2018 ; Bozio, 2014) afin de :

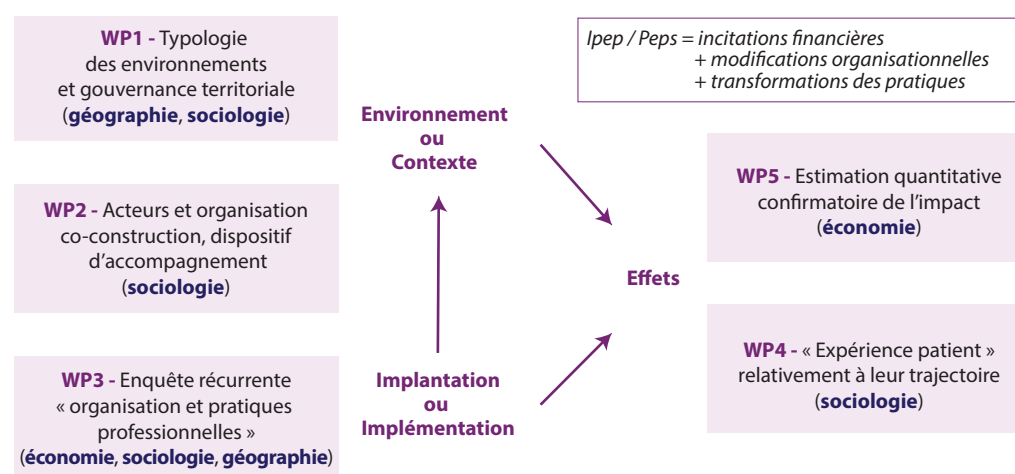
- Appréhender les enjeux auxquels les expérimentations répondent (enjeux stratégiques) et les contextes au sein desquels les MSP et CDS s'inscrivent (enjeux contextuels) ;
- Décrire les pratiques professionnelles, les organisations et leur fonctionnement (structure, processus) et les transformations à l'œuvre, les modes d'engagement des acteurs, les interactions et les usages des dispositifs par les acteurs (implantation) ;
- Qualifier les moyens mis en œuvre et les mécanismes causaux à l'œuvre en lien avec l'expérimentation ou non (analyse logique) ;
- Mesurer les impacts (effets).

2.2. Schéma général de l'évaluation de l'expérimentation Peps

Afin de répondre à ces objectifs, le programme de recherche associe plusieurs types d'approches, récapitulées dans le schéma 5 :

- Des démarches qualitatives compréhensives (fondées sur des observations et entretiens avec les acteurs depuis la phase de co-construction et d'élaboration du cahier des charges jusqu'au déploiement de l'expérimentation sur plusieurs années, et des démarches quantitatives exploratoires (enquêtes auprès des MSP et CDS par questionnaire) ont été conduites dans un premier temps (*workpackages* 1, 2 et 3). Leurs résultats, dont certains pourront encore être affinés, sont présentés dans ce rapport.
- Des démarches quantitatives confirmatoires sont en cours à partir de données médico-administratives (SNDS) et de données constituées dans le cadre de l'expérimentation (plateforme, enquêtes expérience des patients, enquêtes auprès des groupements ou professionnels de santé) relatives aux patients-assurés-bénéficiaires et aux professionnels de santé (*workpackages* 4 et 5). Elles seront présentées dans un second rapport.

Schéma 5 Design général de l'évaluation faisant apparaître les disciplines contributives



WP : Workpackage.

lpep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Les enjeux de l'évaluation sont ainsi relatifs à l'analyse des différents types d'impacts de ces expérimentations (en termes de pratiques, d'organisation, de qualité, de coûts, etc.) et aux enseignements qui pourront être tirés en matière de reproductibilité, d'extension, voire de généralisation (ou changement d'échelle). Les enjeux ont été et restent aussi techniques, en ce sens que de nombreuses caractéristiques propres à l'expérimentation Peps ainsi qu'à sa mise en œuvre ont conditionné au fil de la phase de construction, de l'entrée et sortie d'expérimentateurs, de la mise en œuvre d'expérimentations plus ou moins complémentaires (Secpa), le design des opérations de recherche et de l'évaluation que nous avons menées.

L'évaluation doit globalement prendre en compte des biais de participation inhérents au caractère volontaire de l'expérimentation, sachant que celui-ci s'accompagne généralement d'une auto-sélection de structures engagées dans des expérimentations par le passé ou bénéficiant d'autres dispositifs en parallèle (Accord conventionnel interprofessionnel-ACI, Action de santé libérale en équipe-Asalée, etc.). Ensuite, l'évaluation a dû prendre en considération la logique adaptative de l'expérimentation, avec par exemple le retard de « bascule » de certains expérimentateurs dans la rémunération Peps, la sortie de la majorité des MSP, les modifications des modalités de calcul du forfait Peps, le rétrécissement de l'ambition de la mesure de la qualité avec le retard pris dans le recueil de l'expérience patient, etc. Ces éléments constituent le caractère exploratoire de l'évaluation auquel s'ajoute un degré de complexité important lié à des modifications conjointes des organisations et des modes de rémunération.

Enfin, la pandémie de Covid-19 a eu des conséquences importantes, tant sur la capacité des structures Peps sur le terrain à mettre en œuvre leurs actions que pour le modèle en lui-même dans la possibilité de calculer les forfaits avec les décalages temporels initialement prévus. Des travaux initialement non prévus ont été menés pour comprendre l'adaptabilité des structures à ces situations extrêmes (réalisation d'entretiens supplémentaires par les membres de l'équipe d'évaluation avec les équipes expérimentatrices et de l'équipe nationale, observation des temps d'échanges dédiés lors des réunions de l'équipe nationale avec les expérimentateurs, analyse des retours d'expérience orchestrés par l'Anap, etc.).

Plusieurs ajustements ont été apportés au protocole d'évaluation soumis en 2019 :

• **Workpackage 1. Analyse de l'implantation des structures expérimentatrices et de la gouvernance territoriale (approches géographique et sociologique)**

Il s'agissait dans cette première étape de notre programme de recherche de caractériser les sites participant à Peps ainsi que leurs territoires d'implantation afin d'être en mesure, par la suite, de construire des territoires « témoins » ou de sélectionner des structures « témoins » dans des territoires similaires aux participants à l'expérimentation afin de documenter son impact.

Les premiers mois de l'expérimentation ont été marqués par une crise sociale importante (« les Gilets jaunes ») puis par la crise sanitaire de la Covid 19. Nous avons décidé de reporter cette analyse des territoires et des contextes socioéconomiques pour nous concentrer, dans ces périodes particulières, sur l'analyse de la gouvernance territoriale des structures engagées dans Peps. L'idée était d'étudier dans quelle mesure les acteurs du territoire avaient contribué à favoriser son émergence, dans ces circonstances particulières, et comment l'expérimentation avait pu elle-même contribuer aux dynamiques locales de réponse à l'épidémie. Pour cela, des entretiens ont été menés avec les professionnels des groupements impliqués dans l'expérimentation, avec les chargés de mission des ARS (siège régional et délégations territoriales) et de l'Assurance maladie (Caisses primaires d'assurance maladie-Cpam et Direction de la coordination de la gestion du risque-DCGDR), ainsi qu'avec les autres acteurs impliqués. Couplée à l'analyse d'autres structures de soins primaires impliquées dans la réponse à l'épidémie, cette analyse a donné lieu à une première publication (Fournier *et al.*, 2021).

• **Workpackage 2. Acteurs et organisation, co-construction et dispositif d'accompagnement**

Il s'agissait d'étudier, d'une part, les négociations entre les pouvoirs publics et les groupements expérimentateurs autour de la construction des expérimentations et de leur évaluation, et de documenter le dispositif d'accompagnement mis en place, au niveau national, régional et local, ainsi que son évolution au fil du temps.

L'enquête a été menée comme prévu et a donné lieu à deux publications, analysant conjointement les deux expérimentations nationales, Expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée Ipep et Peps : (Morize *et al.*, 2021 ; Bourgeois *et al.*, 2021)

- La première publication (Morize *et al.*, 2021), intitulée « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé », décrit la manière dont les équipes du ministère en charge de la santé et de la Cnam pilotent l'expérimentation, en articulant deux objectifs : composer avec les enjeux des différents acteurs du dispositif afin d'expérimenter ensemble, tout en créant des dispositifs généralisables que le plus grand nombre pourra s'approprier et qui seront adaptés aux contraintes du système de santé.
- La seconde publication (Bourgeois *et al.*, 2021), intitulée « Accompagner le renouvellement de l'action publique en santé au niveau régional : des expérimentations nationales de l'article 51 qui apprennent à (dé)cadrer », s'est intéressée à la manière dont les acteurs régionaux, en particulier les ARS, se sont emparés de ces nouveaux dispositifs dont une partie avait été conçue à l'échelle nationale.

• **Workpackage 3. Mise en œuvre, organisation et usages par les professionnels**

Il s'agissait de répondre aux questions suivantes :

- Quelle organisation du travail de soin au sein des équipes des groupements engagés dans l'expérimentation : quelle gouvernance ? quelle évolution du partage des tâches, des frontières et des hiérarchies professionnelles ? Quels partages des rémunérations et des responsabilités entre les professionnels ?
- Ces questions se posent-elles différemment selon les types de groupements participant à l'expérimentation ?

Deux approches ont été mises en œuvre :

- Une enquête sociologique qualitative auprès d'un petit nombre de structures (voir ci-dessous pour la méthodologie précise),
- Une enquête par questionnaire adressée à l'ensemble des structures expérimentatrices ainsi qu'à des structures comparables ne participant pas aux expérimentations (voir ci-dessous pour la présentation de l'enquête Efop auprès des MSP et des CDS).

• **Workpackages 4 et 5. Impacts de l'expérimentation Peps sur l'activité des professionnels, l'accès, la qualité et la pertinence des soins et parcours**

En complément des analyses sociologiques qualitatives qui ont été menées auprès d'un petit nombre de structures et des enquêtes par questionnaire auprès des MSP et CDS, cherchant à comprendre les processus en cours au sein de l'expérimentation et les mécanismes sous-jacents à leurs effets, des analyses quantitatives confirmatoires s'intéresseront aux effets sur l'activité, le recours aux soins, la qualité et la pertinence des soins et parcours, ainsi que l'efficacité des organisations. La mesure des impacts s'appuiera sur des *designs* quasi-expérimentaux afin de contourner au mieux les contraintes méthodologiques à la mesure d'un effet causal dans les conditions de l'expérimentation Peps.

2.3. Méthodologie et terrains d'enquête

2.3.1. Recherche sociologique qualitative compréhensive

Une recherche sociologique qualitative a été menée entre septembre 2019 et février 2024, mobilisant plusieurs échelles d'enquête.

Cette recherche sociologique s'appuie sur une épistémologie compréhensive d'analyse des processus, qui repose sur une interprétation non linéaire des causalités, en prenant en compte les éléments de contexte dans l'analyse des effets de l'expérimentation (Delahais *et al.*, 2021). Cette approche, classique en analyse qualitative des politiques publiques (Revillard, 2023), permet de resituer les évolutions observées dans des dynamiques plus globales, en prenant ici en compte l'antériorité des transformations des soins primaires.

Un premier volet de l'enquête sociologique a concerné le niveau national, avec la réalisation d'une vingtaine d'entretiens semi-directifs avec les membres de l'équipe nationale et leurs partenaires⁶. Ces entretiens portaient sur leur parcours professionnel, leur travail, et leurs relations avec les différents acteurs impliqués dans l'élaboration et le pilotage des expérimentations. Ces entretiens ont été complétés par l'observation de nombreux comités de pilotages autour de l'expérimentation. Ce matériel a permis de comprendre en détail les enjeux inhérents à l'expérimentation, les évolutions du modèle économique et les attentes des membres de l'équipe nationale.

Ce rapport porte cependant plus précisément sur un second volet de l'enquête sociologique, qui concerne la mise en œuvre de l'expérimentation au sein des structures expérimentatrices. Ce second volet mobilise principalement trois types de matériaux : des observations lors d'événements au national ; des entretiens dits « porteurs » avec quelques individus clés par organisations ; et enfin des enquêtes « monographiques », qui consistent en l'exploration détaillée de quelques structures sélectionnées par entretiens semi-directifs répétés au fil du temps et par observations. Nous revenons sur chacune de ces modalités plus en détail ci-dessous. Dans ce rapport, l'ensemble des organisations et des individus ont été pseudonymisés afin de protéger les personnes rencontrées.

Premièrement, nous avons effectué un suivi régulier des diverses réunions organisées par l'équipe nationale et leurs partenaires : « séances plénières », « groupes de travail », « accélérateurs », « échanges bilatéraux », etc. Ces réunions réunissaient les membres de l'équipe nationale et les professionnels des structures expérimentatrices. Leur observation a permis d'obtenir des éléments descriptifs sur les différentes structures expérimentatrices, de mieux comprendre les logiques d'engagements des « porteurs », et de rendre compte des interactions entre les différents acteurs présents.

Deuxièmement, nous avons réalisé des entretiens plus spécifiquement avec des « porteurs » des structures expérimentatrices (tableau 1). Ces « porteurs » sont les professionnels qui se situent en première ligne des interactions avec l'équipe nationale, en répondant à l'appel à manifestation, en se rendant aux réunions ou encore en effectuant les remontées de documents demandés par l'équipe nationale. Ces entretiens portaient sur les trajectoires professionnelles et sociales des personnes, leurs conditions d'exercice actuelles, les logiques d'engagement dans l'expérimentation et la mise en œuvre de celle-ci **dans la structure**

⁶ Une trentaine d'entretiens, dont certains transversaux, ont été réalisés au total pour les deux expérimentations l'pep et Peps.

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Peps ?

Irdes - décembre 2024

Tableau 1 Entretiens réalisés avec les porteurs de projet

Type de structure	Total d'entretiens « porteurs »	Dont médecins	Dont infirmières	Dont personnels administratifs
Maisons de santé ayant expérimenté le forfait	5	4	1	0
Maisons de santé s'étant retirées de l'expérimentation	4	3	1	0
Centres de santé municipaux ou coopératifs	10	8		2
Centres de santé associatifs	6	1	0	5
Total	25	16	2	7

Source : Enquête sociologique Era2.

concernée. Dans certaines structures, plusieurs entretiens « porteurs » ont été réalisés lorsque ces tâches étaient divisées entre plusieurs personnes.

Ces entretiens ont également permis de revenir sur les logiques de « désengagement » de l'expérimentation, grâce à des entretiens avec des « porteurs » de MSP ayant renoncé à mettre en œuvre l'expérimentation Peps. Pour les équipes libérales, ces « porteurs » sont essentiellement des médecins généralistes libéraux. Pour les équipes de CDS, les porteurs sont également en majorité des médecins généralistes salariés, mais aussi des personnels administratifs (coordinatrices et coordinateurs salariés).

Ces entretiens ont été réalisés dans une vingtaine de structures ayant participé au processus expérimental, y compris dans certaines MSP s'en étant retirées à la suite de la co-construction (voir partie 4.1.2).

Troisièmement, nous avons réalisé des enquêtes monographiques détaillées dans neuf structures expérimentatrices. Ces enquêtes monographiques consistent en la passation d'entretiens avec un large nombre d'acteurs – au-delà des seuls médecins généralistes – afin de comprendre avec finesse le fonctionnement des différentes organisations, les relations entre groupes professionnels et la mise en œuvre de l'expérimentation. Ces enquêtes reposent principalement sur des entretiens semi-directifs avec les différents professionnels. Les entretiens portaient sur cinq thématiques principales, à savoir la trajectoire sociale et professionnelle de l'acteur ; son travail et ses conditions d'exercice ; le travail coopératif réalisé avec d'autres acteurs ; les représentations et pratiques en lien avec l'expérimentation ; et enfin, les représentations sur les modes de rémunération et l'usage des financements dans les structures expérimentatrices.

De plus, des observations sur site ont également été réalisées lorsque c'était possible, permettant d'assister à des réunions pluriprofessionnelles et d'observer le travail d'accueil des patients. Si possible, ces entretiens et observations ont été répétés de manière longitudinale, entre 2020 et 2023, afin de saisir des évolutions dans le temps dans la mise en œuvre du forfait et dans les relations entre professionnels. Ce dispositif d'enquête a été complété par un recueil de documents relatifs au fonctionnement interne et aux activités des structures expérimentatrices.

L'enquête par monographie est le cœur du volet qualitatif de ce rapport. Cette enquête par monographie n'est pas exhaustive – ni de l'ensemble des professionnels des structures ni de l'ensemble des structures expérimentatrices – et ne vise donc pas à quantifier les

phénomènes observés. En revanche, elle éclaire avec finesse les dynamiques en cours dans les structures expérimentatrices, au-delà du seul déploiement de Peps, afin de saisir **ce qui amène les acteurs à s'engager dans l'expérimentation et quelles transformations des soins primaires ils portent**.

Ces monographies ont permis de recueillir 96 entretiens (tableau 2).

Tableau 2 Monographies réalisées dans neuf structures expérimentatrices

Pseudonyme	Type de forfait mis en œuvre	Nombre total d'entretiens (certains répétés)	Groupes professionnels des acteurs rencontrés
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Cadières	Diabétique	5	Quatre médecins généralistes et une infirmière
MSP de Mazernard	Ensemble de la patientèle	21	Six médecins généralistes, trois infirmières salariées, une podologue, une pharmacienne, deux secrétaires salariées
MSP de Clézennes	Ensemble de la patientèle	13	Cinq médecins généralistes, une infirmière salariée, une coordinatrice salariée, deux secrétaires
Centre de santé (CDS) municipal de Jolyfont	Ensemble de la patientèle	21	Médecins généralistes, psychologues, agents d'accueil, infirmières, responsables administratifs et financiers, directeur de la santé de la ville, médiatrice ayant parfois un statut spécifique de « porteur » ou « référente » dans le cadre de l'expérimentation
CDS municipal de Bonnard	Ensemble de la patientèle		
CDS coopératif de Rupois	Ensemble de la patientèle		
CDS associatif de l'Île en santé	Ensemble de la patientèle	36	Accueillantes, coordinatrice de l'accueil, médiateurs de santé, coordinateurs médico-sociaux, coordinateurs-gestionnaires, directrice, conseillères conjugales et familiales, accompagnantes en soin social, assistantes sociales, infirmières, orthophonistes, kinésithérapeutes, médecins généralistes
CDS associatif de la Cité en santé	Ensemble de la patientèle		
CDS associatif de l'Espace santé-Belle Île	Ensemble de la patientèle		

Source : Enquête sociologique Era2.

Afin de croiser les analyses portant sur ces différentes structures expérimentatrices, des documents descriptifs dits « monographie » ont été rédigés avec un plan commun, permettant de :

- Contextualiser les terrains d'enquête (description des contextes d'exercice, histoire de la structure, etc.),
- Détailler l'organisation de la gouvernance et du travail au sein de la structure (autant au-delà de l'expérimentation Peps que dans son cadre),
- Analyser les relations professionnelles qui en découlent,
- Décrire le partage et l'utilisation du forfait,
- Interroger les logiques d'engagement dans l'expérimentation et le rapport au modèle économique.

2.3.2. Étude qualitative-quantitative l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efop)

Objectifs et champ de l'enquête

L'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efop) a été menée en deux volets de façon séparée auprès des MSP et des CDS médicaux et polyvalents ayant une activité de premier recours. Le champ de l'enquête couvre donc les deux types de structures participant à l'expérimentation Peps. L'objectif de cette enquête est de caractériser les structures participant à Peps et de les comparer à d'autres structures similaires pour éclairer à la fois les usages et les opportunités liées aux financements alloués au titre de l'expérimentation et les conséquences en termes d'échelle et de gamme de soins et services offerts, mais aussi en termes de coordination ou collaboration interne et externe. Il ne pourra toutefois pas en être fait une interprétation causale dans la mesure où les données et la taille de l'échantillon ne permettent pas une analyse comparative avant/après et ici/ailleurs comme l'analyse d'impact qui sera menée à partir des données du SNDS. Cette enquête contribue néanmoins à évaluer le dispositif Peps de deux façons. Premièrement, en éclairant des dimensions des modes d'organisation et pratiques pluriprofessionnelles encore peu ou pas documentées et qui ne peuvent pas être appréhendées par des données administratives classiques. Cette singularité des données d'enquête permettra aussi d'affiner et de conforter nos hypothèses de travail pour l'analyse confirmatoire à venir. Elle permettra enfin une première analyse du biais de sélection des participants aux expérimentations et des caractéristiques à prendre en compte dans le choix des témoins pour les analyses quantitatives d'impact.

Procédure de diffusion et partenariats

En l'absence de données de registre au niveau national accessibles à la recherche au sein de l'État ou de l'Assurance maladie, pour ces structures et pour leurs contacts permettant un échantillonnage des structures à enquêter, la diffusion de l'enquête a été réalisée en partenariat avec les instances représentatives de MSP et de CDS. Il s'agit pour les MSP de la Fédération AVECSanté et pour les CDS de l'Institut Jean François Rey (IJFR), du Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé (RNOGCS), de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS), de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS), de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et de Filieris. Ce partenariat a aussi porté sur le contenu du questionnaire et la réalisation des premiers tests, ainsi que sur l'analyse des premiers résultats. La communication sur l'enquête auprès des structures éligibles et l'invitation à y participer a été ensuite transmise par les *newsletters* des partenaires et des courriels dédiés à leurs fichiers de contacts. Une communication a aussi été faite auprès des structures participant aux expérimentations Peps et Ipep.

Contenu du questionnaire

Le questionnaire est structuré en huit thématiques avec des adaptations aux spécificités des MSP et des CDS. Les deux premières thématiques proposent une présentation générale de la structure, de son historique et de ses projets, ainsi que des motivations des professionnels à la création de la structure, et difficultés et soutiens dans les grandes étapes de sa mise en œuvre. La troisième thématique s'intéresse aux professionnels qui composent la structure, à leurs fonctions et périmètres d'activité. La quatrième partie décrit plus précisément l'organisation, la gestion et le fonctionnement de la structure à travers les modalités d'organisation et de prise de décision, les outils de coordination et la fréquence des réunions et échanges des professionnels sur l'organisation et le fonctionnement de la structure, sur les pratiques pluriprofessionnelles et sur le suivi coordonné des patients. La cinquième thématique s'intéresse à l'accessibilité aux soins et aux paniers de soins et services offerts par

la structure. La sixième thématique cherche à mieux comprendre les collaborations territoriales de la structure, que ce soit par sa participation à une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à un Contrat local de santé (CLS), ou par la fréquence et la nature de ses collaborations avec les services et institutions du territoire. Les deux dernières thématiques concernent les ressources techniques et financières de la structure et, plus particulièrement, les modalités d'utilisation des financements de certains dispositifs comme les ACI des MSP ou accord national pour les CDS, les financements Peps pour les structures qui y participent et les autres financements qu'elles peuvent recevoir.

Bilan du terrain

Pour le premier volet de l'enquête auprès des MSP, le terrain s'est déroulé principalement entre décembre 2022 et juin 2023, puis il est resté ouvert et a connu des vagues de participation en novembre 2023 et février 2024, avec la participation au total de 122 MSP dont 16 ayant participé à Ipep en tant que porteuses ou partenaires et 6 à Peps (dont les 3 MSP ayant basculé vers le forfait). Pour le second volet auprès des CDS, le terrain s'est déroulé de juin 2023 à février 2024 avec la participation de 41 CDS dont 11 participent à Peps et 4 à Ipep (y compris une structure seulement partenaire d'un projet).

Schéma d'analyse

Dans le cadre de l'évaluation de Peps, les analyses de l'enquête Efop portent sur l'ensemble des CDS répondants à l'enquête Efop et sur la comparaison de deux groupes de répondants : les CDS expérimentateurs Peps et les CDS non participants à Ipep ou Peps. Le faible nombre de MSP participant à Peps, et ayant basculé vers le forfait, ne nous permet malheureusement pas de faire une analyse similaire sur les MSP Peps en comparaison des autres MSP. Leur réponse au questionnaire permet néanmoins d'avoir des éléments sur les caractéristiques des structures et de leurs projets qui seront utiles pour documenter les projets et préparer le choix des témoins pour les évaluations d'impact à venir.

Pour les analyses, nous nous intéressons tout d'abord aux différences de caractéristiques entre les structures, puis aux actions et utilisation des financements en lien avec les projets des structures dans le cadre de Peps. Nous comparerons ensuite les différences entre structures sur différents thèmes d'organisation et de fonctionnement des structures en lien avec les thématiques des projets et des attendus autour de Peps.

2.3.3. Évaluations quantitatives d'impact

La mesure des impacts s'appuiera sur des *designs* quasi-expérimentaux afin de contourner au mieux les contraintes méthodologiques à la mesure d'un effet causal dans les conditions de l'expérimentation Peps. En effet, comme déjà mentionné, la mise en œuvre de Peps s'est réalisée auprès de structures volontaires (MSP et CDS) sans aucun mécanisme d'assignation aléatoire (randomisation). L'absence de randomisation rend difficile la séparation entre deux sources d'effets potentiels, l'expérimentation elle-même ou la (les) particularité(s) des structures volontaires (MSP, CDS) c'est-à-dire un biais de sélection. Il s'agit alors au travers de la mobilisation de différentes méthodes économétriques (Bozio, 2014 ; Givord, 2014) de :

1. Construire des groupes témoins comparables, des références ou contrefactuel(s) aux structures expérimentatrices afin de prendre en compte les biais de sélection
2. Mettre en œuvre des analyses dynamiques, longitudinales, afin de faire la part entre les différences produites par les expérimentations de celles initiales (méthodes dites des différences de différences)

3. Tenir compte des différents « types » de structures (MSP ou CDS) et de leur « environnement » (« taxonomies » et effets fixes) afin d'aller au-delà de la mesure d'effet moyen et tendre vers des analyses permettant de comprendre et d'interpréter correctement les différences dans les effets estimés liés aux spécificités des expérimentations évaluées

Dans l'analyse d'impact, les niveaux d'analyses comme les dimensions d'intérêt seront multiples, compte tenu de la diversité des acteurs concernés (territoire, structures, professionnels de santé, patients) et des incitations associées aux expérimentations et les transformations à l'œuvre et consécutives sinon contemporaines de Peps (coopération pluri-professionnelle, coordination entre les niveaux de soins, pilotage de la qualité, amélioration de l'accès aux soins, etc.). À titre d'illustration et sans épuiser ici l'ensemble des dimensions d'intérêt, nous nous intéresserons particulièrement aux thématiques suivantes :

- L'activité et la productivité des professionnels
- Le nombre de patients file active et médecin traitant et l'accessibilité aux soins (distance/ temps d'accès, reste à charge, inscription auprès d'un médecin traitant, gamme de soins et services, etc.)
- La qualité et la pertinence des soins et l'offre de prévention (expérience des patients, dépistages, suivis et traitements appropriés)
- Les recours et parcours de soins des patients (consultations / visites, passage des soins de premiers recours aux soins spécialisés, analyse des recours en amont et aval de l'hospitalisation)
- Les dépenses des patients au niveau global et par postes de soins

Des indicateurs de résultats seront construits pour évaluer les impacts de l'expérimentation Peps à travers l'ensemble de ces dimensions à partir de la formalisation des objectifs des expérimentations, des effets attendus en lien avec les mécanismes causaux décrits et les enseignements de la littérature académique.

3. Le modèle économique Peps, ses attendus théoriques et ses évolutions

3.1. Contexte

Des travaux sociologiques permettent d'appréhender le contexte dans lequel prend place l'expérimentation Peps, la manière dont ce type d'expérimentation est mis en œuvre, et les transformations des pratiques et organisations qui sont susceptibles d'émerger.

Premièrement, ce type d'expérimentation s'inscrit dans des évolutions des politiques de santé, impulsées par la Cnam et par le ministère de la Santé au cours des dernières décennies (Bergeron et Castel, 2014). À une rationalisation croissante du système de santé (Bergeron, 2010 ; De Pouvoirville, 2002) s'est ajoutée la mise en place d'une politique de santé publique préventive (Bergeron et Castel, 2014) et un mouvement de territorialisation du système de santé (Honta et Basson, 2017). Ces trois orientations se retrouvent également dans le projet Peps qui relève d'une politique publique « d'organisation », c'est-à-dire d'une politique « dont l'objectif central est de développer la coopération et la coordination entre acteurs et entre institutions, et de permettre ainsi la prise en charge d'enjeux transversaux d'action publique » (Bergeron et Hassenteufel, 2018). Plus largement, ces deux expérimentations s'ancrent également dans un mouvement récurrent d'innovation organisationnelle en santé, dont les MSP, dans un mouvement porté par les professionnels qui a rencontré au cours des dernières décennies le soutien des pouvoirs publics, représentent un exemple récent (Fournier, 2016 ; Schweyer et Vezinat, 2019), et ont été complétées depuis 2016 par les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'exercice pluriprofessionnel paraît en effet être une voie pour résoudre, au moins en partie, les enjeux associés aux inégalités de répartition sur le territoire (Chevillard *et al.*, 2019), aux inégalités sociales de recours et de santé (Garros, 2009 ; Schweyer, 2016), et aux enjeux d'efficacité et d'efficience (Mousquès, 2011 ; Mousquès *et al.*, 2014 ; Cassou *et al.*, 2021).

Toutefois, plus qu'une incitation à l'exercice regroupé, l'expérimentation Peps propose un véritable changement de paradigme pour les professionnels de soins de premiers recours : celui de la substitution d'une partie de la rémunération individuelle à l'acte, depuis toujours majoritaire et objet d'un fort attachement en dépit de ses limites (Baszanger *et al.*, 2002 ; Samson, 2009 ; Paraponaris *et al.*, 2011), par un paiement en « équipe » et à la capitation, revendiqué par certains médecins généralistes, mais longtemps combattu (Hassenteufel, 1997). Ceci est également significatif d'une évolution des modalités de régulation conjointe entre instances étatiques et professions médicales.

Deuxièmement, la sociologie de l'action publique, et notamment la sociologie des instruments de gouvernement, permet de comprendre la manière dont ce type d'expérimentation est conduit, en éclairant les « problèmes posés par le choix et l'usage des outils (des techniques, des moyens d'opérer, des dispositifs) qui permettent de matérialiser et d'opérationnaliser l'action gouvernementale » (Lascombes et Le Galès, 2005). Comme dans le cas des MSP, les instruments mobilisés autour de cette expérimentation Peps sont associés à un type de rapport politique, celui de l'« État mobilisateur », et construisent leur légitimité à travers la « recherche d'engagement direct » des professionnels des structures. Ces

instruments, principalement de type « conventionnel et incitatif », rejoignent une « constellation d'instruments », s'inscrivant dans l'accroissement d'un mode de gouvernement par contrats. La négociation de ces contrats et la gestion de ces instruments font intervenir des acteurs divers et nombreux, à la fois au niveau national, régional et local comme montré pour les MSP (Vézinat, 2019).

Troisièmement, différentes approches sociologiques ont été mobilisées pour analyser la construction de pratiques collectives au sein des MSP. D'une part, la sociologie de l'innovation (Akrich *et al.*, 2006) a permis d'éclairer les « manières de faire » et les opérations de traduction qui tissent le développement d'un exercice coordonné en MSP et la mise en œuvre de pratiques préventives et éducatives entre des acteurs ayant généralement jusqu'à peu travaillé ensemble (Fournier, 2014). D'autre part, la sociologie interactionniste (Strauss, 1992) a montré les difficultés ressenties par les acteurs dans leur pratique, et mis en évidence leurs objectifs et arguments en faveur d'un nouveau cadre organisationnel, ainsi que la diversité des formes de leur engagement et des logiques sociales qui les sous-tendent (Fournier, 2015). Les MSP et les démarches de prévention et d'éducation thérapeutique qui y sont développées apparaissent ainsi comme des instruments politiques efficaces de mise en mouvement des professionnels autour d'objectifs et d'organisations à co-construire, pouvant emprunter plusieurs voies. Dans ces dispositifs locaux d'innovation souple, pluri-professionnalité et pratiques préventives se nourrissent mutuellement, contribuant à une structuration territoriale des soins primaires et à l'émergence d'une définition étendue de la prévention (Fournier, 2015). Les financements collectifs s'inscrivent en effet dans une perspective de santé plus globale qui élargit le travail de soins de premiers recours, parallèlement à une médicalisation croissante du social (Baszanger *et al.*, 2002 ; Bergeron et Castel, 2014). Cela s'ancre également dans un développement de politiques de santé publique de prévention, mais aussi dans un mouvement d'implication plus grande des patients dans la gestion de leur parcours, par exemple, à travers l'éducation thérapeutique du patient (Bergeron et Castel, 2014 ; Fournier et Troisoëufs, 2018). Avec les nouveaux instruments que représentent les expérimentations telles que Peps, des processus de traduction et des dynamiques de mise en mouvement des professionnels sont susceptibles d'être observés, sans que leurs orientations ne soient prévisibles.

En économie, les mécanismes sous-jacents aux débats sur les modes de rémunération tiennent :

- À la nature même des relations entre offreurs de soins, patients et financeur(s) ;
- Aux impacts théoriques comme empiriques des différents modes de rémunération sur les comportements individuels des offreurs de soins ;
- Aux impacts théoriques comme empiriques des différents modes de rémunération sur les comportements « coopératifs » des offreurs dans un système de soins intégrés ; autrement dit, à l'adéquation ou l'inadéquation d'une rémunération à l'acte ultra majoritaire avec une offre de soins et de services en ville *a fortiori* lorsqu'ils sont délivrés par des offreurs de soins intégrés entre la ville et l'hôpital.

À l'instar de certains sociologues (Bungener et Baszanger, 2002 ; Bloy et Schweyer, 2010 ; Aynaud et Picard, 2011), les travaux en économie (McGuire, 2000 ; Scott, 2000 ; Scott *et al.*, 2011 ; Rice, 2012) soulignent la singularité de la relation médecin-patient-financeur. En économie, les théories relatives à l'étude de la relation principal-agent constituent le cadre d'analyse des comportements et des arbitrages des acteurs. Les offreurs de soins sont le plus souvent « les agents » auxquels les patients-assurés ou les assureurs-financeurs, dits les « principaux », délèguent les prises de décisions en matière de soins de santé ainsi que leur mise en œuvre. Par nature, les relations entre ces acteurs, dites relations d'agence, sont

imparfaites en raison de la multiplicité et surtout de la divergence des objectifs de chacun et des difficultés de les faire totalement converger du fait de la présence d'incertitudes et d'asymétries d'information. L'offreur de soins se retrouve alors dans une situation où il « prend » les prix qui sont fixés ou induits par l'assureur (*price-takers*), sur la base desquels il fixe les quantités qu'il est disposé à produire (*quantity-makers*) ainsi que le niveau de l'effort unitaire qu'il consent à fournir et donc la qualité (*quality-makers*). L'effort, difficile, voire impossible à observer, peut, par exemple, être approché par le nombre d'heures allouées au travail (quantité de travail), mais aussi par le nombre de soins et services réalisés pour une heure de travail (intensité du travail), en considérant pour ces deux exemples, la qualité des soins fixée. Se pose alors la question de la capacité du ou des principaux à faire en sorte, notamment par le biais d'une combinaison de modes de rémunération, de faire converger leurs objectifs. En d'autres termes, il s'agit pour le principal (patient ou assureur) de faire en sorte que l'agent (professionnel de santé) ait autant que possible intégré ses propres objectifs (de qualité, d'accessibilité, etc.) en sus de ceux liés à son arbitrage économique de producteur de soins.

Les économistes considèrent que les acteurs du système sont rationnels et à ce titre, sont sensibles aux incitations économiques. Ainsi, aucun mode de rémunération ne peut être perçu comme étant neutre sur les comportements des offreurs de soins en matière d'activité, de contenu de l'activité, de productivité, de qualité et d'efficience, chacun présentant des avantages et des inconvénients, ce qui peut justifier de les combiner. L'ampleur des effets des mécanismes de paiement sur les comportements individuels d'offre de soins dépend de la structure globale du financement (niveau de reste à charge des assurés, par exemple). Enfin, les effets moyens cachent des différences importantes entre les producteurs dont les sensibilités à tels ou tels objectifs varient selon leurs motivations intrinsèques et extrinsèques.

En France, le mode de rémunération des professionnels intervenant en ambulatoire et spécifiquement dans le champ des soins primaires se distingue par la place ultra majoritaire de la rémunération individuelle et à l'acte de tous les professionnels. Ainsi, la comparaison avec les mécanismes de rémunération en soins primaires dans les autres pays requiert la distinction entre les mécanismes de rémunération des organisations (cabinets) de ceux des professionnels et, d'autre part, de ceux des médecins versus les modalités de rémunération des autres professionnels de santé (Paris et Devaux, 2013 ; Iversen, 2016). Plusieurs groupes de pays sont ainsi distingués :

- Les systèmes d'assurance (sociale et/ou privée) avec un exercice libéral historiquement majoritaire tantôt isolé (Allemagne, Autriche, Corée, Grèce, Suisse, France) tantôt regroupé (Canada, États-Unis) et une rémunération individuelle de base à l'acte, plus ou moins complétée par de la capitation voire avec des paiements pour les organisations (certaines intégrées) expérimentant, parfois de longue date, une complète substitution de l'acte par de la capitation (Belgique, République-Tchèque, Canada, États-Unis) ;
- Les systèmes nationaux de santé avec des cabinets ou des structures publiques souvent multidisciplinaires et pluriprofessionnelles (Espagne, Finlande, Islande, Portugal, Suède) pour lesquelles la rémunération de base de la structure est la capitation sinon le budget global ; les médecins y sont soit (le plus souvent) salariés, soit ils reçoivent une combinaison de salariat/capitation (Espagne) ;
- Les systèmes nationaux de santé (Australie, Danemark, Irlande, Norvège, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Italie, Pologne) ou d'assurance (Pays-Bas, Canada) organisés autour de structures privées le plus souvent multidisciplinaires et pluriprofessionnelles, pour lesquelles la rémunération de base de la structure associe le plus souvent capitation et rémunération à l'acte sauf en Nouvelle-Zélande avec un mix salaire et paiement à l'acte. Ces systèmes développent de façon croissante les alternatives à la rémunération à l'activité (Canada : provinces de l'Ontario et du Québec, États-Unis).

Quelle que soit la situation initiale et la mise en place d'expérimentations parfois anciennes, les débats autour des modes de rémunération des professionnels en ambulatoire restent au cœur des réformes dans de nombreux pays. Ainsi, la construction d'un design adéquat de rémunération des professionnels de santé combinant les mécanismes traditionnels avec des mécanismes additionnels (*Payment for performance* -P4P, par exemple) reste un enjeu et un levier crucial des politiques de santé. Ainsi, trois tendances majeures se dessinent dans les pays dits à « systèmes de santé avancés » (Van Herck *et al.*, 2013 ; WHO, 2015 ; Struckmann *et al.*, 2016 ; OECD, 2016) :

- De nombreux pays ont mis en place des mécanismes complémentaires ou supplémentaires à la rémunération de base (*add-on payment*) via des paiements à la coordination pour encourager l'intégration (Stokes *et al.*, 2018), la rémunération à la performance (WHO, 2014) s'appuyant surtout sur des mesures de processus et plus récemment sur des mesures de résultats (*value-based payment*, Scott *et al.*, 2018)
- Des pays s'appuyant originellement sur une rémunération à l'activité majoritaire développent et promeuvent des rémunérations complémentaires, voire alternatives (partielles ou totales), comme l'introduction d'une proportion de rémunération au salaire pour des spécialistes à l'hôpital au Canada (Fortin *et al.*, 2021), la capitation notamment en Europe (WHO, 2015 ; Struckmann *et al.*, 2016), au Canada (Wranik et Durier-Copp, 2010 ; Carter *et al.*, 2016) et aux États-Unis, depuis le début des années 1980 avec les expériences du *managed care* (Friedberg, 2015) ;
- Enfin, de plus en plus de pays soutiennent les mécanismes favorisant l'intégration et la coordination entre secteur et niveau de soins en s'appuyant notamment sur des mécanismes de contractualisation avec responsabilité populationnelle et logique d'intéressement sur d'éventuels gains d'efficience (*Accountable care organizations*, Shortell *et al.*, 2014 ; Mousquès et Lenormand, 2017 ; Lemaire, 2017 ; Peiris *et al.*, 2018).

Dans le cadre de Peps, la deuxième évolution retient ici particulièrement notre attention.

Les limites théoriques et empiriquement constatées de la rémunération à l'acte en matière de demande induite, d'ajustement des quantités de service selon l'évolution des prix, et de pertinence des soins délivrés (Mc Guire et Pauly, 1991 ; Blomqvist et Léger, 1995 ; Mc Guire, 2000 ; Chandra *et al.*, 2011 ; Rice, 2012 ; Iversen, 2016) ont poussé les systèmes principalement basés sur une rémunération à l'acte à tenter progressivement de promouvoir des rémunérations mixtes (*blended*) comme suggéré par les travaux théoriques de Blomqvist (1997) en mobilisant notamment la capitation.

3.2. Les attendus théoriques du modèle Peps

Une particularité essentielle du modèle Peps par rapport à d'autres expérimentations d'alternatives à la rémunération à l'activité est son caractère substitutif, c'est-à-dire qu'il ne s'inscrit pas dans une logique de *blended payment* visant à combiner les avantages et les inconvénients de différents modes de rémunération. C'est une transition vers un mode de rémunération par capitation, dont les principaux attendus théoriques sont clairement établis et étayés par de nombreuses preuves empiriques. Ainsi, le modèle Peps est moins sujet aux limites des modes de rémunération mixtes en termes de brouillage et de perte de lisibilité des incitatifs. Néanmoins, et d'autant plus qu'il opère un changement total de mode de rémunération, ses effets doivent être appréhendés à la lumière des propriétés incitatives des modes de rémunération qui le précédaient : la rémunération à l'acte dans le cas des MSP, et le salariat dans le cas des CDS.

On distingue traditionnellement les modes de rémunération selon le degré de forfaitisation. Un forfait selon le nombre d'heures travaillées pour le salaire, selon le nombre de patients inscrits et leurs caractéristiques (sociodémographiques, état de santé, etc.) pour la capitation, selon une nomenclature des soins et services produits pour la rémunération à l'acte. Pour chaque modèle, le forfait doit compenser les coûts et les efforts moyens associés aux soins qu'il rémunère et expose donc plus ou moins les professionnels aux aléas de leur patientèle : aucun aléa de rémunération du temps de travail pour un professionnel de santé salarié (mais cela peut être différent au niveau de la structure qui l'emploie), un aléa très dépendant de la patientèle dans le cas de la capitation (avec un enjeu important autour de l'ajustement du forfait de capitation aux profils des patients), et enfin un aléa modéré lié à l'hétérogénéité de la durée et du contenu des consultations dans le cas de la rémunération à l'acte. Les travaux théoriques et empiriques ont ainsi mis en évidence des caractéristiques propres à chaque mécanisme de paiement :

- Le salariat est réputé pour ne pas favoriser une activité et une productivité importantes avec des durées de consultations potentiellement plus longues (voire excessives) ; il serait également plus propice à la délégation et à certains actes préventifs pouvant permettre une amélioration de la qualité des soins et services rendus.
- La capitation inciterait à une activité et productivité élevées en termes de patients suivis et de prévention, mais se double d'un risque de sélection de patients dans le cas d'un ajustement au risque inadéquat. Propice à la productivité en termes d'actes par patient, c'est-à-dire en moyenne d'actes par patient, et aux reports des patients vers d'autres acteurs du soin (spécialistes, par exemple), ceux-ci pourraient devenir excessifs en l'absence de mécanismes de contrôles (indicateurs et cibles de suivis et qualité, concurrence en qualité effective entre professionnels de santé).
- La rémunération à l'acte serait plutôt favorable à une activité et productivité élevées en termes de nombre d'actes nomenclaturés, mais pas nécessairement à la pertinence des actes ou à la prévention, se couplant ainsi d'un risque inflationniste (selon la sensibilité aux prix de la demande de soins des patients, le paiement à l'acte peut se traduire par une demande induite exacerbée ; le professionnel cherchant alors à atteindre un objectif « cible » de rémunération). Elle peut aussi constituer un frein aux réallocations de tâches et de ressources, qui peuvent représenter autant de manques à gagner quand le rapport offre/demande est défavorable aux professionnels.

Dans un contexte de paiement par capitation, la rémunération dépend donc du forfait par patient et du nombre de patients inscrits. Le plus souvent, pour éviter que certains patients soient exclus, les forfaits sont ajustés aux risques des patients. Par ailleurs, pour maintenir une incitation à la qualité des soins, la capitation est associée à une logique de mise en concurrence en permettant au patient de choisir entre différents cabinets, le « vote par les pieds » lié à la possibilité de changer de cabinet d'inscription une ou plusieurs fois dans l'année. En termes d'organisation des transferts de financements, la capitation s'accompagne le plus souvent d'une triple allocation des ressources du niveau national au niveau régional/local, puis de ce dernier au niveau du cabinet, et enfin, du cabinet aux professionnels qui sont alors payés par salaire ou à l'acte ou à la capitation. Les modalités de financement peuvent être différentes selon les niveaux (structure/professionnels dans la structure) induisant donc des incitations et des arbitrages potentiellement différents selon le niveau étudié : un médecin peut être salarié d'un CDS qui lui-même reçoit la somme de tous les forfaits de capitation des patients enregistrés auprès des médecins de la structure.

De nombreux travaux ont étudié les attendus théoriques d'un système de capitation (Ellis et McGuire, 1986 et 1990 ; Allard *et al.*, 2010 ; Blomqvist et Léger, 1995 ; McGuire, T. G., 2000 ; Franc et Lesur, 2004) comme les résultats empiriques (Perdersen *et al.*, 2000 ;

Gosden *et al.*, 2001 ; Faulkner *et al.*, 2003 ; Scott *et al.*, 2011 ; Carter *et al.*, 2016 ; Tao *et al.*, 2016). Les principaux enseignements sont ceux-ci :

- La capitation permet aux professionnels, à court terme, de déconnecter le nombre de consultations/visites de leurs revenus tout en conditionnant leurs revenus futurs à l'évolution de l'état de santé des patients inscrits et à celle de leurs besoins de soins. Ainsi, il n'y a pas d'incitation à induire la demande, mais une incitation à accroître le nombre de patients inscrits et donc à réduire le nombre de consultations par patient. Les études empiriques confirment que le nombre de consultations diminue et que le nombre de patients suivis reste stable ou augmente et, de façon moins attendue, alors que les résultats sur la durée des consultations sont mixtes (Sorensen et Grytten, 2000 et 2003 ; Devlin et Sarma, 2008 ; Sarma *et al.*, 2018 ; Catalano *et al.*, 2000 ; Reschovsky *et al.*, 2006 ; Kantarevic et Kralj, 2011 et 2014 ; Brosig-Koch, 2017). En pratique, la capitation s'avère aussi compatible avec des améliorations de la qualité et de l'état de santé du patient, notamment dans la prévention des risques qui n'impliqueraient que le médecin lui-même dans la prise en charge : le médecin a intérêt à fournir une offre de prévention qui lui dégage du temps médical à court terme (Franc et Lesur, 2004). Ainsi, les soins de prévention peuvent être plus fréquemment offerts et la qualité majorée (Kantarevic et Kralj, 2011 et 2014 ; Tu *et al.*, 2009 ; Quast *et al.*, 2008 ; Catalano *et al.*, 2000 ; Bamimore *et al.*, 2021), voire le recours aux autres niveaux de soins ou aux urgences, à qualité donnée plus faible (L'esperance *et al.*, 2019 ; Hong *et al.*, 2023).
- Le montant de la capitation est positivement corrélé avec la quantité des soins et services délivrés, la qualité de ces derniers ou encore le niveau de satisfaction des patients (L'esperance *et al.*, 2017 ; L'esperance *et al.*, 2019 ; Somé *et al.*, 2020).
- La capitation peut induire des effets pervers comme la sélection des risques (n'inscrire ou suivre que des patients en meilleure santé (Barros, 2003) ou des patients particulièrement « rémunérateurs » (Rudoler *et al.*, 2015)), l'inadéquation entre le nombre de rencontres et les préférences des patients (Newhouse, 1993, 2004 ; Barros, 2003) et, enfin, un adressage plus fréquent aux autres niveaux de soins (Sorensen et Grytten, 2000, 2003 ; Iversen et Luras, 2000 ; Blomqvist et Léger, 2005 ; Allard *et al.*, 2014).

Enfin, les effets propres aux modèles *mix blended* avec une composante de rémunérations à la capitation sont peu documentés et peu convergents (Kralj et Kantarevic, 2013 ; Sarma *et al.*, 2018). Il convient de signaler que dans les systèmes partant d'une rémunération à l'acte et dans lesquels la rémunération à la capitation a été introduite, d'autres mécanismes d'incitations ont bien souvent été mis en œuvre et d'autres modifications de marché ou organisationnelles ont vu le jour. Dans ces contextes, le paiement à la performance comme l'intégration et le travail en équipe se sont développés de façon extrêmement dynamique. Les éléments ayant trait au système assurantiel (avec payeur unique ou non, public ou privé), à la propriété et à la taille des organisations, à la réalité du travail en équipe, aux incitations internes aux organisations, semblent varier de façon considérable et avoir des effets importants qui peuvent expliquer certaines différences de résultats comme au Canada entre les provinces de l'Ontario, du Québec et de l'Alberta (Carter *et al.*, 2016) ou aux États-Unis dans les expériences du *managed care* ou plus récemment les *Patient-Centered Medical Home* (PCMH) et *Accountable Care Organisations* (ACOs) [Reschovsky *et al.*, 2006 ; Jackson *et al.*, 2016 ; Levine *et al.*, 2018].

Au regard de ce cadre théorique et empirique, les attendus de Peps en termes de transformation des comportements seront donc différents selon le modèle initial de rémunération des médecins.

Pour les MSP, dans lesquelles les médecins sont principalement payés à l'acte et individuellement, le passage à la rémunération Peps devrait s'accompagner d'une capacité d'anticipation des budgets disponibles pour mettre en œuvre des actions, qu'elles soient associées ou non à des actes nomenclaturés, qu'elles mobilisent ou non plusieurs professionnels de santé incluant ou non les médecins puisqu'il n'y a plus de concurrence (*i.e.* manque à gagner à déléguer les soins et activités) entre les professionnels exécutants. Ainsi, le passage à la capitation devrait se traduire par une levée des barrières à la réallocation des activités d'un renforcement de l'offre de prévention. Cette réorganisation des tâches entre professionnels devrait également se traduire par une augmentation de la patientèle médecin traitant, sans hausse de l'activité globale et donc une baisse du nombre d'actes du médecin par patient.

Pour les CDS, dans lesquels les médecins sont salariés du centre, les attendus sont un peu différents car le passage à la capitation Peps se réalise au niveau de la structure et les médecins restent individuellement salariés du centre et rémunérés à l'heure. Néanmoins, des changements peuvent intervenir *via* des réorientations collectives ou managériales, mais sans garantie qu'elles prennent le devant sur les incitations des individus :

- La prévisibilité budgétaire s'opérant au niveau du centre, cela devrait permettre de planifier la mise en œuvre des actions au niveau de la structure.
- L'activité des professionnels de santé de la structure peut être réorientée pour accroître la patientèle médecin traitant afin de collecter plus de forfaits de capitation :
 - Demander aux médecins et aux personnels salariés d'accroître leur productivité en termes de taille de patientèle suivie à durée de travail donnée en renforçant la délégation des tâches et le travail en équipe.
 - Contrairement à une structure rémunérée sur la base de l'activité de ses salariés, qui a peu de raisons d'encourager l'activité non nomenclaturée (même si le salariat y est plutôt propice au niveau individuel), une structure rémunérée sur la base de la patientèle sera peut-être plus encline à l'encourager, notamment lorsque celle-ci est susceptible d'accroître la taille de patientèle gérée par la structure (consultations de groupe, éducation thérapeutique, prévention, etc.).

Dans les deux cas, un enjeu fort est lié à l'accroissement des risques supportés par les professionnels de santé et les structures relativement à leurs patientèles, quoique toujours différencié entre MSP et CDS. En effet, si dans les deux cas, le risque de rémunération horaire augmente par rapport à la rémunération à l'acte, il constitue le seul changement pour les CDS, tandis qu'il s'accompagne simultanément d'une mutualisation de ces risques jusqu'alors supportés individuellement en MSP.

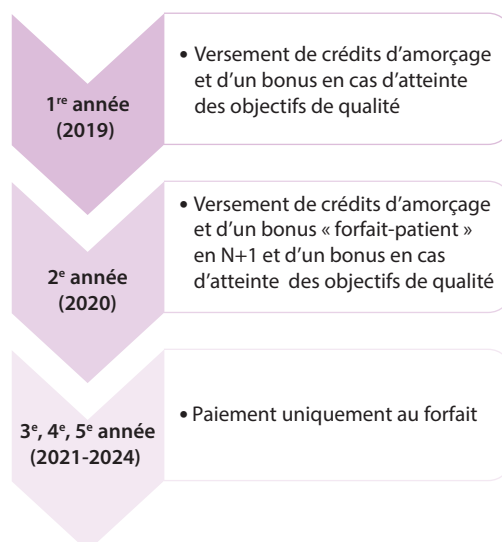
3.3. Description du modèle Peps

Le financement Peps est mis en place selon des étapes prédéterminées du fait de sa dimension expérimentale (schéma 6).

Les premières années ont été pensées comme une période d'investissement avec des « crédits d'amorçage » qui sont censés accompagner les structures pour préparer le passage à la rémunération forfaitaire.

Le « bonus forfait », versé uniquement en 2020, correspond à la différence, si positive, entre la rémunération Peps simulée, celle qui aurait été versée après la bascule, et la somme des paiements à l'acte reçus sur l'année pour la patientèle Peps.

Schéma 6 Calendrier des financements et rémunérations dans le modèle Peps



Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

À partir de 2021, le forfait Peps versé correspond à la somme de tous les forfaits par patient affilié aux médecins traitants d'une structure, devant se substituer au paiement à l'acte des médecins généralistes et des infirmiers. Ce forfait est alloué collectivement, et est laissé libre d'utilisation pour les professionnels qui le reçoivent. Selon le choix des structures expérimentatrices, ce forfait pouvait concerner l'ensemble de la patientèle « médecins traitant », la patientèle dite âgée ou les patients diabétiques toujours affiliés à un médecin traitant de la structure.

Ce forfait Peps comprend plusieurs ajustements, qui interviennent à différents niveaux.

À un premier niveau, le forfait Peps par patient est ajusté aux caractéristiques médicales et sociodémographiques des patients pour estimer au mieux les besoins de prise en charge des patients inscrits « médecin traitant ». La somme de tous ces forfaits par patient constitue le forfait Peps, sur lequel sont ensuite appliqués des ajustements à un deuxième niveau :

- au taux de productivité des médecins selon des actes autodéclarés, afin d'éviter un risque de sous-productivité souligné dans la littérature économique ;
- au taux de « fuite » ou de « fidélisation » des patients, en soustrayant de la rémunération forfaitaire des actes de médecine générale consommés par les patients en dehors de la structure, afin de ne pas rémunérer ces actes deux fois ;
- au taux de pauvreté de la commune d'installation de la structure, pouvant majorer le forfait de 20 % au plus, puis remplacé pour le dernier calcul de forfait par un ajustement au département ;
- selon l'atteinte d'objectifs liés à des indicateurs de qualité, pouvant moduler de - 10 à + 10 % le forfait Peps.

Le forfait Peps s'applique à des patients dans trois types de situations : les patients affiliés à un médecin traitant « consommateurs »⁷ ; les patients affiliés à un médecin traitant « non-consommateurs »⁸ et les patients « AME » (bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État, qui ne peuvent pas être affiliés à un médecin traitant). Certains actes médicaux sont exclus du forfait et continuent à être rémunérés à l'acte, notamment les actes techniques et ceux réalisés dans des horaires de « permanence des soins », qui bénéficient d'une majoration. Le forfait Peps par patient, tel qu'il est mis en place, induit dans le cadre de l'expérimentation une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des actes en médecine générale pour les patients affiliés aux médecins traitants de ces structures (ou à la structure elle-même, dans le cas des CDS). En effet, une négociation spécifique du forfait avec les assurances complémentaires était difficilement envisageable dans le cadre expérimental. Cette prise en charge est également liée au mode de financement des expérimentations de l'Article 51, au travers d'un Fond d'innovation en santé qui prévoit une prise en charge intégrale des financements dérogatoires.

Les financements forfaitaires sont calculés sur les données de l'année précédente (N-1), qu'il s'agisse des dépenses/consommations des patients comme des variables d'ajustements, puis un rattrapage se fait annuellement au printemps (année N), si des écarts dans le nombre ou le profil de patients affiliés aux médecins traitants sont constatés, dans le cas où des médecins cessent leur activité ou rejoignent une structure, etc. À partir de l'année 2021, les versements ont été effectués de manière trimestrielle, avec une régularisation finale au printemps de l'année (N).

Afin de garantir la soutenabilité du forfait dans un cadre expérimental où celui-ci est encore en cours d'élaboration, un « corridor » a été prévu dans le cahier des charges : les structures reçoivent au forfait une rémunération équivalente de 0 à 15 % de plus que leur rémunération au paiement à l'acte pour une année de référence (2018).

3.4. Les évolutions du modèle Peps

Au cours de l'expérimentation, le forfait Peps a connu plusieurs évolutions par rapport au modèle initial de la première version du cahier des charges. Ces évolutions sont liées pour certaines à des contraintes techniques (difficultés de modélisation, difficultés d'accès aux données), financières (nécessité de ne pas dépasser un certain seuil en vue d'une dissémination du forfait) ou en lien avec les négociations et les mouvements des structures expérimentatrices.

Les principales évolutions de Peps concernent :

- La mise en œuvre du forfait Peps seulement sur les actes des médecins généralistes.
- La mise en œuvre du forfait Peps principalement pour une seule modalité de patients (ensemble de la patientèle), et non pas pour les sous-patientèles conçues initialement (diabétique, âgée).
- L'ajustement du forfait selon les territoires d'exercice en anticipation d'une potentielle dissémination du forfait.

Revenons sur chacune de ces évolutions marquantes une à une.

⁷ On considère qu'un patient est consommant s'il a eu au moins une consommation de soins de ville dans l'année, quel que soit le soin et l'exécutant.

⁸ On considère qu'un patient est non-consommant si, bien qu'étant affilié médecin traitant auprès d'un médecin généraliste de la structure, il n'a pas consommé de soins de ville dans l'année, quel que soit le soin et l'exécutant.

3.4.1. La mise en œuvre du forfait Peps seulement sur les actes des médecins généralistes

Le forfait Peps était initialement prévu pour venir en substitution au paiement des actes des médecins généralistes et des infirmiers et instaurer une rémunération jointe de ces deux professions. Conçu pour être basé sur la patientèle médecin traitant des médecins de la structure expérimentatrice, le forfait ne concerne finalement que les actes des médecins généralistes. Ce changement dans la conception du modèle est lié :

- À la difficulté pour l'équipe nationale de concevoir un modèle économique pour les infirmières dont les coûts des actes sont très variables, et dont les pratiques dépendent fortement des contextes d'exercice. Le forfait Peps a d'abord été modélisé pour les actes des médecins généralistes, mais n'a donc pas pu être transposé tel quel à l'activité infirmière. Dans le cadre des contraintes de Peps, l'équipe nationale n'a pas été en mesure d'élaborer un forfait spécifique à l'activité infirmière.
- Au manque de recoupement entre les patients suivis par les médecins généralistes et ceux suivis par les infirmières. Le forfait Peps est calculé à partir des patients affiliés aux médecins traitants, mais ces patients ne sont pas nécessairement suivis par les infirmières de la même structure, et *vice versa*. Dans les structures initialement engagées sur le modèle au forfait pluriprofessionnel (médecins généralistes + infirmières, MG IDE) sur l'ensemble de leur patientèle, entre 8 % et 20 % des patients Peps consommateurs sont aussi suivis par les infirmières libérales de la structure ; entre 25 % et 52 % pour les structures engagées sur patientèle âgée et, moins de 1 % pour la structure engagée sur patientèle diabétique. En plus des difficultés à construire le modèle de calcul du forfait, cela affectait également fortement à la baisse le taux de « fidélisation », les patients consommant des soins auprès d'autres professionnels.
- Aux difficultés entre médecins généralistes et infirmières à mettre en place un logiciel d'information commun, les deux groupes professionnels utilisant au quotidien des logiciels différenciés, freinant le partage d'informations sur leur activité professionnelle.

Par ailleurs, notons que la plupart des MSP initialement engagées dans Peps compaient des infirmières libérales⁹. Le fait de ne pas parvenir à proposer un modèle Peps MG IDE comme prévu a dissuadé certaines MSP de poursuivre l'expérimentation de sorte que, finalement, celles qui ont basculé à partir de 2021 ont mobilisé quasi exclusivement des infirmières salariées.

3.4.2. La mise en place de Peps pour une seule catégorie de patientèle (patientèle totale)

Alors que trois types de forfait étaient proposés initialement, le forfait Peps a finalement principalement été mis en place dans des structures engagées en « patientèle totale ». Ce constat est en lien avec :

- Le départ progressif des MSP qui avaient opté pour les patientèles diabétiques ou âgées.
- La difficulté accrue, mais attendue, de mettre en œuvre le forfait sur un nombre réduit de patients (généralement, 200 ou 300), plutôt à risque de besoins de soins importants, et qui entraîne *in fine* d'importantes reconfigurations pour les équipes pour un petit nombre de patients.

En définitive, une MSP a tout de même mis en œuvre le forfait pour sa patientèle diabétique, donc sur un petit nombre de patients. Les MSP qui, dès le départ, s'étaient engagées en patientèle totale s'inscrivaient déjà certainement dans une dynamique plus marquée de

⁹ Les raisons de ces départs seront explicitées dans la partie 3.

remise en question du paiement à l'acte, justifiant leur adhésion au forfait, contrairement à d'autres équipes libérales qui se sont retirées de l'expérimentation. Un centre de santé a mis en œuvre le forfait pour sa patientèle âgée, mais souhaite passer comme les autres centres de santé au forfait pour l'ensemble de sa patientèle médecin traitant.

3.4.3. L'ajustement du forfait selon les territoires

Dès la première année de versement du forfait (début 2021), l'équipe nationale projet a constaté que le modèle de calcul avec ses ajustements rendait le forfait Peps très sensible aux contextes des territoires. Cette grande variabilité pose question, car elle traduit une certaine forme de déconnexion du forfait Peps (somme ajustée de tous les forfaits par patient) des actions et pratiques des équipes expérimentatrices. Cette variabilité peut être liée à des spécificités des patientèles locales mal ou non prises en compte dans le modèle d'ajustement, comme à des caractéristiques en termes d'offre alternative de soins primaires ou secondaires.

Afin de mieux prendre en compte les actions ou les pratiques spécifiques des médecins généralistes expérimentateurs, l'équipe nationale a travaillé depuis 2021 à un ajustement du forfait selon les caractéristiques des territoires, en considérant dans un premier temps une « typologie des territoires de vie » (Chevallard et Mousquès, 2018). Celle-ci permet de prendre en compte plus finement à la fois l'offre de soins, les besoins de soins et l'attractivité des territoires. Cet ajustement n'a pas été mis en place dans le cadre de l'expérimentation, notamment parce qu'il devait remplacer l'ajustement au taux de pauvreté et que les médecins salariés des CDS s'y sont opposés. D'autres arguments ont également pesé dans cette décision de ne pas approfondir davantage les travaux avec cet indicateur, comme la nécessité de prévoir une actualisation régulière de la typologie dans un contexte de sortie de l'expérimentation, afin de s'assurer que dans le temps, cela ne détériore pas l'attractivité d'un territoire donné.

La prise en compte du « taux de pauvreté » comme caractéristique du territoire a été soutenue par plusieurs expérimentateurs car, selon eux, elle présentait l'avantage de mieux considérer les différences de besoins des populations locales en l'absence d'une information individuelle sur le niveau socio-économique des patients dans les bases administratives. L'hypothèse est que la patientèle des zones socio-économiquement précaires requiert une prise en charge médicale spécifique en lien avec des maladies chroniques diagnostiquées plus tardivement ou encore une part plus importante de patients étrangers ne parlant pas ou peu français.

Dans le contexte d'une généralisation de Peps, le choix de la modalité caractérisant les territoires est important car il est déterminant de proposer un calcul du forfait qui prenne en compte les caractéristiques de la patientèle sur le territoire et compense, en moyenne, l'activité des médecins sur ce même territoire au regard de ses spécificités. Il s'agit de s'assurer que ce territoire soit ou reste attractif, ou *a minima* ne perde pas en attractivité. Ce type d'ajustement constitue néanmoins un exercice délicat car s'appuyer sur des logiques de dépenses moyennes des territoires présente aussi le risque d'exacerber les inégalités plutôt que les réduire : en rémunérant moins des structures en zones sous-denses où les dépenses sont en moyenne plus faibles en raison d'un fort rationnement de la demande, et inversement dans les territoires mieux dotés. Par ailleurs, il est impossible, sur le long terme, de conserver un « corridor » de 0 à 20 % (15 % initialement) qui garantirait un niveau de rémunération basé sur une année de référence au paiement à l'acte, du fait notamment des actes dits non nomenclaturés qui s'y développent. Ainsi, il convient de prendre en compte les effets des contextes territoriaux dans le calcul des forfaits Peps avec pour contrainte pratique de mobiliser des variables facilement disponibles dans le temps au niveau des territoires

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

3. Le modèle économique Peps, ses attendus théoriques et ses évolutions

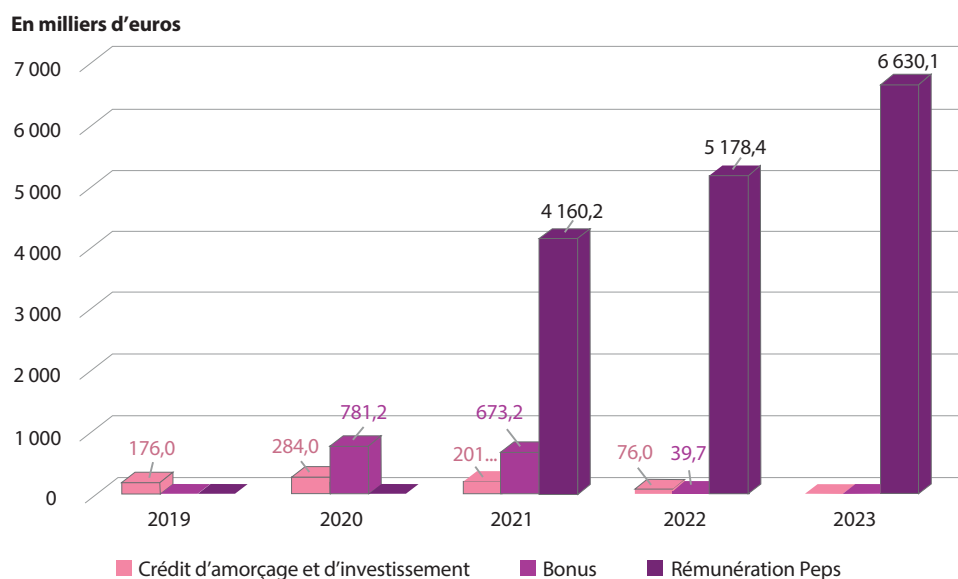
Irdes - décembre 2024

concernés. Dans le même temps, la mise en place de l'expérimentation Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa), à laquelle plusieurs CDS Peps ont été autorisés à participer, a modifié les arbitrages du fait de la difficulté pour l'équipe nationale projet de potentiellement voir deux dispositifs pour un même expérimentateur qui rémunéreraient « *la même chose* ». Derrière ces enjeux de définition et de calculs du forfait global Peps s'ajoute la question de l'enveloppe budgétaire. Pour l'instant, les modalités de calcul sont telles que l'ensemble des centres de santé a bénéficié d'une hausse de 15 % de leurs ressources avec le passage au forfait Peps et cette hausse est directement expliquée par ces modulations. L'ajustement territorial qui a été mis en place pour le calcul des forfaits Peps de 2023 (soit fin 2022) est finalement fondé sur une variable « département », présentée comme un compromis permettant la levée du « corridor » dans les structures expérimentatrices.

3.5. Peps en quelques chiffres

Entre 2019 et 2023, près de 18 200 000 € ont été versés au titre des différents versements Peps : crédits d'amorçage et d'investissement pour 737 000 €, bonus pour 1 494 070 € et enfin rémunération Peps pour 15 968 685 € (graphique 1).

Graphique 1 Rémunérations versées dans l'expérimentation Peps (en milliers d'euros)



Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51]

Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

4. Résultats de l'enquête sociologique sur la mise en œuvre de l'expérimentation Peps

Préambule

Les résultats présentés dans cette partie sont issus d'une approche sociologique compréhensive des pratiques des professionnels des groupements expérimentateurs, en les inscrivant dans des processus plus larges que la seule participation à l'expérimentation Peps, permettant de les analyser.

Comme précisé dans la méthodologie, même si lors des observations menées au niveau national, nous avons eu accès à des informations concernant l'ensemble des structures expérimentatrices, l'analyse repose ici principalement sur des études monographiques détaillées conduites au sein de certaines structures expérimentatrices. Celles-ci ont été sélectionnées pour appréhender la diversité des configurations existantes, et donner à voir des situations contrastées. Si elle ne vise pas à quantifier les processus étudiés, l'analyse éclaire finement les dynamiques en cours dans les structures expérimentatrices, désignées par des pseudonymes.

Afin de faciliter la lecture, cette partie est structurée pour répondre à des questions (qui sont les expérimentateurs sélectionnés et quelles sont leurs logiques d'engagement ? quelles appropriations locales du paiement forfaitaire ? ...). Au début de chaque sous-partie, un encadré de synthèse résume les principaux résultats. Suivent ensuite des illustrations de ces résultats issues des monographies réalisées.

4.1. Qui participe à l'expérimentation Peps ?

Dans une première partie (4.1.1.), nous présentons les caractéristiques des structures, en séparant Maisons de santé (MSP) et Centres de santé (CDS), et en faisant ressortir ce qui est commun et ce qui distingue Centres de santé municipaux (CMS) et CDS à orientation communautaire. Puis, dans une seconde partie (4.1.2), nous analysons les logiques d'engagement de ces différents types de structures dans les expérimentations.

4.1.1. Qui sont les structures (candidates et) sélectionnées ?

Les structures ont été sélectionnées en deux vagues, la première à l'été 2018 et la seconde à l'automne 2019.

Au total, en janvier 2020, 33 structures sont entrées dans l'expérimentation, localisées dans 7 régions.

Les structures sélectionnées présentent des caractéristiques communes, liées aux attendus de l'expérimentation et aux modes de sélection :

- L'Équipe nationale projet (ENP) a sélectionné des équipes « matures », i.e. dont le travail pluriprofessionnel était déjà en partie structuré.
- L'ENP a sélectionné des équipes motivées par ce changement de mode de rémunération.

- L’ENP a éliminé des candidatures d’organisations de santé qui recherchaient des modes de financements complémentaires plutôt que substitutifs.

Il y a également des spécificités à souligner

- Dans le statut des structures (17 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et 16 Centres de santé (CDS), parmi lesquels 11 Centres de santé municipaux (CMS), 1 CDS coopératif et 4 CDS associatifs)
- Dans les configurations d’équipes (variété des groupes professionnels représentés) et dans les caractéristiques de leur environnement (semi-rural, urbain +/- défavorisé)
- Dans la patientèle des structures concernées par l’expérimentation : 18 sur leur « patientèle totale », 9 sur leur « patientèle âgée », 6 sur leur « patientèle diabétique ».

Au fil des phases de sélection successives : des MSP espérées, des CDS acceptés dans l’expérimentation

Au total, lors des deux phases de sélection, 33 structures rejoignent l’expérimentation : 27 à partir de juin 2019, à l’issue de la première vague de candidatures (à l’été 2018), et 6 de plus à partir de janvier 2020 à la suite de la deuxième vague de candidatures (à l’automne 2019) [tableau 3].

Tableau 3 Évolution du nombre de structures engagées dans l’expérimentation Peps

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Collectif libéral (maison de santé ou cabinet pluriprofessionnel)	16	11	11	4	3	3
Centre de santé salarié	11	16	16	16	16	16
Total	27	27	20	19	19	19

Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l’Accès aux soins, Cnam).

À la suite de la publication de l’Appel à manifestation d’intérêt (AMI) en mai 2018, l’équipe nationale Peps reçoivent 39 dossiers de candidatures. La sélection réalisée par l’équipe nationale projet repose d’une part sur l’examen des dossiers de candidature et, d’autre part, sur des échanges avec les référents ARS des régions concernées. Un premier tri des projets s’effectue en fonction de la patientèle sur laquelle ils portent, laissée ouverte au moment de l’AMI : sont retenus ceux portant sur le diabète, sur les personnes âgées ou sur la patientèle totale de la structure, qui concernent un plus grand nombre de candidatures. Ensuite, en lien avec les référents de ARS, l’équipe nationale Peps sélectionne des structures ayant candidaté en affirmant une forte volonté de modifier leur mode de rémunération.

11 dossiers de candidature sont retenus pour participer aux séances de co-construction. Parmi ces candidatures, certaines sont des dossiers communs à plusieurs organisations. Au total, 27 organisations de santé sont retenues, dont 16 MSP, 10 CSM et un CDS associatif d’orientation communautaire (Morize *et al.*, 2021). À l’issue de la co-construction, 6 MSP se retirent de l’expérimentation. La seconde vague de candidatures se fait à plus petite échelle, le cahier des charges publié en juillet 2019 étant diffusé directement par les ARS à des organisations de santé qui pourraient faire de bons candidats. Seulement 8 candidatures sont donc reçues, 6 organisations de santé supplémentaires sont retenues et viennent s’ajouter aux structures de la vague 1, dont 3 CDS communautaires, 2 CSM et 1 MSP.

Les profils des porteurs des équipes engagées sont particuliers

Les professionnels de santé qui candidatent à l'expérimentation Peps, aussi bien pour les CDS que pour les MSP, ont des profils particuliers. Ils possèdent des ressources de différentes natures qui leur permettent d'être sélectionnés dans l'expérimentation.

Tout d'abord, la diffusion des AMI se fait dans un temps restreint, entre début mai et fin juin 2018. Les professionnels qui candidatent sont parfois directement interpellés par les membres des administrations nationales ou régionales, ou abonnés à des *mailing lists* institutionnelles leur permettant d'accéder à ces informations rapidement. Ces CDS et MSP sont organisés de telle sorte que certains de leurs membres, telles que des coordinatrices administratives, réalisent une veille des appels à projet.

Ensuite, la rédaction d'un dossier de candidature conforme aux attentes des équipes nationales demande également un certain niveau d'expérience : certains professionnels mobilisent ainsi de la littérature scientifique ou des statistiques pour mettre en avant leur projet de santé. Des expériences antérieures de rédaction de dossiers de candidature s'avèrent alors précieuses pour compléter les dossiers de candidature pour Peps. Ces ressources en interne et cette expérience sont cumulées par des organisations dont les porteurs participent souvent aux réformes de soins primaires depuis plusieurs années, au travers de la mise en place des structures d'exercice coordonné et du développement des collaborations interprofessionnelles. Ces porteurs ont souvent des engagements dans des syndicats de médecine libérale ou salariée, dans des fédérations pluriprofessionnelles ou dans des unions régionales de professionnels libéraux. Ainsi, dans l'expérimentation Peps, les trois quarts des organisations sont représentées par au moins un médecin avec ce profil (carte 1).

Les profils des MSP impliquées dans Peps

Les maisons de santé réunissent des professionnels de santé libéraux, qui coopèrent autour d'un projet de santé et peuvent bénéficier d'un financement public en échange du respect de certaines conditions, relevant entre autres de la coopération pluriprofessionnelle ou encore de la mise en place d'horaires de permanence des soins (Fournier, 2015).

Dans l'expérimentation Peps, la plupart des MSP ayant participé au processus expérimental s'en sont finalement retirées avant le passage au paiement forfaitaire : en 2021, seules 4 MSP acceptent de passer au paiement forfaitaire, uniquement pour les médecins généralistes. Parmi elles, 2 MSP en patientèle totale conduiront l'expérimentation jusqu'au bout. Une des deux MSP en patientèle diabétique se retire en 2021 en raison de départs à la retraite de médecins généralistes concernés par le forfait. Dans la dernière MSP en patientèle diabétique, le forfait est mis en œuvre sur une petite patientèle (tableau 4).

Carte 1 Répartition des équipes expérimentatrices par vague, par région et par type de patientèle forfaitisée (en 2019)



Note : Fonds de carte « Pacha cartographe ».
Cette carte n'inclut pas les six maisons de santé sorties à l'issue de la co-construction.

Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

Tableau 4 Description des MSP engagées dans l'expérimentation (données 2020, document interne Assurance maladie)

	Effectif de médecins généralistes*	Effectif d'infirmières salariées	Effectif moyen des patients pris en charge dans Peps
2 MSP « patientèle totale »	5	1 à 3	Entre 3 000 et 6 000
2 MSP « patientèle diabétique »	4	2 à 3	Entre 200 et 300

Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l'Accès aux soins, Cnam).

• *Un exemple de MSP étudiée, où le forfait a été mis en œuvre*

La maison de santé de Clézennes est installée dans un village en zone périurbaine, à une vingtaine de kilomètres d'une métropole. Un groupe pluriprofessionnel a d'abord été fondé en 2004, puis à sa suite une MSP en 2014. Elle regroupe en 2020 une vingtaine de professionnels de santé, dont cinq médecins généralistes. Ces derniers ont la particularité de travailler en partage d'honoraires, avant le passage au forfait Peps : les revenus liés au paiement à l'acte, mais également aux rémunérations forfaitaires comme la rémunération sur objectifs de santé publique, sont mis en commun et redistribués à parts égales entre médecins. Les médecins généralistes candidatent à Peps afin d'aligner leur mode de financement avec leur mode de rémunération.

« J'ai parlé de Peps à mes collègues, ils étaient assez demandeurs... On travaillait déjà en partage d'honoraires... [...] C'était très vite clair qu'on allait se lancer dans l'expérimentation [...]. On a rattrapé la première vague, et on a décidé de s'engager directement sur la patientèle complète, et de tout de suite passer... de faire la bascule. [...] Plus vite on y était, mieux c'était, quoi. »

Médecin généraliste libérale
MSP de Clézennes,
février 2022

• *Les MSP de Cadières et de Thiviens, entre engagement et retrait*

Les MSP de Cadières et de Thiviens sont les deux MSP ayant mis en place une partie de leur rémunération au forfait pour la patientèle diabétique. Cependant, dans la suite du rapport d'évaluation, ces MSP seront peu mobilisées comme exemple de la mise en place du forfait, en raison des effets discrets de celui-ci sur leurs organisations du travail. En effet, dans ces deux MSP, le forfait concernait un petit nombre de patients (200 à 300), lié au fait que le forfait est alloué uniquement pour les patients diabétiques. Sa mise en place semble avoir été le sujet d'incompréhensions pour les professionnels de santé, qui ont continué à facturer à l'acte certaines consultations réalisées dans le cadre du suivi de ces patients. Si ces doubles facturations ont été corrigées *a posteriori* par l'équipe nationale, la pérennité de la pratique du paiement à l'acte laisse à penser que peu de modifications du travail ont été effectivement mises en place. La MSP de Thiviens s'est de plus officiellement retirée de l'expérimentation en 2021 à la suite de départs en retraite de médecins généralistes.

La MSP de Cadières a mis en place des protocoles de coopération entre médecins et infirmières libérales autour de la prise en charge des patients diabétiques, ainsi que des consultations avec une diététicienne. Ces protocoles de coopération ont été validés par la Haute Autorité de santé (HAS) au cours d'un processus courant sur plusieurs années qui a retardé leur mise en place effective et restreint le profil des patients mis en charge.

« Donc moi j'ai été obligé d'écrire un protocole de délégation de tâches. C'est moi qui l'ai fait, ça encore. Donc la HAS, hier, ils étaient tous là, ça fait juste quatre mois que je l'ai envoyé [...]. Ils trouvaient que je n'excluais pas assez de monde et qu'il y avait trop de risques que des infirmières ratent des événements parce que justement : c'est des infirmières et pas des médecins. Donc, ils m'ont demandé d'exclure encore plus de cas de ma délégation de tâches. Ce qui n'est pas l'objectif de Peps par ailleurs. C'est en contradiction avec Peps, parce que pour Peps, il était bien question de mettre le plus de cas possibles, parce que si on prend que les cas faciles, je veux dire, ça [n']a plus tellement d'intérêt pour Peps. Parce qu'eux, effectivement, il fallait qu'on prenne tout le monde et pas qu'on sélectionne ; parce que si on sélectionne la facilité, ça sera une expérimentation qui n'aura pas d'intérêt. »

Médecin généraliste libéral
MSP de Cadières

Les profils des CDS impliqués dans Peps

Les CDS sont des structures publiques ou privées à but non lucratif. Contrairement aux MSP, les professionnels y sont salariés. En 2018, lors de la première vague d’engagement dans Peps, 11 CDS ont été sélectionnés pour participer à la rédaction du cahier des charges, puis à l’expérimentation. Cette première vague se composait comme suit : 9 CDS municipaux, 1 CDS coopératif et 1 CDS associatif. En 2020, 5 nouveaux CDS (3 associatifs, dont 1 devenu coopératif depuis et 2 municipaux) entrent dans l’expérimentation, formant la deuxième vague d’inclusion de CDS (tableau 5).

Les CDS qui participent à l’expérimentation Peps le font au titre de leur « patientèle totale » et non d’un segment (diabétiques, personnes âgées), sauf l’un d’eux qui s’engage d’abord sur sa patientèle âgée, mais envisage de passer au forfait également pour l’ensemble de sa patientèle.

Douze de ces CDS se situent en Île-de-France, où les CDS municipaux sont historiquement davantage présents que sur le reste du territoire français, du fait de leur histoire liée à celle de la « banlieue rouge » et du communisme municipal (Carini-Belloni, 2022).

Tableau 5 Description des CDS engagés dans l’expérimentation

	Effectif de médecins généralistes*	Effectif d’infirmières*	Effectif 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

*Décompte en personnes actives (stagiaires externes exclus pour les médecins).

Source : Données de suivi des expérimentations (ministère de la Santé et de l’Accès aux soins, Cnam).

Les CDS polyvalents municipaux sont des structures d’exercice pluriprofessionnel rassemblant divers métiers du soin, mais aussi des travailleurs sociaux, des agents d’accueil, des travailleurs administratifs. Les CDS municipaux sont rattachés à la commune et, à ce titre, leur projet suit les objectifs de l’agenda politique local.

Les deux CDS municipaux enquêtés se trouvent en Seine-Saint-Denis : l’un à Bonnard, l’autre à Jolyfont. Bien qu’étant ancrés dans deux communes séparées, leur proximité géographique et les similarités de leurs patientèles leur ont permis de proposer une candidature commune à Peps et d’y « entrer » ensemble. Le département du 93 a comme particularité d’être le plus pauvre de France hexagonale : les patients du territoire se caractérisent « par des indicateurs péjoratifs, que ce soit concernant le taux de chômage ou la proportion de bénéficiaires de l’Allocation aux adultes handicapés (AAH), du Revenu de solidarité active (RSA) et de la Couverture maladie universelle (CMU) » (Marques *et al.*, 2015). En outre, la Seine-Saint-Denis se caractérise comme un désert médical : il s’agit du 89^e département (sur 100) de France en termes de médecins généralistes par habitant (Mariette, Pitti, 2020). Dans ce contexte, le rôle de premier recours des CDS est particulièrement important.

Autour du CDS de Bonnard, il n’y a par exemple aucune MSP sur le territoire et le nombre de médecins généralistes par habitant est beaucoup plus faible que la moyenne nationale. Ces constats objectivent le discours du directeur de la structure, qui considère que l’activité du centre a une portée d’intérêt général, dans un contexte de désert médical.

Les CDS de droit privé (associatifs et coopératif) d'orientation communautaire engagés dans l'expérimentation ont une spécificité par rapport aux CDS municipaux ou communaux : ils sont plus fortement implantés dans des quartiers classés comme prioritaires par la politique de la Ville, particulièrement marqués par les inégalités. Les quartiers des trois CDS d'orientation communautaire étudiés sont tous des « quartiers HLM », « périphériques de grandes unités urbaines » ou « de banlieues éloignées de grandes unités urbaines », dans la « typologie des cadres de vie » construite par l'Observatoire national de politique de la ville ; ils sont en majorité des « grands quartiers défavorisés », voire des « quartiers ségrégués » dans la « typologie de cohésion sociale » du même Observatoire (ANCT, 2022). Le taux de pauvreté au seuil de 60 % (c'est-à-dire la part de la population dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian) y est trois à quatre fois plus élevé qu'à l'échelle de l'Hexagone, la proportion de logements sociaux entre trois et six fois supérieure, le taux d'emploi des hommes de 9 à 30 points de pourcentage inférieur à l'échelle hexagonale, et pour celui des femmes, l'écart est plus important encore (de 15 à 37 points de pourcentage inférieur à ce qu'il en est à l'échelle hexagonale). L'offre de soins y est moindre qu'ailleurs : pour n'en donner qu'un exemple, avant que la Cité en santé, l'une des trois structures de ce type étudiées, n'ouvre ses portes en 2018, le quartier (très éloigné du centre, enclavé et faiblement desservi par les transports en commun) ne comptait que deux médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 13,8 à l'échelle de la ville entière et 8,9 à l'échelle hexagonale. À l'échelle nationale, 86 % des 1 514 quartiers classés comme prioritaires par la politique de la Ville ne disposent d'aucune structure de soins de premiers recours (ANRU, 2021).

4.1.2. Quelles logiques d'engagement et de désengagement dans l'expérimentation Peps ?

Les logiques d'engagement des structures diffèrent en partie selon leur statut (libéral ou salarié) :

- Parmi les équipes libérales des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), cibles premières de l'expérimentation, figurent certaines MSP qui s'engagent avec enthousiasme dans l'expérimentation, mais la plupart s'en retirent. Les deux MSP engagées au titre de l'ensemble de leur patientèle sur toute la durée de l'expérimentation regroupent des médecins généralistes qui souhaitent réformer en profondeur le système de paiement à l'acte, position minoritaire parmi les médecins libéraux. Les autres médecins engagés dans l'expérimentation souhaitaient adapter les modes de rémunérations aux besoins de patientèle spécifiques (âgées, diabétiques) pour lesquels ils trouvaient que le paiement à l'acte ne permettait pas une prise en charge satisfaisante, mais s'en sont retirés pour la plupart au regard des difficultés à mettre en œuvre un forfait collectif.
- Dans les équipes salariées des Centres de santé (CDS), structures moins attendues dans l'expérimentation¹⁰, l'objectif est à la fois de stabiliser leur modèle économique fragile, de sortir du paiement à l'acte qui ne permet pas de financer leurs actions, et de faire reconnaître un modèle particulier. Ce dernier est caractérisé par une approche pluriprofessionnelle et médico-sociale, à la fois curative et préventive, voire, par une conception du soin qui dépasse des frontières de la médecine pour inclure les dispositifs multiples de prise en charge de la santé entendue comme un état complet de bien-être physique, mental et social, depuis l'acte de soin jusqu'à l'accès à une protection sociale et à un logement salubre. Les CDS font ainsi un usage pratique et politique des expérimentations, qui repose sur des habitudes de travail en équipe et des logiques d'engagement antérieures.

¹⁰ Sur ce point, voir le *Questions d'économie de la santé* n° 285 de Julia Legrand et Laure Pitti : « Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 CDS ».

Les MSP, cible première des expérimentations

Les médecins généralistes libéraux qui s'engagent dans le forfait Peps sont des médecins actifs dans les transformations récentes des soins primaires, promoteurs de l'exercice coordonné. Ils ont tous déjà participé à de précédentes expérimentations ou contractualisation avec les pouvoirs publics. Ces médecins généralistes sont caractérisés par un goût marqué pour le changement institutionnel. Ils sont également familiarisés aux rapports avec les pouvoirs publics, au cours desquels ils ont développé une capacité à penser la transformation structurelle des soins primaires comme une succession de projets. Ces médecins généralistes partagent cependant une critique plus ou moins vive du paiement à l'acte.

Les médecins des deux MSP (Mazernard et Clézennes) qui candidaient à l'expérimentation pour l'ensemble de leur patientèle et mettent en œuvre le forfait concrètement partagent des caractéristiques spécifiques. Tout d'abord, ils perçoivent le paiement à l'acte comme « délétère », rémunérant mieux les médecins aux pratiques productivistes et ne favorisant pas le développement de pratiques plus qualitatives, qui nécessitent du temps. Très critiques du paiement à l'acte, ces médecins voient dans le paiement au forfait un moyen de ne plus subir l'impératif de productivité à l'acte, mais également d'être payés et de faire payer les soins de manière plus juste.

« Concrètement que ça [Peps] a l'air de fonctionner et que moi, ça m'a permis de trouver cette espèce d'exercice professionnel dont je rêvais. »

Médecin généraliste libéral

MSP de Mazernard,
novembre 2021

Ensuite, dans les deux MSP, les équipes médicales sont composées de cinq à six médecins, dont les fondateurs ont de longues habitudes de travail ensemble, remontant à leurs études ou à leur installation. Cependant, les deux équipes incluent également des jeunes médecins généralistes, qui se sont installés depuis moins de trois ans avant la mise en place du forfait, voire s'installent directement au forfait. Certains de ces jeunes médecins généralistes partageaient avec leurs aînés une forte critique du paiement à l'acte. D'autres jeunes médecins étaient moins critiques, mais ont été convaincus par leurs collègues puis par la mise en pratique de l'expérimentation, ce qui montre également que le passage au forfait ne concerne pas uniquement des médecins radicalement critiques du paiement à l'acte, et que les interactions entre médecins sont importantes dans ces processus.

« Moi, initialement, j'ai regardé de très, très loin, j'étais installée depuis dix-huit mois. L'empressement, tout cela, de changer alors que moi, je commençais juste à trouver un petit équilibre, à connaître enfin mes patients [...]. Cela a été assez perturbant et, au début, j'y regardais un petit peu de loin, je ne voyais pas trop l'empressement à sortir du paiement à l'acte. Moi, je n'étais pas quelqu'un qui courait, en plus, après l'argent, donc si j'avais besoin de 30 minutes pour quelqu'un, je prenais 30 minutes. Maintenant que je suis installée en forfait, je me rends compte que non, en fait [Rires]. Effectivement, vous regardez toujours votre porte-monnaie, de rajouter un patient, d'enlever un patient, de prendre une demi-journée par-ci, par-là, forcément, c'est de l'argent en moins. Là, on se pose nettement moins cela. »

Médecin généraliste libérale

MSP de Mazernard,
novembre 2021

Par ailleurs, la mise en place d'un partage des rémunérations requiert une confiance réciproque au sein des collectifs de médecins. Le profil spécifique de ces médecins montre qu'un forfait de type « Peps » pour l'ensemble de la patientèle ne pourra probablement être mis en place que dans des équipes libérales où :

- Au moins une partie des médecins (et notamment les porteurs) ne souhaitent plus être rémunérés au paiement à l'acte. Si la critique du paiement à l'acte est répandue parmi les médecins généralistes libéraux, il semble que la plupart d'entre eux y restent attachés et ne souhaitent pas le voir totalement remplacé par un autre mode de paiement.
- Les médecins partagent des valeurs ou des habitudes de travail ensemble leur permettant de collectiviser leur activité et leur rémunération, malgré des pratiques différenciées : il faut que les médecins reconnaissent mutuellement le travail de leurs collègues et se sentent en confiance dans le cadre d'un partage de rémunération. Ce dernier peut en effet entraîner des tensions dans l'équipe si certains médecins estiment l'activité de leurs collègues insuffisante. Dans le cas des MSP enquêtées, les médecins partagent une vision globale de la santé, qui leur permet de reconnaître que les pratiques de consultations longues de certains d'entre eux (par exemple) ne sont pas un poids pour l'équipe, mais liées à une qualité dans la prise en charge ou à la complexité des patients suivis.

Le désengagement de la majorité des MSP du forfait Peps

De l'autre côté, les professionnels de 14 MSP quittent le processus expérimental à divers moments : 6 MSP ne s'engagent pas dans l'expérimentation à l'issue de la co-construction (certaines ne sont pas retenues en raison d'une taille de la patientèle trop petite). Huit MSP autorisées à participer à l'expérimentation quittent celle-ci en 2020 ou 2021. La plupart des départs sont liés à la difficulté de mettre en commun des rémunérations entre médecins généralistes libéraux, voire entre médecins et infirmières lorsque le forfait est envisagé pour les deux professions. Certains médecins n'avaient d'ailleurs pas compris, au moment de candidater à Peps, que les médecins eux-mêmes seraient responsables d'établir des clés de répartition du forfait. Certains de ces médecins libéraux avaient d'ailleurs candidaté à Peps dans l'espoir d'y trouver un financement complémentaire au paiement à l'acte, pour financer des projets de santé publique ou de coopération interprofessionnelle. Dans une candidature commune aux MSP de Bigord, de Campenois et de Tonquette, ce sont ces deux problématiques que l'on retrouve : les médecins pensaient pouvoir financer au travers de Peps un programme de prévention des chutes des personnes âgées, incluant du temps de travail de kinésithérapeute et d'infirmières non pris en charge par l'Assurance maladie. Le caractère substitutif et collectif du forfait a découragé les médecins de s'engager dans l'expérimentation à l'issue de la co-construction.

« Le projet sur lequel on a été retenu, c'était de développer notre projet de prévention sur les personnes âgées avec un financement forfaitaire et que l'on voulait partager avec deux autres MSP, une à Bigord et une à Campenois. Et donc, finalement, j'ai réussi à convaincre les collègues et nous avons signé notre projet [...]. On a bien bossé avec l'équipe, là, à Paris, jusqu'au moment où on a compris que la rémunération forfaitaire allait être remise à l'équipe qui s'engageait là-dedans avec la responsabilité de redistribuer cette rémunération entre les acteurs. Et cela a tout de suite tilté dans l'équipe des médecins généralistes et de la MSP de Bigord, en particulier [...]. Le leader de Bigord a vite senti qu'il n'avait pas la posture ni l'autorité pour imposer à ses collègues une distribution d'honoraires. Il ne se sentait pas capable de le faire, ni la légitimité de le faire et il a vu que, s'il se mettait dans ce rôle-là et que cela causait, qu'il y avait des discussions, cela allait faire exploser l'équipe. »

Médecin rhumatologue libéral
MSP de Tonquettes,
mars 2020

La collectivisation des rémunérations heurte leur logique libérale : les médecins se revendiquent autonomes dans leur travail et leur rémunération, et cette autonomie ne concerne pas uniquement les pouvoirs publics, mais également leurs pairs. En impliquant un partage collectif du forfait, Peps implique davantage d'interdépendance entre les médecins dans des MSP où ils développent leur travail clinique de manière indépendante les uns des autres. Le retrait de l'expérimentation permet ainsi de préserver le collectif d'un risque de dissolution et l'autonomie des médecins généralistes.

De telles préoccupations se retrouvent également dans les équipes qui cherchaient à mettre en place un forfait pour les médecins généralistes et les infirmières libérales. Elles sont doublées d'un autre enjeu : celui de la définition de barèmes de rémunération entre médecins et infirmières. En effet, dans ces MSP, le potentiel passage au forfait a suscité des discussions sur la rémunération des professionnels. Les MSP concernées par une collaboration avec une infirmière libérale sont toutes impliquées sur les patientèles âgée ou diabétique. La mise en place du forfait ne concerne qu'une petite partie de la patientèle – et souvent, une encore plus petite partie de la patientèle commune. Sa redistribution est souvent envisagée par la création d'une nouvelle nomenclature d'actes. Par exemple, à la MSP de Cadières, qui participe pour la patientèle diabétique, les professionnels conçoivent le partage du forfait par la création de nouveaux actes. D'une part, les médecins généralistes recevraient 25 euros par consultation avec des patients diabétiques (sans modification du mode ou du niveau de rémunération par rapport à la rémunération antérieure à l'acte). D'autre part, les infirmières réaliseraient des consultations de suivi dans le cadre d'un protocole de délégation de tâche validé par la HAS. Ces consultations de suivi, pourtant plus longues que celles réalisées par les médecins, seraient rémunérées 12 euros.

Dans la MSP de Saponost, le partage de la rémunération entre médecins et infirmières soulève de nombreuses discussions. Comme à la MSP de Cadières, il est envisagé de redistribuer le forfait sous forme d'actes jusqu'alors non pris en charge par l'Assurance maladie. Cependant, les infirmières libérales de la MSP de Saponost estiment qu'à travail égal, elles devraient obtenir la même rémunération que les médecins et elles refusent une redistribution inégalitaire du forfait, envisagée par les médecins.

« Dès le démarrage, on a parlé de la rémunération. Dès que l'on est rentré de la première réunion de Paris, j'ai fait : « Cela va être le truc, ça va exploser ! » [...] C'est un gros, gros sujet. Alors un chiffre est apparu très vite chez les médecins, c'est le deux tiers, un tiers, c'est-à-dire deux tiers des rémunérations médicales, un tiers des rémunérations infirmiers. Qui n'était pas du tout idiot par rapport aux sommes. On va être clair, cela devait jouer sur 900 ou 1 000 euros donc, sur la totalité du volume, ce n'était pas ... Non plus ! Mais quand on a commencé à creuser, là, je peux vous assurer que, par individu, il y avait un gros, gros différentiel. Là, déjà, cela commençait à tilter [...] ! Très rapidement, la discorde sur les sous est arrivée [Rires]. Mais une discorde qui n'était pas ... À chaque fois, je disais : « Vous y réfléchissez ! » Voilà : « Comment on peut faire ? » Et les médecins ont trouvé une parade, [...] C'était : On utilise au maximum les infirmières Asalée, parce que les infirmières Asalée ne vont pas enclencher un coût sur notre rémunération, et on continue à utiliser les infirmières comme avant. »

Infirmière libérale,
MSP de Saponost,
décembre 2020

Les médecins généralistes envisagent alors d'entrer dans l'expérimentation avec des infirmières salariées, un moyen de contourner un partage pluriprofessionnel du forfait. Mettant en tension à la fois la répartition du travail de soin, mais également celles des rémunérations, le forfait Peps menace l'équipe, qui décide alors de quitter l'expérimentation.

« C'était une expérimentation [...] ça nous plaît, on reste et on va plus loin et si ça ne nous plaît pas ou, en tout cas, on voit des difficultés et pas plus d'avantages, dans ce cas-là, on retire nos billes parce qu'il ne fallait pas non plus fragiliser le groupe. »

Infirmière libérale
MSP de Saponost,
décembre 2020

Cette difficulté à se répartir l'argent est importante entre médecins, mais encore plus entre groupes professionnels, car elle fait se rejouer des hiérarchies professionnelles. Cela souligne les difficultés à mettre en place des rémunérations substitutives collectives en libéral – au sein d'une même profession ou entre médecins généralistes et infirmières.

Les CDS, des expérimentateurs inattendus : usages pratiques et politiques de l'expérimentation

Les CDS font un usage pratique de l'expérimentation, qui constitue une première explication de leur implication : Peps constitue un instrument de stabilisation budgétaire relative pour ces structures au modèle économique fragile et complexe ; il permet aussi une gestion simplifiée de la patientèle pour ces structures qui pratiquent systématiquement le tiers-payant.

Le montage financier des CDS est en effet complexe et varie selon qu'il s'agit de structures municipales ou de structures coopératives ou associatives. Des points communs sont néanmoins observés entre ces différents types de CDS : avant Peps, une part de leurs ressources (la moitié pour les CDS associatifs et coopératifs, et les trois quarts pour les CDS municipaux) provient de l'Assurance maladie (Igas, 2022) via la cotation des actes et leur remboursement, les rémunérations sur objectifs (comme la Rosp) et les rémunérations forfaitaires¹¹. Avec la mise en œuvre de Peps, le forfait substitutif à l'acte vient s'ajouter aux autres forfaits et aux rémunérations sur objectifs. Pour autant, le forfait prévu par Peps étant substitutif, et même s'il a pu être jusqu'à 20 % supérieur à la rémunération antérieure à l'acte, les CDS sont restés dépendants de financements complémentaires pour couvrir la part restante de leur budget global (soit environ 20 % pour les CDS municipaux et 40 % pour les CDS associatifs et coopératifs). En effet, les CDS développent de longue date une prise en charge globale (incluant la prévention) et médico-sociale (ouverture de droits sociaux, médiation en santé, interprétariat) qui n'entre pas dans le périmètre d'un modèle de rémunération à l'acte et n'est donc que partiellement financée par l'Assurance maladie. Le modèle économique des CDS, qui reste d'ailleurs peu documenté dans le détail (Igas, 2020), est ainsi exposé à des déséquilibres comptables dans un système de rémunération à l'acte.

Si les CDS municipaux sont soumis à l'agenda politique (certains d'entre eux ont été fermés par suite d'un changement de couleur politique de la municipalité), ils peuvent généralement compter sur les subventions de la municipalité pour équilibrer leur budget. La

¹¹ Tout comme les médecins généralistes libéraux, les médecins salariés des Centres de santé (CDS) bénéficient d'une partie de leur rémunération au forfait, liée aux patients affiliés aux médecins traitants, à la Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) ou encore à l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des CDS signataires.

pression économique est plus forte sur les CDS associatifs et coopératifs, dont la pérennité dépend d'un budget annuel à l'équilibre et d'une recherche de financements chaque année. À titre d'exemple, en 2019, 50,5 % des ressources de la Cité en santé, l'un des trois CDS associatifs à orientation communautaire étudiés, reposaient sur des subventions émanant de dossiers annuels de demandes financements auprès de huit institutions (ARS, Caisse d'allocation familiale (CAF), Conseil régional, Conseil départemental, municipalité, politique de la Ville, Commissariat général à l'égalité des territoires, Cnam au titre de la subvention dite « Teulade »). Pour mettre en œuvre un projet de santé à orientation communautaire, *i.e.* à l'échelle d'une communauté de vie, en l'occurrence un quartier labellisé politique de la Ville marqué par des inégalités sociales multiples, ces structures ont donc impérativement besoin de financements complémentaires.

La complexité du modèle économique des CDS a des effets sur les compétences organisationnelles développées par leurs équipes qui expliquent le succès de leur enrôlement dans Peps. Celui-ci tient, d'une part, au fait que les professionnels sont habitués au financement collectif, à la différence de ceux des structures libérales comme les MSP. 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. Le succès de l'enrôlement dans Peps tient, d'autre part, au fait que les CDS emploient des professionnels rompus à la recherche de financement et à leur suivi comptable, qui ont l'expérience requise pour répondre à des appels à projets et parfois un temps de travail dédié à cette tâche. Il s'agit de responsables administratifs et financiers en CDS municipaux, de coordinateurs et coordinatrices en CDS associatifs, ou encore de directrices en CDS coopératifs.

La motivation des CDS à s'engager dans l'expérimentation Peps n'est cependant pas exclusivement économique – et la surreprésentation des CDS municipaux qui ont une pression économique moindre que les CDS de droit privé, le montre. La motivation est aussi politique. Les équipes des CDS trouvent dans l'expérimentation une caisse de résonance à la critique qu'ils font du paiement à l'acte, inadapté à une prise en charge globale et nécessairement médico-sociale dans les territoires où ces CDS à but non-lucratif sont implantés, très fortement marqués par la pauvreté. La volonté de faire reconnaître le modèle (pluriprofessionnel, médico-social, à la fois curatif et préventif) des CDS dans l'organisation des soins, de « faire bouger le modèle biomédical » (entretien avec un ancien directeur médical, CDS coopératif de Rupois, mai 2022) est un puissant moteur d'entrée dans l'expérimentation, que relaient les fédérations et organisations représentant les professionnels exerçant en CDS.

Les porteurs de l'expérimentation en CDS ont tous un rapport à l'engagement qui préexiste à l'entrée dans l'expérimentation. Cependant, la nature de cet engagement varie selon les origines et les trajectoires professionnelles de ces porteurs. En la matière, ceux des CDS municipaux et coopératifs se distinguent de ceux des CDS associatifs.

En CDS municipaux et coopératifs, les porteurs de l'expérimentation sont les directeurs médicaux des structures, qui s'en font les porte-paroles, en même temps qu'ils se font les porte-paroles du segment salarié de la profession médicale. Enfants d'employés et d'ouvriers pour une partie d'entre eux, socialisés et formés dans des territoires précarisés, ils ont fait le choix d'exercer une « médecine sociale », attachés qu'ils se disent au service public de santé et à l'exercice salarié de la profession médicale. La plupart des porteurs en CDS municipaux sont engagés dans des activités de représentation professionnelle ; une minorité occupe également des positions dans l'administration locale de la santé, comme directeur de

la santé, ce qui constitue un trait commun avec les profils des médecins en MSP engagés dans Peps, qui occupent eux aussi des positions dans des associations et mouvements d'exercice regroupé et pluriprofessionnel et sont engagés syndicalement.

En CDS associatifs, l'habitude du travail collectif découle du fonctionnement en autogestion, qui va de pair avec (*a minima*) une réunion d'équipe hebdomadaire dédiée au fonctionnement de la structure, qui vient s'ajouter à celle dédiée à la prise en charge pluriprofessionnelle des patients. À la différence des CDS municipaux ou coopératifs, aucun porteparole 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 (ils sont issus des classes moyennes, voire supérieures, avec des parents fonctionnaires ou cadres supérieurs du secteur privé) les différencient aussi des porteurs de CDS municipaux. S'ils ont, comme les porteurs municipaux, des expériences en matière d'engagement, la nature de celles-ci les différencie là encore de leurs homologues exerçant en CDS municipaux : contrairement à ces derniers, leur engagement n'est ni syndical ni partisan, mais très souvent associatif, d'abord dans l'humanitaire, puis dans des associations d'éducation populaire ou encore dans des mouvements féministes. Les porteurs de CDS associatifs partagent avec ceux des CDS municipaux un attachement au travail de soin conçu comme une mission de service public dans ces structures à but non-lucratif. Du fait de l'implantation quasi-systématique des CDS d'orientation communautaire en quartiers classés comme prioritaires par la politique de la Ville, cet engagement transparaît dans une attention revendiquée à la lutte contre les inégalités sociales de santé dans ces quartiers défavorisés.

4.2. Pratiques locales et appropriations du paiement forfaitaire

Préambule

Les pratiques et représentations décrites dans cette partie concernent le travail des expérimentateurs au sein des structures expérimentatrices, travail réalisé avec les moyens conférés par l'expérimentation. L'analyse s'appuie sur des études de cas et ne prétend donc pas à l'exhaustivité.

Les pratiques correspondant au travail permettant le déploiement de l'expérimentation ne sont pas décrites ci-dessous, mais bien parties prenantes du travail d'expérimentation : il s'agit notamment du travail des membres de l'équipe nationale et de leurs partenaires nationaux pour porter l'expérimentation, du travail des intermédiaires régionaux pour accompagner celle-ci dans leurs territoires d'intervention, et du travail des porteurs des projets et des quelques professionnels investis localement au sein des groupements, comportant notamment des relations avec l'équipe nationale, un travail politique local et avec les collègues, l'établissement de remontées pour le suivi des indicateurs, les réponses aux enquêtes pour l'évaluation.... Ces pratiques ont été décrites en détail (Morize et al., 2021 ; Bourgeois et al., 2021). Elles ne sont pointées ici que lorsqu'elles présentent des spécificités qui différencient les structures étudiées.

L'équipe nationale attend de l'expérimentation des « modifications organisationnelles ». Celles-ci correspondent à des évolutions de l'organisation du travail médical et infirmier, lesquelles sont considérées comme freinées par le paiement à l'acte : par exemple, le développement de l'offre de prévention (qui demande du temps), ou de la coopération interprofessionnelle (qui peut entraîner une certaine concurrence en libéral notamment).

Ces évolutions attendues peuvent donc porter sur les pratiques auprès des patients et sur la répartition du travail entre professionnels.

La rémunération Peps vise à permettre le développement des protocoles de coopération (des transferts de tâches ou des interventions coordonnées entre plusieurs professionnels) ou des actes jusqu'alors peu ou pas rémunérés dans le système de paiement à l'acte ou non pris en charge par l'Assurance maladie, comme des tâches de prévention ou encore de médiation en santé (accompagnement des patients dans leurs démarches administratives liées à la santé).

Cette partie se penche sur les pratiques professionnelles locales et les appropriations des expérimentations au sein des organisations de santé. Nous les présentons ici de la manière suivante :

- Quelles évolutions peut-on observer dans la division du travail et dans les pratiques de coopération interprofessionnelle ?
- Quel travail est mis en valeur en matière d'accueil et d'accompagnement des patients ?
- Quelles évolutions des pratiques médicales ?
- Quelles modalités de partage des rémunérations ?
- Quels rapports à l'expérimentation et aux modèles économiques ?

Pour chaque question, nous présentons tout d'abord les évolutions décrites dans les deux MSP ayant mis en œuvre en pratique le paiement au forfait pour l'ensemble de leur patientèle : celles-ci, portées par des professionnels atypiques, promeuvent une vision du soin globale (prenant en compte les dimensions physiques, psychiques et sociales de la santé), qui préexistait à l'entrée dans les expérimentations, et qui reste congruente à la fois avec les possibilités ouvertes par la rémunération Peps et avec la manière de l'utiliser. Puis nous détaillons les effets de l'expérimentation dans les CDS enquêtés : dans ces structures, il s'agit encore davantage de faire reconnaître et de renforcer une organisation préexistante, qui relevait jusque-là de financements non pérennes : Peps est investi comme un instrument de solvabilisation de leur organisation et de leurs pratiques par les CDS qui développent de longue date un exercice coordonné pluriprofessionnel et une prise en charge globale, pour lesquels plusieurs rapports ont montré l'inadéquation du paiement à l'acte pour le financement de leurs activités (Igas, 2007, 2013, 2020).

Précisons que le début de la mise en œuvre de l'expérimentation a coïncidé avec la pandémie de Covid-19, et que les structures se sont engagées notamment dans des actions collectives de dépistage et de vaccination, voire d'« aller-vers » les populations les plus éloignées des soins. Ces actions, tout en retardant la mise en œuvre de celles initialement prévues dans l'expérimentation, ont constitué des expériences de travail collectif intenses et ont renforcé des dynamiques d'équipes (qui ont ensuite perduré ou au contraire se sont atténuées selon les cas).

En théorie, l'effet de Peps est moins manifeste en CDS qu'en MSP (sortir du paiement à l'acte pour les médecins libéraux constitue un changement de paradigme fort), car les tâches entérinées par l'expérimentation étaient déjà très développées dans les premiers au regard des secondes : prévention, suivi et adressage des patients, médiation et coordination des soins, notamment avec les acteurs du social sur le territoire. Pour autant, Peps a permis aux CDS de formaliser et de développer des tâches existantes, et de valoriser et rendre visible auprès des équipes nationales en charge de l'expérimentation des actes non nomenclaturés, jusqu'alors invisibilisés et non rémunérés – ce qui était ressenti comme une injustice par

les médecins généralistes du segment salarié de la profession, en comparaison du segment libéral qui aurait mieux réussi à « vendre son modèle ». De plus, de manière concrète, Peps constitue une charge de travail supplémentaire pour les équipes de CDS dans la phase d'implémentation de la rémunération au forfait, en comparaison des équipes des MSP, du fait de la nécessité de recenser les actes inclus dans le forfait.

4.2.1. Des évolutions en matière de division du travail et de coopération entre médecins et infirmières (et d'autres professionnelles paramédicales ou extra-médicales)

Les évolutions en matière de coopération entre médecins généralistes et infirmières étaient le premier objectif du forfait. Cependant, le modèle économique ne propose finalement pas de forfait spécifique aux infirmières, mais uniquement un forfait substitutif pour les médecins généralistes, pouvant augmenter la rémunération forfaitaire jusqu'à 15 % de plus qu'à l'acte, par rapport à une année de référence. Dans les structures qui bénéficient de cette hausse des ressources financières, celle-ci peut participer à la marge à rémunérer d'autres professionnels que les médecins, et notamment des infirmières.

En Maison de santé pluriprofessionnelles (MSP) : les médecins généralistes collaborent avec des infirmières salariées (employées de l'association Asalée, ou de la MSP en elle-même), mais ces coopérations sont permises avant tout par des financements additionnels à Peps permettant ce salariat (Asalée, conventionnement en MSP, assistants médicaux, autres expérimentations...).

En Centre de santé (CDS) : la mise en place du forfait accompagne le développement de la profession infirmière, avec les infirmières salariées de la structure ou, comme en MSP, employées de l'association Asalée. Elle va de pair avec un renforcement des délégations de tâches entre médecins généralistes et infirmières en pratique avancée, notamment de tâches de prévention, mais aussi de nouvelles fonctions comme celles de coordinateurs médico-sociaux ou d'accueillants, qui mettent au jour et valorisent le rôle de l'accueil en CDS.

Dans les maisons de santé, une coopération entre médecins généralistes libéraux et infirmières salariées

Dans les deux MSP participant à l'expérimentation, la mise en place d'un forfait concernant uniquement les médecins généralistes (et non le forfait pluriprofessionnel initialement envisagé par l'équipe nationale) n'a pas affecté les projets des professionnels de santé : ceux-ci s'étaient engagés dans l'expérimentation avec des infirmières salariées, et non libérales. Ces infirmières n'étaient pas rémunérées à l'acte avant le passage au forfait et donc pas concernées par un forfait pluriprofessionnel.

Dans les deux MSP, se développent des coopérations entre médecins généralistes et infirmières. À Clézennes, une infirmière Asalée prend en charge une partie du suivi des enfants, en réalisant des consultations d'une heure et demie incluant de la prévention et du dépistage à six, neuf et onze ans. À Mazernard, une infirmière de parcours, salariée de la MSP, réalise des tâches de coordination des patients, de médiation en santé (accompagner les patients dans l'établissement de dossiers administratifs en lien avec leur santé) et des tâches administratives (remplir les dossiers des nouveaux patients). Une infirmière en pratique avancée, salariée de l'association Asalée, prend en charge une partie des consultations

de suivi des patients atteints de maladie chronique, et met en œuvre également de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP).

Le développement du salariat infirmier permet sans aucun doute d'accroître la coordination entre médecins généralistes et infirmières, de faciliter des délégations de tâches et de développer des tâches non prises en charge par le paiement à l'acte, mais précieuses pour la santé des patients, comme la prévention ou la médiation en santé. En revanche, il est difficile d'attribuer ces évolutions au seul forfait Peps, alors qu'elles sont principalement rendues possibles par d'autres financements permettant le salariat des infirmières. De telles coopérations sont également observables dans des MSP où des infirmières sont salariées, mais où les médecins sont rémunérés à l'acte. Néanmoins, dans le cadre du forfait Peps, les médecins se sentent plus libres dans l'organisation de leur travail, leur rémunération n'étant plus seulement soumise à la réalisation d'actes, ce qui peut faciliter le fait de prendre des temps pour se coordonner avec les infirmières.

En CDS, un renforcement des délégations de tâches entre médecins et infirmières salariées et des coopérations entre médecins et personnels d'accueil

Dans les CDS, les délégations de tâches entre médecins et infirmières existent depuis plusieurs années, parfois encouragées par les ARS comme ce fut le cas en Île-de-France et en Occitanie dès le milieu des années 2010 avec l'expérimentation d'une délégation aux infirmières de la prévention des cancers du col de l'utérus par frottis (Mariette, Pitti, 2021).

Le forfait Peps a pu permettre d'accroître des délégations de tâches vers des infirmières qui « montent en compétences », notamment les infirmières en pratique avancée. Dans le CDS municipal de Bonnart, le mandat de l'IPA et le partage des tâches sont travaillés collectivement par l'infirmière, les médecins généralistes et le médecin directeur, dans la perspective de prendre en charge les patients atteints de diabète :

« Mon mémoire a consisté sur ce fameux protocole d'organisation qu'on doit instaurer pour pratiquer, [...] on a neuf pathologies [chroniques] qu'on peut gérer. [...] Et moi, je me sens plus à l'aise, je vois vraiment la nécessité de gérer le diabète au sein du centre de santé. Donc j'ai visé en premier lieu cette pathologie-là. Pour démarrer. Pour que je me sente à l'aise et tout ça. Et donc on a écrit ce protocole ensemble avec les médecins [généralistes] et [le directeur du centre]. [...] Voilà, tout le monde est d'accord pour collaborer avec moi. »

Infirmière en pratique avancée
CDS municipal de Bonnart

Dans les CDS associatifs d'orientation communautaire, les infirmières sont soit salariées par l'association Asalée (c'est par exemple le cas à l'Espace Santé-Belle Île ou à l'Île en santé), soit salariées du centre, lequel a signé une convention avec l'association Asalée qui rémunère ce faisant la structure (c'est le cas à la Cité en santé). Outre leur activité de consultation, les infirmières prennent en charge des activités collectives à visée préventive, en coopération avec des médecins généralistes de la structure (à l'instar du « groupe de marche » hebdomadaire à la Cité en santé, animé par une infirmière de l'équipe, à laquelle se joint parfois une des médecins généralistes) ou d'autres professionnels. À l'Île en santé, infirmière et kinésithérapeutes ont mis en place plusieurs prises en charge collectives, comme celle du groupe dit de réhabilitation respiratoire, qui donne tout son sens au mandat Asalée, à la fois dans sa dimension de travail en équipe et sa mission de santé publique.

« Cela avait du sens d'être infirmière Asalée ici. En tout cas, c'est vraiment un lieu chouette pour être infirmière Asalée parce qu'il y a de quoi faire. Il y avait toute cette envie autour du collectif et c'est vrai que faire du collectif, pareil, en matière de ce que l'on appelle éducation thérapeutique, cela a vachement plus de sens en groupe [...]. Donc, on a monté plusieurs groupes, on a le groupe de réhabilitation respiratoire, [...] c'est un protocole qui avait été proposé avant que j'arrive, mais qui n'avait pas été mis en place à cause du Covid, et donc que l'on a mis en place avec les kinés. Au début, on était, les kinés et moi, sur la mise en route de ce groupe qui est : on sélectionne des patients qui ont des problèmes respiratoires, des pathologies respiratoires ou alors qui ont des difficultés à respirer au repos ou à l'effort (par exemple, sur un problème du surpoids) et on leur a proposé de faire trois entraînements par semaine, que les kinés géraient ici au centre puisque l'on a une salle d'activités et de faire, en même temps, du collectif autour de la santé dans la globalité sur de la prévention, voir ce qu'ils avaient comme problèmes de santé, comment ils pensaient l'améliorer. On a parlé de plein, plein de choses, de l'alimentation, des douleurs, et ce qui était chouette, c'était aussi de partir de leurs envies, de leurs représentations, de leurs besoins. En fait, on a essayé d'accompagner vraiment le groupe. Donc, cela fait la troisième année qu'on le fait, cela dure un an donc, c'est quand même un sacré engagement et pour les patients, et pour nous, avec des hauts et des bas pour tout le monde, mais cela fait trois ans qu'on le fait. Et voilà, c'est chouette ce qu'il se passe au niveau collectif. »

Infirmière Asalée

CDS d'orientation communautaire L'Île en santé,
juin 2023

Si elles dépendent principalement d'autres financements que ceux de Peps, comme dans les MSP, ces coopérations peuvent toutefois être facilitées par Peps. Les transformations du rôle infirmier s'inscrivent dans les évolutions plus globales du métier et, plus largement, des groupes professionnels (extension du mandat prescriptif, universitarisation de la formation). Néanmoins, ces transformations globales s'expriment localement dans un contexte qui les favorise, par exemple grâce à des médecins directeurs de CDS, également enseignants à l'université, qui valorisent la formation professionnelle des salariés de leur structure, comme en témoigne cette Infirmière en pratique avancée (IPA) du CDS municipal de Bonnard : « *Ce qui m'a incitée [à faire la formation IPA], c'est le directeur qui en a parlé en réunion d'équipe* » ; ou encore par un projet de santé qui donne tout son sens à la fonction d'IPA, comme le souligne cette IPA du CDS d'orientation communautaire Espace Santé-Belle Île, arrivée dans l'équipe en septembre 2020 : « *Quand j'ai vu pendant le Covid toute la palette des activités que l'équipe mettait en œuvre pour prendre en charge les patients, j'ai eu envie de venir travailler ici* ».

Concernant l'accueil, le temps dégagé par la mise en place du forfait, qui déleste les accueillants ou les coordinateurs médico-sociaux (la dénomination varie selon les CDS municipaux ou associatifs, voire au sein même des CDS associatifs d'orientation communautaire) des tâches relatives au tiers-payant, permet à ces derniers d'étendre la gamme de leurs activités : les personnels en charge de l'accueil font un travail d'orientation, entre médiation en santé et prise en charge médicale ; veillent au renouvellement des ordonnances assurant ce faisant un rôle nouveau dans la continuité des soins ; prennent en charge, et ce faisant, délestent les médecins des demandes de rendez-vous auprès de spécialistes ; voire, dans l'un des CDS d'orientation communautaire étudié, participent aux ateliers collectifs mis en place à des fins de prévention.

Ce mouvement s'accompagne également d'une plus grande continuité des soins à travers, par exemple, la permanence de nuit mise en place par un CDS municipal qui décharge

les urgences hospitalières. 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. Mais ce n'est pas l'effet de Peps seul, le financement y contribue lorsque certaines conditions sont réunies.

4.2.2. Le travail de l'accueil... et de l'accompagnement des patients

Outre les infirmières, d'autres professionnelles sont touchées par des évolutions de leur métier, comme les secrétaires et les accueillantes. Si ces évolutions sont observées dans les organisations participant à l'expérimentation Peps, elles ne sont cependant pas attribuables aux effets du forfait uniquement, mais aux évolutions plus générales des groupes professionnels et du faisceau de tâches prises en charge par ces derniers. En effet, Peps est mis en œuvre au moment où les rôles professionnels évoluent et contribuent à la reconnaissance de certains groupes professionnels.

En Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), les secrétaires médicales voient leur faisceau de tâches s'accroître, avec le développement de tâches de comptabilité, de gestion, de prévention, ou encore d'information des patients.

En Centre de santé (CDS), la codification unique de Peps permet de gagner du temps à l'accueil. Le temps ainsi dégagé est utilisé pour l'orientation des patients, le développement de la prise en charge sociale et de la coordination des soins, dans les CDS municipaux comme associatifs.

Dans les MSP, une évolution des tâches confiées aux secrétaires médicales

En MSP, le rôle des secrétaires médicales évolue. Tout d'abord, elles participent au travail administratif et à la coordination de la structure. Dans la MSP de Clézennes, les médecins déclarent individuellement leur activité dans le cadre du forfait dans le logiciel partagé, et les secrétaires participent à compiler ces informations et à les faire remonter à l'équipe nationale. Par ailleurs, elles se voient confier par les médecins des tâches de prévention et d'information des patients : rappel de prévention, rédaction de *flyers*, participation à l'animation d'ateliers de prévention, information de patients à l'accueil. Les secrétaires apprécient ces évolutions de leur activité qui s'enrichit de tâches valorisées et valorisantes, parce qu'elles se rapprochent du travail de soin. Celles-ci ne sont pas liées directement à la mise en place du forfait, mais à l'augmentation plus générale des coopérations pluriprofessionnelles au sein des MSP.

En CDS, une délégation de tâches et une valorisation des missions d'accueil

En CDS, le travail en interprofessionnalité existe de plus longue date qu'en MSP. La rémunération Peps permet de pérenniser ce modèle, mais initie aussi de nouvelles activités, par exemple en modifiant l'activité de l'accueil. En effet, la mise en place de l'expérimentation a impliqué un travail de tri des patients, qui repose sur les personnels en charge de l'accueil, car le calcul du forfait par patient ne s'appuie que sur ceux dont les CDS sont le « médecin traitant ». Dans un premier temps, dans la phase d'implémentation de l'expérimentation, la part administrative du travail à l'accueil a augmenté. Dans les CDS associatifs, ce travail s'est plus accru que dans les CDS municipaux et coopératifs, en raison d'une dynamique encore actuelle de constitution de patientèle pour les premiers, qui représente une part plus importante de travail (à cause des dossiers administratifs à établir, des informations de santé à recueillir, etc.).

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 d'orientation vers une prise en charge sociale (vers les assistances sociales dans les CDS municipaux et associatifs ou vers les médiateurs en santé dans les CDS associatifs qui, à la différence des CDS municipaux, comptent dans leurs équipes ce type de professionnels) et de coordination des soins (dans les CDS municipaux comme associatifs).

Cette reconfiguration du travail de l'accueil a accru le rôle et les tâches des personnes en charge de cette fonction et a déchargé les médecins d'une partie de leurs tâches (bons de transport, coordination des parcours). Cette évolution du travail de l'accueil est particulièrement importante pour les CDS à but non-lucratif, dont la patientèle est précaire (Afrite et al., 2011). Le travail d'orientation par les personnels d'accueil joue alors un grand rôle dans l'accès aux droits sociaux et la continuité des soins, qui devraient améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité des soins. En CDS associatifs d'orientation communautaire, un autre effet de Peps est repérable : le temps que la rémunération au forfait a libéré sur le codage des actes permet aux personnels d'accueil de s'investir dans les ateliers collectifs à visée préventive – c'est par exemple le cas avec « l'atelier parents-enfants » initié par un médecin généraliste de l'Espace Santé-Belle Île. Les liens de proximité que les personnels d'accueil développent avec les patients de ces structures renforcent la dynamique de ces ateliers, en même temps que la participation des personnels d'accueil à ces activités collectives à visée préventive reconnaît et valorise le travail de ces derniers.

« 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 consultation alors que les accueillants, par définition, sont souvent à l'accueil. Voilà ! »

Coordinateur

CDS associatif L'Île en santé,
mars 2022

4.2.3. Quelles évolutions des pratiques médicales ?

Le forfait Peps a eu une influence directe sur l'organisation du travail médical, en permettant aux médecins généralistes de réadapter le rythme et le contenu de leur travail de manière plus souple, selon les besoins des patients. Il a également permis une meilleure prise en compte du travail réalisé par les médecins généralistes en dehors de la consultation, qu'il s'agisse de suivi et de coordination dans la prise en charge des patients, ou de travail administratif.

En Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : les médecins reçoivent un paiement au forfait collectif, à se répartir entre eux. Ils se redistribuent cette rémunération selon leurs temps de travail. La rémunération forfaitaire permet aux médecins de mieux adapter leurs consultations aux besoins des patients (en temps et en forme, avec l'augmentation des téléconsultations, ou de manière plus exceptionnelle la réalisation de consultations conjointes), ainsi que

de valoriser symboliquement certaines tâches extérieures à la consultation (coordination, travail administratif).

En Centre de santé (CDS) : Dans certains CDS, le paiement au forfait a permis de mieux prendre en compte une partie de l'activité médicale invisibilisée et non prise en compte par la rémunération à l'acte, comme la prévention ou la coordination pluriprofessionnelle dans le suivi des patients. Comme en MSP, Peps a également permis d'adapter les temps de consultation selon les besoins des patients, en particulier ceux dits polypathologiques et cumulant des facteurs de vulnérabilité sociale.

En MSP, un travail médical plus adaptable aux besoins des patients et des médecins généralistes

Au sein des MSP, les médecins généralistes redéfinissent des plannings de travail commun. À Mazernard, le forfait entraîne une reconfiguration importante de l'exercice médical alors qu'à Clézennes, les médecins modifient peu leurs pratiques puisqu'ils étaient rémunérés au partage d'honoraires auparavant. À Mazernard, les médecins mettent en place des plages de consultations courtes, pour la patientèle aux problèmes de santé aigus (15 minutes), et des plages de consultations longues (30 minutes) pour les malades chroniques, les consultations de personnes âgées, gynécologiques ou pédiatriques. Cela uniformise les pratiques entre médecins, certaines médecins pratiquant déjà des consultations longues auparavant.

« Avant, je voyais mes nourrissons, parce que je fais beaucoup de pédiatrie, je doublais mes créneaux donc cela me faisait 40 minutes, c'était presque un peu long. Alors que là, je peux les mettre en 30 minutes donc je pense que, pour moi, ça n'a pas changé grand-chose [...], je ne pense pas que j'ai vraiment augmenté mon temps de consultation. »

Médecin généraliste libérale

MSP de Mazernard,
novembre 2021

Ces nouveaux plannings permettent de mieux adapter les temps de consultation aux besoins des patients. Ils permettent également de mieux prendre en compte les tâches administratives (faire les comptes, mettre à jour les dossiers des patients, etc.) dans le temps de travail des médecins, sans toutefois parvenir à les y inclure entièrement – les médecins réalisant ces tâches pour partie sur leur temps personnel, le soir ou durant leurs jours de repos.

À Clézennes, les médecins, auparavant en partage d'honoraires, modifient peu leurs pratiques. Ils avaient déjà mis en place un planning commun avec des plages de consultation de 20 minutes et deux demi-journées de visites à domicile par semaine. Les temps de visites à domicile sont en fait adaptables aux besoins des médecins, certains les utilisant pour réaliser une partie de leur travail administratif. À Mazernard comme à Clézennes, les médecins généralistes ont l'impression que leur travail est mieux valorisé (bien que leurs rémunérations personnelles n'augmentent pas ou peu). Ils se sentent plus libres d'adapter la forme de la prise en charge des patients à leurs besoins, déclarant faire davantage de suivi téléphonique et de téléconsultations. Effectivement, au forfait, les médecins n'ont plus à réaliser un acte précis (notamment, une consultation formalisée) et peuvent ainsi plus facilement rappeler leurs patients sur leur temps de travail, sans que cela soit ressenti comme

une perte de rémunération. Un médecin généraliste explique son ressenti autour de la mise en place du forfait :

« Moi, je me sens beaucoup plus à l'aise de faire toute sorte d'activités autour de simplement voir les gens en consultation, parce que je sais qu'on est dans un autre mode de fonctionnement. Je peux prendre du temps pour voir un cas à domicile dans une situation complexe, rester du temps au téléphone à discuter avec quelqu'un. Tous ces à-côtés, toute cette gestion, moi, maintenant, j'ai l'impression que je suis rémunéré pour. »

Observation,
réunion au sein de la MSP de Clézennes,
novembre 2022

En CDS, une reconnaissance de la dimension non strictement curative du travail des médecins

En CDS, le temps de travail des médecins salariés comprend des tâches non curatives (orientation vers la médiation, adressage, recours à des interprètes) qui prennent du temps par rapport à d'autres, curatives, mieux identifiées et plus standardisées (prescription d'examen, renouvellement d'ordonnance). Peps permet de rémunérer cette activité médicale non-curative, ce qui est jugé par les médecins des CDS particulièrement important pour améliorer la prise en charge des patients qui cumulent les facteurs de précarité et les situations de vulnérabilité sur des territoires paupérisés, autrement dit pour des patientèles qui ont des besoins spécifiques, comme c'est le cas de celles des CDS à but non lucratif.

En effet, selon le code de la santé publique, les CDS sont ouverts à tout public. La patientèle y est souvent plus précaire qu'ailleurs, moins francophone qu'ailleurs, et polypathologique. 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, la durée des consultations a été fixée à 20 minutes (hors créneau d'urgence) dans les CDS associatifs d'orientation communautaire, et ce avant Peps. Dans certains d'entre eux, des consultations d'une durée plus longue (30 minutes) sont prévues dans certains cas, par exemple lorsqu'il s'agit de co-consultations avec un médecin et un médiateur en santé, comme à la Cité en santé, dans le cas de situations sociales particulièrement lourdes, qui nécessitent cette médiation pour s'assurer d'une bonne prise en charge. Peps n'a pas entraîné de changement sur ce plan pour les CDS associatifs bien que la durée des consultations médicales ait pu faire l'objet de discussions, notamment à l'Espace Santé Belle-Île, dont les médecins tendaient à vouloir l'augmenter pour mieux gérer les cas complexes. Après discussion au sein de l'équipe, c'est finalement l'option de mettre en place une réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire et des ateliers collectifs qui a été retenue.

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

4. Résultats de l'enquête sociologique sur la mise en œuvre de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

« C'est grâce à [Peps] que l'on a mis en place nos réunions [hebdomadaires] et nos ateliers. [...] Par exemple, quand tu travailles sur la santé de l'enfant, l'idée a été de construire des ateliers, de travailler en collectif des trucs qui permettent d'éviter des consultations "inutiles", comme pour les rhumes. Donc du coup, c'est tout cela que l'on construit. Et le travail en pluripro que l'on fait sur ces ateliers-là, [...] cela évite de voir les gens, parfois, en consultation 15 fois, ou de les voir trop tard sur une situation, du coup, super dégradée. Là, par exemple, le monsieur [dont je te parlais et qui n'est pas venu à l'atelier], les filles [les accueillantes] vont aller taper à sa porte, demain. On sait que l'idée c'est qu'il vienne chez le médecin le plus vite possible et que, hop, on s'assure que le traitement, c'est dans les clous plutôt que d'avoir à gérer une situation catastrophe qui va te prendre trois jours de temps médecin, qui va devoir courir partout, appeler tout le monde... »

Directrice

CDS associatif L'Espace santé-Belle Île,
juillet 2022

Dans les CDS municipaux, où la durée de consultation était plus brève que dans les CDS associatifs avant Peps (elle était alors de 15 minutes), elle a été portée à 20 minutes avec Peps. Selon les médecins des CDS rencontrés, cette adaptation de la durée des consultations selon les besoins des patients a pour objectif de mieux les soigner, c'est-à-dire de stabiliser leur état de santé pour que ces derniers consultent moins à l'avenir. Si tel est le cas, Peps répondrait effectivement à l'objectif de réduction du nombre de consultations d'un patient en améliorant sa santé.

En parallèle de l'allongement du temps de consultation médicale, un des CDS municipaux a augmenté sa latitude horaire 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.

L'expérimentation d'une rémunération au forfait, en ce qu'elle a demandé aux médecins salariés de coder leurs activités, a entraîné un surtravail pour faire reconnaître des activités qui étaient jusque-là « non nomenclaturées » dans la tarification à l'acte (ateliers collectifs de prévention, adressage vers des médecins spécialistes, etc.). L'expérimentation Peps permet donc de formaliser et de viabiliser financièrement des actes qui ne faisaient pas l'objet d'une cotation – ni donc d'une rémunération – avant sa mise en place. L'expérimentation engendre donc un surcroît de travail de cotation, pour les CDS 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 [...] qu'ils ne veulent pas que l'on saisisse tout parce qu'ils ne voient pas ce qui est nouveau. »

Coordinateur

CDS associatif La Cité en santé,
octobre 2021

Mais, alors que ce travail de cotation représente plus de travail, les médecins le tolèrent car coter permet d'identifier et visibiliser des actes qu'ils réalisaient jusqu'alors sans que ceux-ci ne soient reconnus ni rémunérés. L'expérimentation Peps est valorisée par les médecins salariés, car ils adhèrent à l'objectif qui sous-tend l'expérimentation (la sortie du paiement à l'acte), et y voient aussi l'opportunité de rendre visible la pluralité de leurs activités et donc de la valoriser auprès de l'équipe nationale et plus largement de l'administration de la santé.

Les activités non-nomenclaturées sont soit nouvelles, soit préexistent à l'expérimentation mais se voient mieux formalisées et financées grâce à Peps. Les professionnels de CDS font ainsi « remonter » à l'équipe nationale en charge de l'expérimentation des activités qui existaient déjà mais n'étaient pas visibles dans le financement à l'acte. Ces activités sont de nature variée : il s'agit d'activité physique adaptée, mise en œuvre par les infirmières en pratique avancée ou des intervenants occasionnels ; de consultations conjointes entre un médecin et un autre professionnel (tels que les médiateurs de santé au centre associatif La Cité en santé) ; d'éducation thérapeutique (animée conjointement par une IPA et un masseur-kinésithérapeute au centre associatif l'Île en santé) , d'activités de prévention (tabac, alcool, nutrition ...), d'activités de type « aller-vers », avec des interventions de prévention dans le quartier, de coordination de parcours avec patient, de réunion de concertation pluriprofessionnelle (à l'instar des réunions mensuelles autour des « patients porcelaine », ainsi nommés pour désigner des cas complexes au centre de santé associatif l'Espace santé Belle-Île), d'amélioration de l'observance des traitements, d'adressage et de suivi des examens. Au-delà des seuls médecins, Peps permet aussi aux équipes des CDS d'initier des activités, par exemple de mettre en place des réunions hebdomadaires pluriprofessionnelles, pour planifier des ateliers collectifs qui n'existaient pas avant l'expérimentation.

4.2.4. Quelles modalités de partage des rémunérations ?

Les rémunérations forfaitaires sont versées aux structures, dont la gouvernance est libre de l'utiliser comme elle le souhaite. Les rémunérations forfaitaires sont substitutives à l'acte, et peuvent augmenter les financements liés à l'activité médicale de 0 à 15 %.

En Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) : Les médecins généralistes se répartissent collectivement les rémunérations et bénéficient d'avantages quasi salariaux (congs payés, prise en compte des arrêts maladies par le collectif) sans perdre leur statut libéral.

En Centre de santé (CDS) : Le forfait Peps est versé à la structure et n'impacte pas individuellement les rémunérations des médecins généralistes. S'il peut augmenter le budget de la structure, les professionnels des CDS trouvent ce forfait difficilement prévisible du fait du mode de versement du forfait à l'année N+1 et de l'absence de lisibilité des équations qui préside à ce calcul.

Dans les MSP, une amélioration des conditions de travail et une pérennité du statut libéral

À Mazernard comme à Clézennes, les forfaits sont versés sur une société au sein de la MSP qui réunit les médecins généralistes, avant d'être répartis collectivement entre les médecins généralistes. Ces montants vont de 330 000 à 480 000 euros en 2020, fortement dépendants du nombre de patients suivis. À Mazernard, les médecins établissent dans un premier temps une clé de répartition au taux horaire mais modulée selon la productivité de chaque médecin, en se basant sur les actes déclarés à l'équipe nationale. Puis l'équipe passe à une rémunération au taux horaire strictement égale entre médecins. À Mazernard, les médecins reçoivent une rémunération supérieure de 15 % à leur rémunération antérieure. Ce surplus est réinvesti dans la structure et participe à financer le salariat d'une infirmière. À Clézennes, les médecins partageaient déjà leurs honoraires, avec une rémunération strictement égale, l'ensemble des médecins ayant des temps de travail équivalents. Leur rémunération n'est pas accrue avec le forfait Peps (nous revenons sur ce point en détail dans la

partie 4.2.5). À Mazernard et à Clézennes, les médecins se déclarent très satisfaits de la mise en place du forfait.

« Non, moi je suis enthousiaste sur le... enfin, vraiment, le paiement au forfait, enfin cette expérimentation, elle... J'ai l'impression que dans mon parcours professionnel, tu vois, il y a toujours eu cette quête-là [...], que c'est un peu la consécration [rire], tu vois de ça, donc je suis hyper contente et j'ai envie de continuer. »

Médecin généraliste libérale

MSP de Clézennes,
février 2022

Le caractère collectif du forfait améliore leurs conditions de travail, en leur donnant des avantages quasi-salariaux. Leurs rémunérations sont à présent lissées sur l'année, permettant de prendre des congés sans variation mensuelle de rémunération. Les médecins généralistes des deux MSP définissent d'ailleurs collectivement le nombre de congés : environ cinq semaines de congés par an, organisés de manière à assurer une permanence des soins, et qui n'impactent pas la rémunération mensuelle des médecins grâce au partage collectif du forfait. À Mazernard, l'accord collectif prévoit également une prise en charge des jours de carence en cas d'arrêt maladie.

De plus, le forfait permet aux médecins qui s'installent de bénéficier de revenus liés à la patientèle de leurs collègues. Ainsi, au paiement à l'acte, un jeune médecin connaît souvent quelques années durant lesquelles sa rémunération est moindre, le temps de se constituer une patientèle. Avec la rémunération collective, l'installation d'un nouveau médecin affecte la somme attribuée à l'ensemble des médecins, ce qui permet pour le jeune médecin de réduire l'écart de rémunération (qui est assumé par le collectif et non plus par l'individu).

« Le partage d'honoraire à cinq [c'est] très facile. Très sécurisant parce qu'on sait que quand on voit un peu moins de patients [...], c'est compensé par les autres qui en voient un petit peu plus. Il n'y avait pas trop de fluctuation des revenus. »

Médecin généraliste libéral

MSP de Clézennes,
février 2022

Ces avantages participent à améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, sans remettre en cause leur statut libéral et leur autonomie professionnelle, auxquels ils sont attachés.

En CDS, des budgets majorés par le forfait, des modalités inchangées de partage des rémunérations

Le financement Peps s'ajoute aux autres sources de financement dont disposent les CDS, et est mis dans le pot commun. Le périmètre des actes substitués dans Peps représente entre 21 et 28 % des ressources directes en CDS associatifs et entre 20 et 30 % en CDS municipaux. Ce financement est substitutif de l'acte, mais du fait des différentes modulations (à la pauvreté ou encore en fonction des ALD), il augmente le budget des CDS pour l'ensemble des 16 structures expérimentatrices.

En 2021, les 16 CDS atteignent le plafonnement de 15 % imposé par le passage de l'acte au forfait, ce qui s'explique par les modulations qui tirent le forfait à la hausse par rapport à la simple moyenne des actes. Sur l'ensemble des CDS engagés dans l'expérimentation,

seul un CDS municipal ne perçoit rien au titre de la modulation à la pauvreté, du fait d'un taux de pauvreté à l'échelle de la ville concernée (13 %) inférieur à ce qu'il est à l'échelle nationale (13,9 %). La moitié des CDS expérimentateurs perçoivent 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 s'explique par la répartition spatiale des CDS, systématiquement implantés dans des territoires défavorisés.

La rémunération perçue au titre de Peps met aussi en évidence des taux de fidélisation différenciés de la patientèle, en particulier entre CDS municipaux et associatifs – les CDS coopératifs étant dans une position intermédiaire. Au titre du « bonus » pour l'année 2020, versé en septembre 2021, les CDS 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 et les CDS associatifs entre 97 et 153 euros par patient, du fait notamment d'un taux de fidélisation en médecine générale supérieur. Celui-ci oscille entre 75 et 80 % en CDS municipal, entre 84 et 93 % en CDS associatifs, les centres coopératifs se situant dans une position intermédiaire entre ces deux fourchettes.

La rémunération perçue au titre de Peps ne modifie pas le partage des rémunérations entre groupes professionnels en CDS ; elle ne donne pas lieu à des rétributions individuelles. Elle est utilisée pour financer des temps de coordination pluriprofessionnelle et des activités collectives, détaillées *supra*. Dans cette phase expérimentale, la rémunération perçue au titre du forfait, en ce qu'elle est versée dans sa totalité à l'année N+1, engendre une situation d'incertitude relative dans la gestion prévisionnelle des budgets annuels, relevée par plusieurs équipes, en particulier de CDS associatifs et coopératifs dont le modèle économique est plus fragile que celui des CDS municipaux.

4.2.5. Des rapports différenciés à l'expérimentation Peps et au modèle économique

Les professionnels de santé se déclarent globalement enthousiasmés par la modalité de rémunération en elle-même. En revanche, selon eux, le montant des rémunérations reste difficile à prévoir, ce qui génère de l'incertitude.

En Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), les médecins généralistes libéraux qui mettent en œuvre Peps se déclarent très satisfaits de la rémunération forfaitaire. Ils sont prêts à faire évoluer leurs pratiques pour améliorer cette rémunération.

En CDS, les médecins salariés et les coordinateurs des centres de santé soulignent l'adéquation d'une rémunération au forfait aux modalités de prise en charge en CDS ; ils rappellent pour la généralisation du modèle l'importance de conserver une prise en compte des inégalités sociales dans le forfait, et non pas uniquement un forfait moyen qui ne prendrait pas en compte la spécificité de certaines populations et de certains territoires.

Dans les MSP qui restent, un forfait très valorisé

Dans les MSP, il est ici nécessaire de rappeler que la majorité des professionnels libéraux ont montré une forte opposition au forfait collectif, en se retirant de l'expérimentation. Dans les deux MSP restantes, le forfait est fortement valorisé par les médecins généralistes. À Mazernard, les médecins obtiennent un montant de 15 à 20 % supérieur à leur rémunération antérieure à l'acte, en lien entre autres avec un nombre supérieur à la moyenne de

patients médecins traitant suivis (environ 6 000 pour 5 médecins). Ils expliquent ce nombre de patients suivis par leurs pratiques de délégations de tâches, développées en lien avec les infirmières salariées.

À Clézennes en revanche, les médecins généralistes reçoivent une rémunération strictement égale à leur rémunération antérieure. Cette plus faible rémunération est liée au faible nombre de patients suivis : environ 3 000 patients pour 5 médecins. De plus, ces médecins exercent dans une zone où l'offre de soin est supérieure à la moyenne nationale, et voient leurs patients plus régulièrement que les moyennes nationales. L'équipe nationale leur souligne cet écart, leur expliquant qu'en espaçant certaines consultations lorsque cela n'affecte pas la santé des patients, ils pourraient augmenter leur rémunération en accroissant leur nombre de patients médecins traitants. Les médecins généralistes se montrent sensibles à cette incitation, d'autant plus qu'elle correspond à une pratique qu'ils estiment qualitative : « l'autonomie des patients ».

« Ce que Peps nous a permis de réaliser et dont on n'avait pas du tout conscience, on pensait être des médecins très poussant nos patients à l'autonomie, du coup, générant globalement très peu de consultations et on s'est dit, je caricature : "Super ! Le forfait, cela va être une très, très bonne affaire !" Et, on se rend compte d'après les chiffres de la Cnam qu'en fait, on fait, pour un patient donné, entre 25 et 33 % d'actes en plus que ce qu'ils appellent leur référence, on ne sait pas trop la médiane, la moyenne ; enfin voilà ! Donc, non seulement on est des médecins qui faisons des consultations longues, ça, on le savait, mais on est aussi des médecins qui faisons beaucoup de consultations par patient. »

Médecin généraliste libéral

MSP de Clézennes,
septembre 2021

Les médecins acceptent donc de changer leurs pratiques pour les adapter au mode de rémunération, en espaçant les consultations. En revanche, ils n'augmentent pas les délégations de tâches avec l'infirmière salariée. Le forfait Peps peut donc être un levier pour modifier les pratiques des médecins généralistes. Ces résultats demeurent cependant à confirmer, n'étant illustrés que par le cas de cinq médecins d'une même structure.

Les CDS comme ajusteurs de la réforme

En CDS, 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 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

Tout au long de l'expérimentation, les porteurs des CDS ont cherché à faire entendre les spécificités du travail de soin de leurs équipes, dans des territoires précarisés. Ils ont tout d'abord essayé de peser sur les arbitrages autour du modèle économique Peps, lors de la co-construction. Durant l'expérimentation, les représentants des structures engagées dans Peps ont eu des échanges réguliers avec l'équipe nationale pour améliorer le modèle économique en termes de prise en compte des spécificités des besoins de santé en territoires précarisés.

L'équipe nationale cherchait à comprendre certains « effets inexplicables » du modèle économique de Peps. Le calcul semblait en effet mieux rémunérer les structures qui se trouvent dans des territoires plutôt précaires (sans toutefois que ce critère ne soit uniforme dans les structures concernées). Ce constat constituait pour l'équipe nationale un problème dans la perspective de généralisation du modèle à la France entière, du fait notamment de risques d'effets d'aubaine. L'équipe nationale a donc cherché à pondérer ce qu'elle considérerait comme une « survalorisation » financière de certains forfaits, en vue d'éviter cet éventuel effet d'aubaine qu'un territoire plus « rémunérateur » pourrait engendrer lors de la généralisation du forfait.

Les porteurs de l'expérimentation en CDS, quant à eux, ont cherché à mettre en évidence les contraintes territoriales qui pèsent sur leur exercice, caractérisées par le manque de spécialistes et les spécificités de la patientèle des CDS, constituée de personnes ayant souvent un moindre recours au soin et, en conséquence, des polypathologies qui se greffent sur des problématiques sociales. Le poids de ces contraintes territoriales a été systématiquement souligné lors des réunions plénières annuelles consacrées à l'expérimentation, et a donné lieu à des critiques concernant l'insuffisante prise en compte, dans le calcul du forfait, de la distribution spatiale de la précarité et de ses effets sur les besoins de santé.

« [On nous dit :] "Vous êtes en dehors des courbes [c'est-à-dire que leur rémunération dépasse de plus de 15 % la rémunération à l'acte], 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 Cité en santé,
octobre 2021

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

4. Résultats de l'enquête sociologique sur la mise en œuvre de l'expérimentation Peps

Irdes - décembre 2024

Les référents de l'expérimentation Peps en CDS ont fait 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 longue durée]. [...] 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, dans la phase de co-construction, mais aussi tout au long de l'expérimentation, les équipes de CDS ont, à de multiples reprises, souligné des points aveugles de l'expérimentation Peps, tels 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), irréductibles aux indicateurs que mobilise le modèle économique sur lequel celle-ci repose. La mise en place d'un « corridor » — à savoir d'un plafond (de 15 %) à ce qui était interprété par l'équipe nationale comme une « survalorisation » du modèle pour certaines équipes, parmi lesquelles des CDS dont le territoire était marqué par un taux de pauvreté élevé, a été perçue par les porteurs des CDS comme une modalité de résolution de cet enjeu. Ce « corridor » a été supprimé fin 2022 après l'introduction par l'équipe nationale d'une modulation à la pauvreté, estimée à l'échelle départementale. Dès lors, l'enjeu souligné par les référents de l'expérimentation en CDS, en particulier en vue de la généralisation de celle-ci, s'est déplacé sur l'échelle retenue pour mesurer cette pauvreté au plus près des besoins de santé — la commune, voire le quartier, constituant des échelles plus appropriées que le département pour les équipes des CDS.

« Quand vous avez un CDS qui est situé sur un territoire où le taux de pauvreté est loin d'être bas, mais où le CDS récupère tous les patients pauvres de zones de résidence riches, comment fait-on ? Ils viennent de communes riches. Il faudrait la zone de résidence des patients à l'échelle Iris. »

Directeur de la santé

CDS municipal de Dolorinsk,
réunion plénière de l'expérimentation Peps,
janvier 2024

5. Premiers enseignements de l'enquête Efop CDS

Les analyses portent sur l'ensemble des CDS répondants à l'enquête Efop et sur la comparaison de deux groupes de répondants : les CDS expérimentateurs Peps (et pour 3 d'entre eux, à Ipep également) et les CDS non participants à Peps. Le faible nombre de MSP participant à Peps, et ayant basculé vers le forfait, ne nous permet malheureusement pas de faire une analyse similaire sur les MSP Peps en comparaison des autres MSP.

5.1. Quelles caractéristiques des CDS Peps dans Efop ?

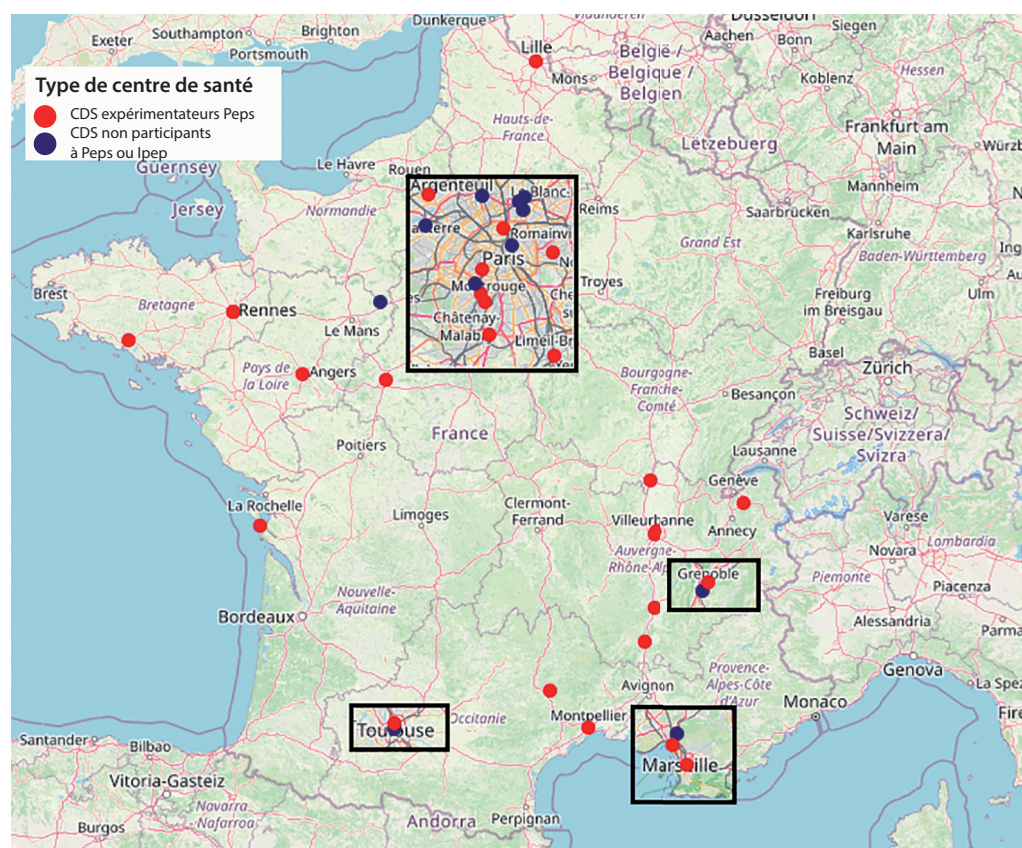
Les CDS Peps sont gérés principalement par des collectivités locales et des associations comme les autres CDS répondants à Efop, et ont des configurations plus souvent multisites. Ils sont localisés pour la quasi-totalité dans des grands centres urbains (Île-de-France, Marseille, Toulouse, Grenoble) ; au sein de quartiers défavorisés, la majorité d'entre eux dans un Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) ou à proximité. Ils sont en moyenne plus anciens et participent plus souvent à d'autres expérimentations que les autres répondants, mais se distinguent surtout par le plus grand nombre et la plus grande diversité de leur personnel. Ils comptent à la fois plus d'Équivalents temps plein (ETP) de médecins généralistes, d'infirmiers (Asalée et Infirmier-ière-s (IPA) inclus) et d'autres paramédicaux, et déclarent aussi nettement plus fréquemment la présence d'assistantes sociales et de médiateurs de santé parmi le personnel.

Les CDS participant à Peps sont en majorité gérés par des collectivités locales (y compris dans le cadre d'un Établissement public de coopération intercommunale-EPCI), principalement des municipalités, mais ils sont aussi gérés par des associations ou Sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC). Les autres répondants hors Peps et Ipep n'ont pas un profil très différent puisqu'il s'agit principalement de CDS gérés par des collectivités territoriales ou des associations, mais aussi des CDS gérés par des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. Aucun des répondants n'est CDS géré par une société mutualiste qu'il soit expérimentateur Peps ou non.

Tandis que 32 des 41 répondants sont dans des configurations monosites, les CDS Peps sont plus souvent que les autres CDS multisites (4 sur 11), c'est-à-dire que les professionnels exercent dans différents lieux. C'est en particulier le cas de plusieurs CDS municipaux, qui ont parfois deux entités, mais qui ont répondu ici pour un seul CDS car il s'agit des mêmes professionnels de santé exerçant dans plusieurs antennes. Lorsqu'il existe plusieurs sites, il s'agit presque systématiquement d'une configuration avec un site principal (ou de rattachement) pluriprofessionnel et des antennes elles aussi pluriprofessionnelles.

Comme la plupart des CDS, les CDS Peps sont situés pour la quasi-totalité (10 sur 11) dans des grands centres urbains, à Paris et en Île-de-France, à Marseille, à Toulouse et à Grenoble (carte 2). Seul un CDS Peps est situé dans un espace rural. Ils sont situés pour la plupart dans des territoires défavorisés, avec pour 36 % des CDS Peps une localisation du site principal (ou de rattachement) dans un QPV contre 24 % pour les autres CDS, qui sont plus souvent, eux, dans une zone à proximité d'un QPV (moins de 500 mètres). Au total 54 % des CDS Peps sont situés dans un QPV ou à proximité.

Carte 2 Localisation des CDS répondant à l'enquête Efop selon les groupes d'analyses



Note : Carte de France métropolitaine, un centre de santé localisé en outre-mer (Mayotte) a aussi répondu à l'enquête.

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.1.1. Des structures plus anciennes participant aussi à d'autres expérimentations

Les CDS participants à Peps sont globalement plus anciens que les autres CDS qui ont répondu à l'enquête avec plus de la moitié des structures (6/11) ouvertes avant 2007, contre 38 % pour les autres CDS, les plus anciens ayant ouvert dans les années 1940. Ils sont aussi plus nombreux à avoir ouvert entre 2007 et 2014 (18 % *vs* 4 %) alors qu'aucun des CDS Peps n'a ouvert après 2018, contre 31 % pour les autres CDS. Tous les CDS participant à Peps ont signé l'Accord national-CDS, contre 83 % des autres CDS. En plus de la participation à Peps, 3 CDS participent aussi à Ipep et 5 à l'expérimentation SECPA (45 % des structures Peps) contre 5 structures participant aussi à Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa) dans les autres CDS (17 % de l'échantillon).

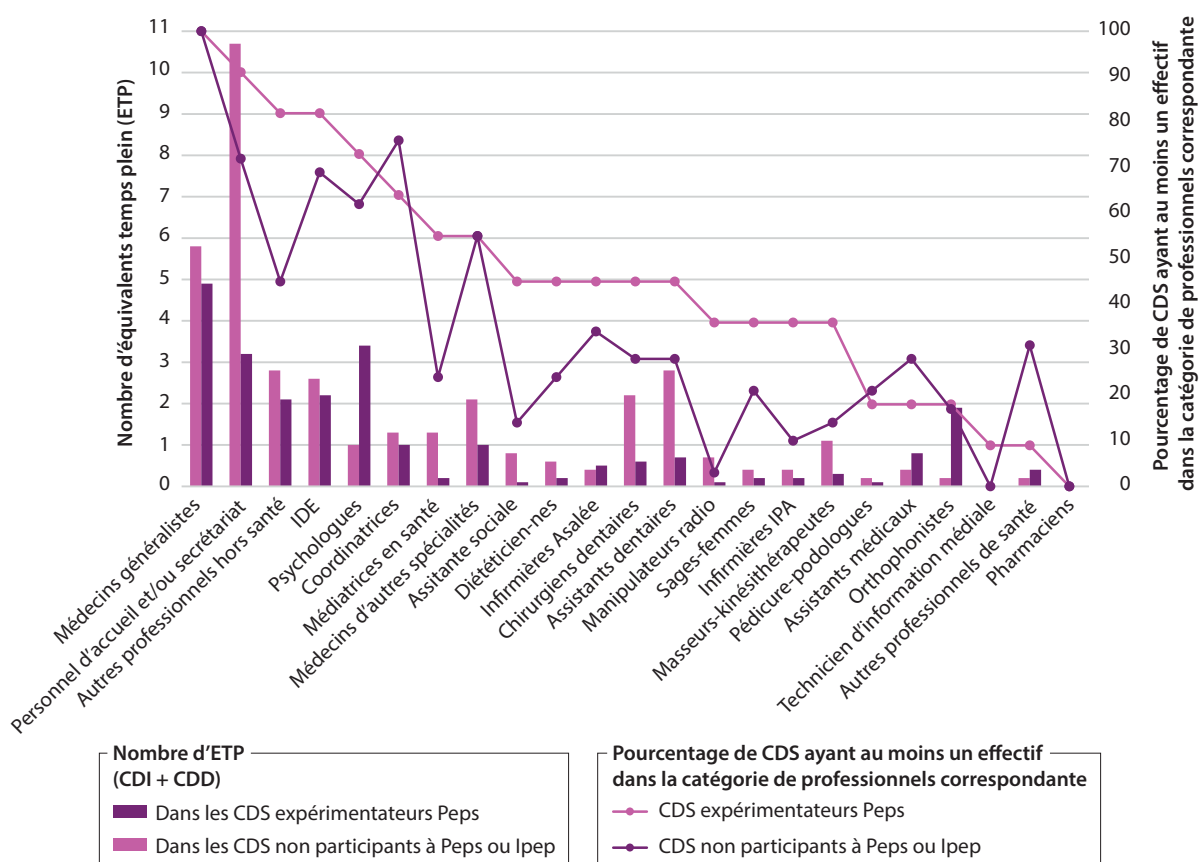
5.1.2. Taille et composition des structures

Les CDS participant à Peps sont de taille plus importante avec en moyenne 5,8 ETP de médecins généralistes et 3,4 d'infirmières (IDE, Asalée ou IPA) contre 4,9 et 2,8 respectivement pour les autres, avec plus souvent des IPA (36 % *vs* 10 %) et des infirmières Asalée (45 % *vs* 34 %). On peut aussi noter que le nombre d'infirmières est presque deux fois moindre que pour l'ensemble des MSP interrogées dans l'autre volet de l'enquête Efop MSP pour un nombre de médecins généralistes proche. Les CDS participants à Peps sont aussi globalement plus grands si l'on considère l'ensemble des professionnels de santé (21,1 *vs*

17,5), mais aussi les professionnels hors santé (16,9 vs 6,6), avec une composition en types de professionnels plus variée. Le nombre de médecins spécialistes hors médecins généralistes est plus important ainsi que la fréquence et le nombre de sages-femmes. Les paramédicaux sont aussi plus fréquemment présents : masseurs-kinésithérapeutes (36 % vs 14 %), psychologues (73 % vs 62 %), diététiciennes (45 % vs 24 %) ; mais aussi avec des chirurgiens dentaires et assistants dentaires en plus grand nombre (graphique 2).

Du côté du personnel hors professionnels de santé, le personnel d'accueil et de secrétariat est plus fréquent et beaucoup plus nombreux (10,7 vs 3,2 ETP). Cela peut sans doute s'expliquer par la fréquence plus importante de CDS avec plusieurs antennes, mais aussi par une composition variée. On constate aussi plus souvent la présence d'assistantes sociales (45 % vs 14 %) et de médiateurs en santé (55 % vs 24 %) [graphique 2].

Graphique 2 Composition professionnelle des structures



CDD : Contrat à durée déterminée.

CDI : Contrat à durée indéterminée.

lpep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Lecture : Les Centres de santé (CDS) participant au dispositif Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) comptent en moyenne près de 10,5 Équivalents temps plein (ETP) de personnel d'accueil et/ou de secrétariat et près de 90 % en compte au moins 1.

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.2. Quelles actions et utilisations des ressources dans le cadre de Peps ?

La plupart des structures déclarent avoir alloué l'essentiel, sinon la totalité, des ressources perçues au titre de l'expérimentation (crédit d'amorçage inclus) à des postes de rémunération de personnel probablement déjà existant.

Néanmoins, un certain nombre d'actions ont été mises en œuvre ou renforcées dans le cadre de l'expérimentation, au premier rang desquelles sont le plus souvent déclarées les activités en dehors du panier de soins habituellement remboursés (hors nomenclature), les actions de prévention et de promotion de la santé (dépistage, éducation du patient, etc.), ainsi que le renforcement de la coordination entre les professionnels du Centre de santé (CDS).

5.2.1. Thématiques des actions des CDS dans Peps

Dans le cadre de l'expérimentation Peps, la quasi-totalité des CDS expérimentateurs (10 sur 11) déclarent mettre en œuvre aussi bien des activités en dehors du panier de soins habituellement remboursés (hors nomenclature) que des actions de prévention et de promotion de la santé. Pour la plupart, il s'agissait d'actions et d'activités déjà initiées qui ont pu être renforcées par Peps. Il s'agissait pour la majorité des CDS, d'activités ou d'ateliers collectifs autour de différentes thématiques concernant la prévention et la réduction des risques (chutes, dénutrition, limitation des hospitalisations) ou des actions de dépistage et d'information. Les CDS ont aussi mis en place de nouveaux dispositifs de prise en charge et variés selon les structures comme une nouvelle procédure d'accueil des soins non programmés, le suivi téléphonique de patients ou des plages dédiées au contact téléphonique avec les patients pour éviter la consultation (pour deux structures différentes), des protocoles de gestion des résultats des analyses de laboratoire ou d'imagerie (pour deux structures aussi). Certaines structures déclarent avoir aussi développé le rôle des infirmières avec une plus grande autonomie de ces dernières, des visites en binôme médecin/infirmière, mais aussi des consultations infirmières. Des actions d'accompagnement et de suivi des patients ont aussi été proposées pour la prise de rendez-vous, la réservation des transports et des rappels de rendez-vous ou suivi régulier pour des patients à risque de rupture. Les CDS participant à Peps ont aussi indiqué avoir renforcé la coopération/coordination des professionnels du CDS (82 %). Cela s'est traduit dans de nombreuses structures par des réunions ou staffs pluriprofessionnels, par des co-consultations (médecins généralistes-IDE, médecins généralistes médiateurs de santé) et un lien étroit entre médecin généraliste et infirmière, par un renforcement des réunions en binôme ou trinôme d'accompagnant (médecin, accueil et autre professionnel), et par des liens plus fréquents avec le second recours.

Les actions mises en place lors de l'expérimentation se sont aussi traduites par l'élaboration de protocoles de prise en charge, *via* la planification de réunions pluriprofessionnelles pour la rédaction des protocoles. Ces protocoles concernent plusieurs thématiques comme la prise en charge conjointe médecins-accueillantes, la prise en charge des personnes âgées fragiles au domicile, le dépistage et le traitement des Infections sexuellement transmissibles (IST) pour ne citer que quelques exemples. Pour une partie des projets des expérimentateurs, les actions se sont aussi portées sur le renforcement du lien ville/hôpital ou avec d'autres institutions. Cela a concerné notamment un renforcement du lien avec le second recours lors d'une prise de rendez-vous ou orientation, un renforcement du lien avec

l'hôpital avec une aide à l'orientation en soins primaires des patients sans médecin traitant lors d'une hospitalisation, un renforcement des liens avec les Centres médico-psychologiques (CMP). Certains CDS participant à Peps ont aussi réalisé des investissements dans du matériel, principalement pour changer ou adapter le logiciel métier à l'expérimentation Peps, ou pour la sécurisation des serveurs informatiques (tableau 6).

Tableau 6 Types d'actions mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Peps

Quels types d'actions avez-vous mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Peps ?	Oui (%)	Initiées avant (%)
1. Élaboration de protocoles de prise en charge	64	80
2. Activités en dehors du panier de soins habituellement remboursés (hors nomenclature)	91	63
3. Actions de prévention et de promotion de la santé (dépistage, éducation du patient, etc.)	91	75
4. Renforcement de la coopération/coordination entre les professionnels du Centre de santé (CDS) [autour des malades chroniques ou des parcours complexes par exemple]	82	75
5. Renforcement du lien ville/hôpital ou avec d'autres institutions et services hors du CDS	36	25
6. Investissement dans du matériel (y compris informatique et système d'information)	36	0
7. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	9	0

Source : Enquête Efop (Irdes).

Lecture : 64 % des Centres de santé (CDS) participant à Peps ont déclaré avoir élaboré des protocoles de prise en charge et 80 % déclarent que ces actions existaient avant.

5.2.2. Ressources financières et utilisation des financements (Peps et autres ressources)

Interrogées sur l'utilisation des crédits d'amorçage reçus au titre de Peps, les structures ont principalement déclaré les avoir alloués à des postes de dépenses de frais de personnel pour la coordination de la structure et la gestion de l'expérimentation, mais aussi à des frais informatiques pour le changement du logiciel métier et son adaptation à Peps ainsi qu'à la formation du personnel à ce logiciel (tableau 7). La qualité des déclarations ne nous permet pas d'entrer plus avant dans les détails de l'allocation de ces financements. Il convient également de souligner que le fléchage d'une ressource ne permet pas de déterminer tout ce qu'elle a permis de mettre en œuvre ou non et peut aussi répondre à des logiques comptables. Pour 3 des 11 CDS Peps, les montants reçus au titre de la rémunération Peps (le forfait) hors crédits d'amorçage et bonus ont servi uniquement à la rémunération des professionnels concernés par le calcul du forfait. Pour les autres structures, en plus de la rémunération des médecins généralistes, les structures ont déclaré que les financements du forfait ont été utilisés pour payer les salaires de l'ensemble des professionnels qu'ils soient professionnels de santé, en charge de la coordination, ou pour l'ensemble des salariés de la structure. Ce qui ressort de ces déclarations est que, du point de vue des structures, le forfait Peps a servi au financement global de la structure et en particulier des salaires. De plus, parmi les précisions apportées par les structures quant à l'utilisation de ces ressources, aucune ne mentionne explicitement d'embauche, ce qui est toutefois cohérent avec la vocation substitutive de ce financement.

La satisfaction des équipes des CDS participant à Peps au regard du montant de la rémunération Peps (forfait) pour l'année 2022 est assez contrastée, avec 55 % des répondants plutôt satisfaits et 45 % plutôt pas. Les motifs de non-satisfaction évoqués par ces dernières concernent la non-prise en compte de la complexité des situations et des inégalités sociales de santé, la non-prise en compte des AME de manière appropriée, des montants

considérés comme – pas à la hauteur des attentes – ou en baisse bien que la file active médecin traitant soit en augmentation.

Tableau 7 Postes de dépenses utilisés pour les financements reçus au titre de Peps

	Crédit d’amorçage entre 2019 et 2021	Utilisation du forfait en dehors de la rémunération des professionnels de santé concernés en 2021 et/ou 2022
	Oui %	Oui %
Frais de locaux : loyer (ou remboursement de prêts) / charges locatives (ex. eau, électricité, internet, assurance collective), entretien	20	50
Frais de personnel : professionnels de santé salariés (salaires, charges, TVA)	80	75
Frais de personnel : chargé de la gestion et de la coordination	100	100
Frais de personnel : autres salariés (salaires, charges, TVA), secrétariat, accueil, assistant médical, travail social, médiation, interprétariat, etc.	50	75
Frais de formation du personnel	75	50
Frais de matériel, mobilier et équipement (y compris informatique, système d’information ou abonnement)	100	100
Autres postes/modalités d’utilisation	0	0

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.3. Quelles spécificités des CDS Peps sur une sélection de thématiques ?

Dans cette partie, nous nous intéressons aux spécificités des CDS Peps sur une sélection de thématiques en rapport avec les actions mises en œuvre dans le cadre de Peps. L’objectif est ici de tirer parti des précisions apportées par l’enquête sur ces thèmes pour tester l’hypothèse de différences de pratiques et d’organisation sur ces thématiques par rapport aux autres CDS dans une optique descriptive et sans vocation à établir une causalité avec l’expérimentation Peps.

5.3.1. Accessibilité aux soins, paniers de soins et services

Les Centres de santé (CDS) Peps ont des patientèles, rapportées au nombre de médecins généralistes, plus importantes. La quasi-totalité d’entre eux ont mis en place le tiers payant intégral, et comme pour les autres CDS Peps, plus de la moitié d’entre eux ont mis en place des restrictions à l’acceptation de nouveaux patients médecins traitants.

Les modalités de consultations diffèrent également, avec un recours moins fréquent aux téléconsultations parmi les médecins des CDS Peps qui, à l’inverse, proposent plus fréquemment des visites à domicile.

L’organisation et l’activité des CDS Peps semblent davantage orientées vers la prise en charge des soins non programmés qui consistent plus souvent en l’ouverture de plages de consultations sans rendez-vous.

Les expérimentateurs déclarent plus fréquemment et dans des domaines plus variés des activités de promotion de la santé ou de prévention, et des protocoles et autres activités auprès des patients. Notamment, la plupart des CDS Peps ont mis en œuvre des activités de dépistage et de vaccination, de prise en charge des pathologies chroniques, de santé mentale, de prise en charge sociale et de lutte contre l'obésité, qui sont souvent couplées à la mise en place d'un protocole.

La taille des patientèles inscrites « médecin traitant » est nettement plus importante dans les CDS Peps en décembre 2022 par rapport aux autres CDS, même lorsque l'on tient compte du nombre de médecins généralistes (1 288 patients médecin traitant par médecin généraliste *vs* 1 046 en moyenne). Comme les autres CDS, la majorité des CDS Peps mettent en place des restrictions à l'acceptation de nouveaux patients médecin traitant. Le type de restriction est plus souvent lié à une zone géographique dans les CDS Peps que les autres CDS (46 % *vs* 35 %). La quasi-totalité des structures participant à Peps (91 %) a mis en place le tiers payant intégral (la part de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire) alors que cela est moins systématique pour les autres CDS (69 %).

Téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés

Les médecins des CDS participant à Peps réalisent moins fréquemment que les médecins dans les autres CDS des téléconsultations avec 36 % des CDS Peps qui déclarent ne réaliser aucune téléconsultation et 45 % pour une minorité des médecins, contre respectivement 14 % et 34 % dans les autres CDS. En revanche, dans tous les CDS participants à Peps, certains professionnels réalisent des visites à domicile alors que cela concerne seulement 62 % des autres CDS. Il s'agit principalement des médecins généralistes et des infirmières.

Concernant la prise en charge des soins non programmés, les CDS participant à Peps s'organisent tous pour assurer une réponse aux demandes de soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain) et cela tous les jours, alors que cela concerne 90 % des autres CDS. Cette organisation passe par l'ouverture de créneaux quotidiens pour les soins non programmés pour 72 % des CDS Peps dans une ampleur similaire aux autres CDS, en revanche, ils sont relativement plus nombreux à aussi proposer des plages sans rendez-vous dans les agendas (64 % *vs* 34 %). Au cours d'une semaine d'activité ordinaire, les CDS Peps déclarent une part des consultations de médecins généralistes liées à des soins non programmés largement plus importante que les autres CDS, avec 27 % déclarant y consacrer plus de 30 % de leurs consultations, contre 7 % pour les autres CDS. Leur capacité à répondre à cette demande de soins non programmés semble toutefois contrastée selon les CDS, avec 27 % des CDS participant à Peps qui indiquent pouvoir répondre positivement à toutes les demandes, contre 14 % pour les autres CDS, alors qu'ils sont 18 % à indiquer à l'inverse ne pouvoir répondre à seulement 10 % des demandes, ce qui n'a été déclaré que pour 3 % des autres CDS.

Actions de promotion de la santé ou de prévention

Les CDS Peps déclarent mettre en place des actions de promotion de la santé ou de prévention de façon régulière pour 100 % d’entre eux alors que cela concerne seulement 76 % des autres CDS (tableau 8). Le nombre d’actions détaillées est aussi plus important pour les CDS Peps avec 3,5 actions détaillées en moyenne, contre 2,5 pour les autres CDS. Les CDS Peps étaient 64 % à détailler 5 actions, ce qui était le nombre maximum, contre seulement 24 % des autres CDS.

Tableau 8 **Activité régulière de promotion de la santé (ex. : éducation à la santé à l’école) ou de prévention (ex. : dépistage des infections sexuellement transmissibles)**

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps ou lpep
Mise en place régulière d’actions de promotion de la santé ou de prévention			
Oui (en %)	83	100	76
Nombre d’actions détaillées (entre 0 et 5 max) en %			
0	24	9	31
1	12	18	10
2	7	9	7
3	5	0	7
4	15	0	21
5	37	64	24
Nombre moyen d’actions détaillées	2,8	3,5	2,5

Source : Enquête Efop (Irdes).

Protocoles et activités auprès des patients

Les CDS participants à Peps ont en moyenne beaucoup plus souvent déclaré que les autres CDS la mise en place d’activités auprès des patients pour l’ensemble des thèmes proposés en moyenne (69 % vs 35 %) ainsi que des protocoles (39 % vs 26 %) [tableau 9]. Pour les activités, les différences sont marquées pour toutes les thématiques listées avec des activités pour presque tous les CDS participants à Peps sur le dépistage et la vaccination, la pathologie chronique, la santé mentale, la prise en charge sociale et l’obésité (au moins 80 % des structures). Pour les protocoles, les différences sont plus marquées avec les autres CDS pour ces mêmes thématiques, mais aussi pour les comportements à risque et prise en charge des addictions, la situation de handicap ou perte d’autonomie et la maternité.

Tableau 9 Mise en place d'activités ou de protocoles pour les patients dans les domaines suivants (% des structures)

	Tous les CDS		CDS expérimentateurs Peps		CDS non participants à Peps ou lpep	
	Mise en place		Mise en place		Mise en place	
	d'activités	de protocoles	d'activités	de protocoles	d'activités	de protocoles
1. Maternité (ex. préparation à la naissance, soins postpartum...)	34	12	55	27	28	7
2. Petite enfance et adolescence / Parentalité	44	22	73	18	35	24
3. Dépistage et vaccination (ex. dépistage cancer du col de l'utérus, vaccination HPV, ...)	71	42	91	46	62	38
4. Pathologie chronique	51	56	91	73	38	48
5. Situation de handicap / Perte d'autonomie	44	24	64	46	35	17
6. Santé mentale	51	37	82	46	38	31
7. Prise en charge sociale	51	34	82	46	41	31
8. Comportement à risque et addiction (ex. alcool, tabac, drogue)	56	34	73	55	48	28
9. Obésité	54	42	82	36	41	45
10. Traumatologie (ex. suture, entorse, plâtre...)	22	15	36	18	17	14
11. Soins palliatifs	10	10	27	18	3	7
12. Autres domaines	17	17	18	18	17	17
Moyenne sur les 11 thèmes	44	30	69	39	35	26

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.3.2. Coordination entre les professionnels du CDS

En plus des réunions de concertation et des échanges directement dans les dossiers des patients, très utilisés par tous les Centres de santé (CDS), les CDS Peps recourent également beaucoup aux consultations conjointes.

Les réunions et les échanges portant sur l’organisation et le fonctionnement sont les plus fréquents pour l’ensemble des CDS répondants, et plus encore parmi les expérimentateurs qui se réunissent aussi plus souvent pour échanger sur l’élaboration ou la mise en œuvre de la pratique pluriprofessionnelle.

En cohérence avec la pluriprofessionnalité de ces structures, les professions de santé les plus souvent présentes à ces réunions sont les médecins généralistes et les infirmiers (IPA et Asalée inclus).

Outils de coordination ou de coopération

Les réunions de concertation et les **échanges directement dans les dossiers des patients** sont les outils privilégiés de la coopération interne : ils sont tous deux utilisés par la quasi-totalité des CDS, suivis des protocoles de suivi et de prise en charge pluriprofessionnels qui sont utilisés par 78 % des centres (tableau 10). Les CDS Peps se distinguent aussi par un usage étendu des autres outils de coordination organisant des consultations conjointes (82 % *vs* 45 %) — qui, comme l’ont précisé les enquêtes qualitatives sur les CDS, impliquent non seulement des infirmiers, mais aussi souvent d’autres groupes professionnels tels que des médiateurs en santé —, et plus de la moitié utilisent les protocoles de coopération Asalée (55 % *vs* 37 %).

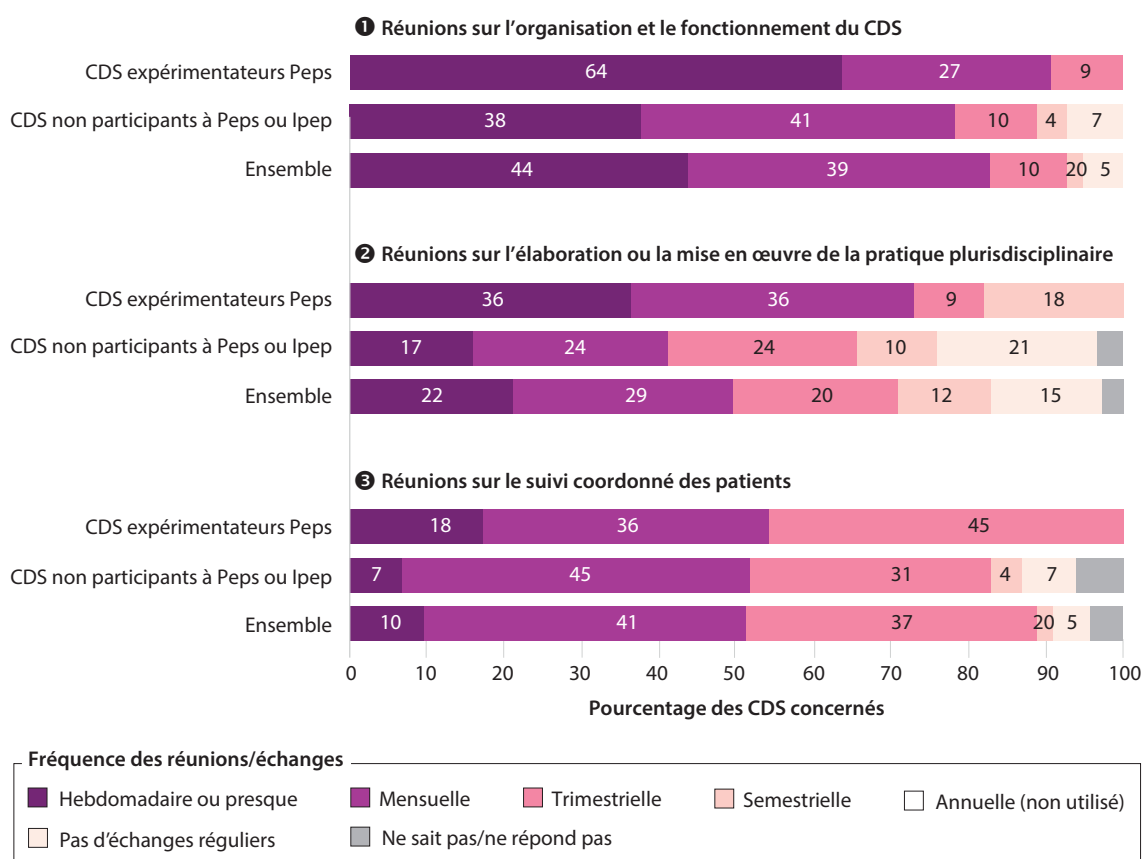
Tableau 10 Outils de coordination ou de coopération utilisés par les professionnels de santé pour le suivi ou la prise en charge des patients

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps ou lpep
1. Échanges directement dans les dossiers patients informatisés	93	91	97
2. Protocoles de suivi et prise en charge pluriprofessionnels (selon catégorie de patient ou problème de santé)	78	91	72
3. Protocoles de coopération Asalée	37	55	31
4. Réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) ou staff	98	100	97
5. Consultation conjointe : professionnels et patient (ou aidant)	56	82	45
6. Plan personnalisé de soins (PPS)	17	18	14

Source : Enquête Efop (Irdes).

Réunions et échanges des professionnels de santé

Près de la moitié des CDS répondants déclarent que leurs professionnels échangent sur des questions d'organisation et de fonctionnement du CDS « toutes les semaines ou presque », et plus fréquemment encore pour les CDS Peps (64 %). Si les échanges sur l'élaboration ou la mise en œuvre de la pratique pluriprofessionnelle et les échanges sur le suivi coordonné des patients sont globalement moins fréquents pour l'ensemble CDS, ils apparaissent toutefois un peu plus fréquents en CDS Peps concernant la pratique pluriprofessionnelle (graphique 3). Également interrogés sur la participation de professionnels extérieurs aux réunions sur le suivi coordonné des patients, il apparaît que ceux-ci sont plus souvent impliqués dans les CDS Peps, dans 73 % des cas contre 48 % pour les CDS hors Peps.

Graphique 3 Régularité des réunions et échanges

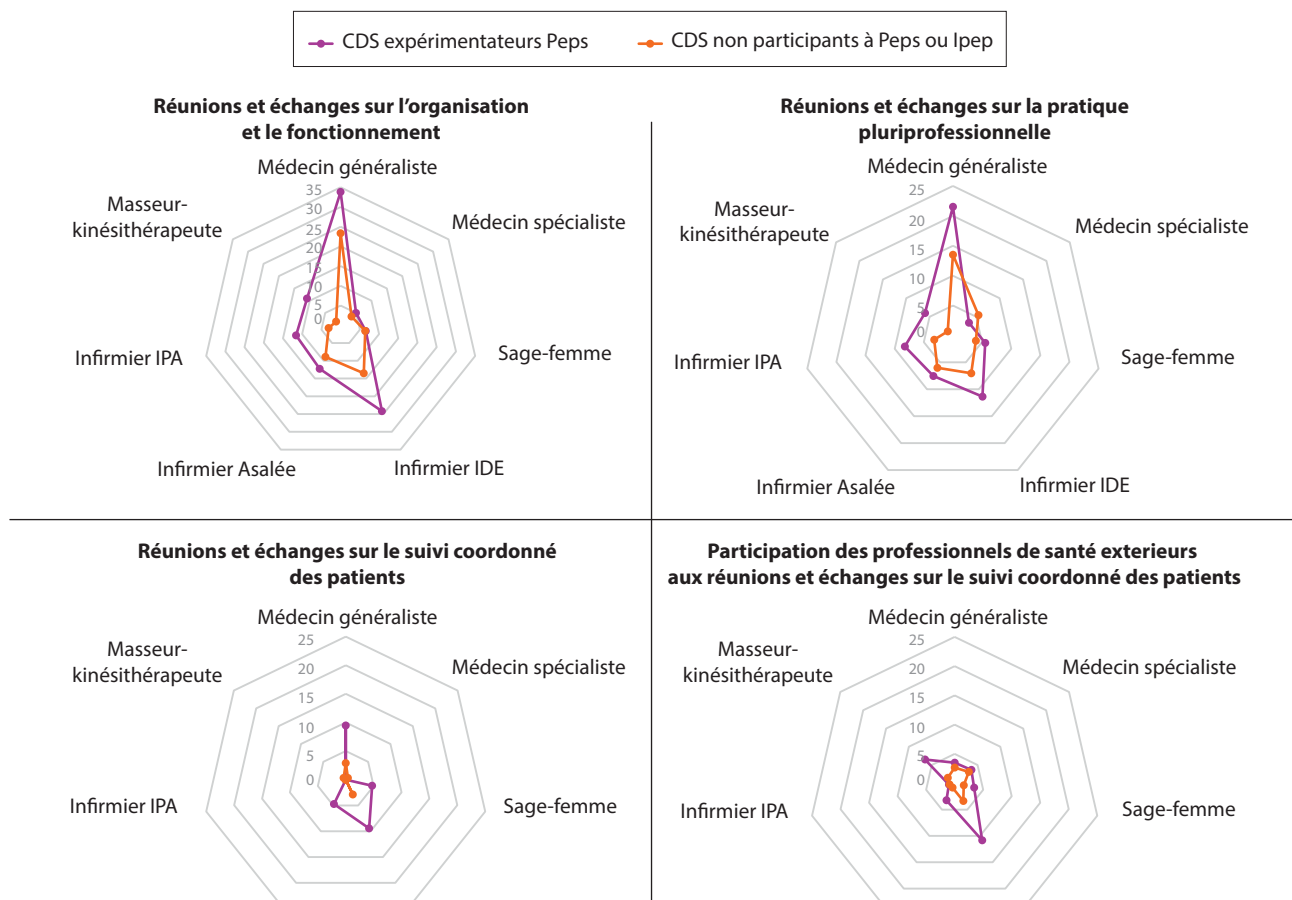
Lecture : 72 % des Centres de santé (CDS) participant au dispositif Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps), soit 8 sur 11, échangent sur l'élaboration ou la mise en œuvre de la pratique pluridisciplinaire au moins une fois par mois, contre 41 % des CDS non participant à Peps ou Incitation à une prise en charge partagée (lpep).

Source : Enquête Efop (Irdes).

Des réunions, pour les professions de santé, surtout composées de médecins généralistes et d'infirmiers

En complément de la fréquence annuelle des réunions, le questionnaire apporte un éclairage sur la représentation des différentes professions aux différents types de réunions. Un score a ainsi pu être construit pour évaluer la fréquence annuelle de présence des différentes professions à chaque type de réunion (graphique 4). En cohérence avec le tableau 12, il apparaît que les professionnels des CDS participent surtout à des réunions sur l'organisation et le fonctionnement, et que l'on rencontre majoritairement des médecins généralistes et des infirmiers. Ces réunions sont par ailleurs un peu plus pluriprofessionnelles parmi les CDS Peps dans la mesure où elles auraient plus souvent eu comme participants des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers IPA. Notons que les informations recueillies, comme pour les MSP, sur la participation des pharmaciens et des coordinateurs n'ont pas été mobilisées en raison de l'absence des premiers en CDS et d'un très faible taux de réponse pour les seconds, probablement en raison du rôle différent que ceux-ci occupent au sein de ces structures.

Graphique 4 Score annuel de composition des réunions



Asalée : Action de santé libérale en équipe.

IDE : Infirmière diplômée d'État.

IPA : Infirmière de pratique avancée.

Lecture : Davantage de réunions sur le fonctionnement et l'organisation ont eu comme participants des infirmiers dans les structures expérimentatrices Peps que dans les autres CDS. De plus, davantage de réunions sur l'organisation et le fonctionnement ont eu comme participants des médecins généralistes que toute autre profession de santé.

Source : Enquête Efop (Irdes).

Ces écarts de scores annuels de composition des réunions qui se sont tenues reflètent surtout la relative fréquence des réunions et la pluriprofessionnalité dans la composition des CDS répondants, qui comptent en moyenne beaucoup plus de médecins que d'infirmiers, tandis que les autres professions y sont largement minoritaires. Néanmoins, lorsque des réunions sont organisées et qu'un type de professionnels est présent dans la structure, leur présence aux réunions est le plus souvent élevée et n'est pas très différente d'un type de structure à l'autre : par exemple, les structures composées d'IPA ou d'infirmières Asalée déclarent que ces dernières participent presque toujours à l'ensemble des réunions. De plus, la participation aux réunions des masseurs-kinésithérapeutes est moins systématique que celle des infirmiers et similaire entre CDS Peps ou non, mais ces derniers sont rarement présents dans les structures non Peps.

5.3.3. Collaboration avec les services et institutions du territoire

Les Centres de santé (CDS) expérimentateurs Peps sont particulièrement impliqués dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à la fois en tant qu'initiateurs et participants, y compris dans leur pilotage, et de manière proportionnellement beaucoup plus importante que les autres CDS.

Après les pharmacies et les laboratoires d'analyse, avec lesquels les CDS collaborent le plus souvent quel que soit leur type, les CDS Peps collaborent également très fréquemment avec les CPTS, les acteurs du médico-social, les autres CDS et les municipalités ou intercommunalités.

La relation des CDS Peps avec l'hôpital est plus contrastée : malgré une fréquence de collaboration en moyenne proche de celle des autres CDS, celle-ci s'avère très hétérogène. Elle apparaît aussi plus structurée que pour les autres CDS, reposant plus souvent sur des conventions ou des réunions et échanges réguliers, sans que les retours d'une hospitalisation ou passages aux urgences soient plus fréquents, voire au contraire.

Implication dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Les CDS Peps participaient plus souvent à une CPTS au moment de l'enquête et avec un degré d'implication supérieur aux autres CDS : plus de 70 % des CDS Peps avaient une participation de l'ensemble de leurs professionnels contre 45 % des autres CDS, à laquelle s'ajoute une participation de près de 20 % des structures par au moins une partie de ses professionnels qu'elles soient Peps ou hors Peps. Les CDS Peps participant à une CPTS étaient aussi beaucoup plus souvent à l'initiative de celle-ci que les autres CDS (80 % vs 17 %), et avec un ou plusieurs membres impliqués dans leur pilotage (80 % vs 33 %). La participation des CDS Peps à un contrat local de santé était un peu moins fréquente (60 %) qu'à celle d'une CPTS, mais légèrement plus que les autres CDS (50 %).

Collaboration externe avec les services et institutions environnantes

Les pharmacies et les laboratoires d'analyses médicales se révèlent être les collaborateurs les plus réguliers des CDS puisque 73 % d'entre eux déclarent collaborer avec les pharmacies au moins une fois par semaine et 60 % pour les laboratoires, soit plus souvent qu'avec les cabinets de radiologie (53 %), d'autres professionnels de santé libéraux (43 %) et l'hôpital (40 %). Néanmoins, les CDS Peps et les autres n'ont pas les mêmes fréquences de collaborations avec tous les services et institutions du territoire. Le score de collaboration

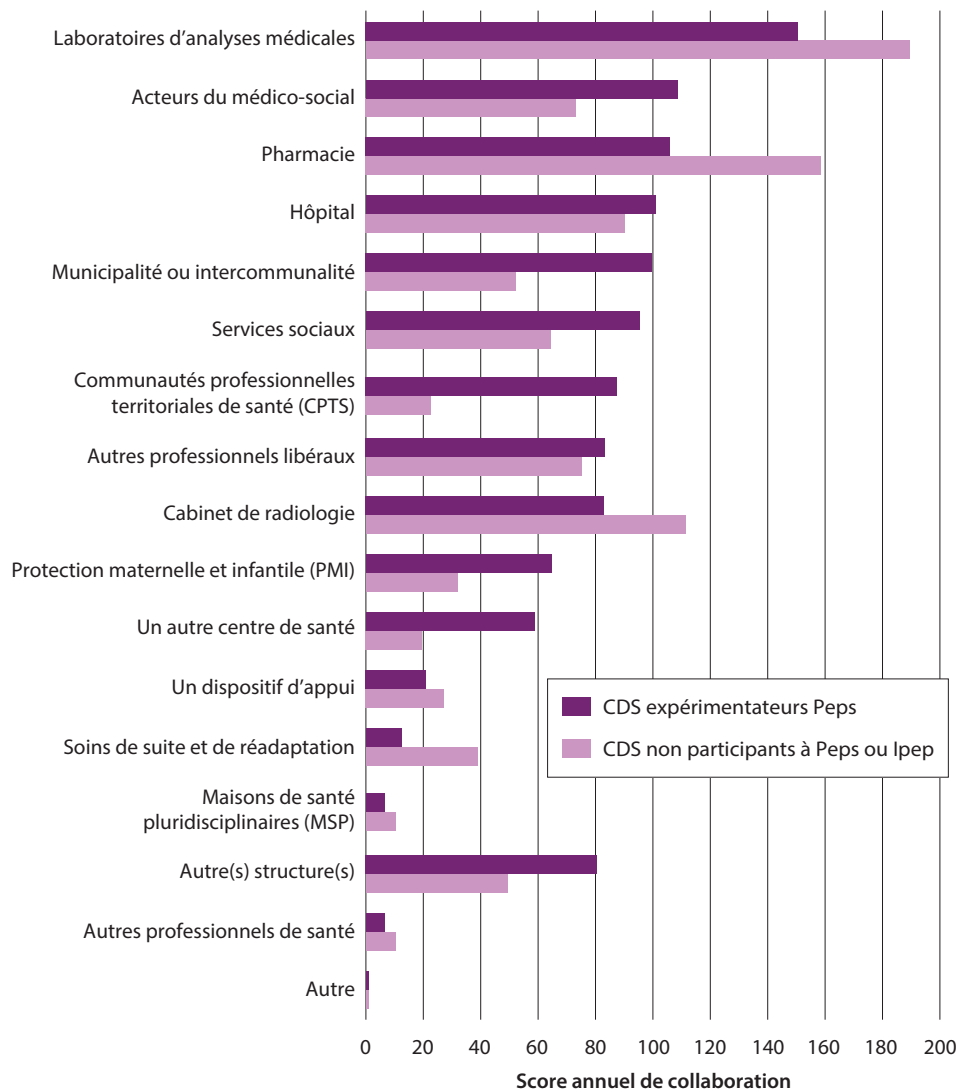
Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

5. Premiers enseignements de l'enquête Efop CDS

Irdes - décembre 2024

qui a été construit (graphique 5) met en évidence une relation plus fréquente des CDS Peps avec les CPTS, dans lesquelles nous avons vu qu'ils étaient plus impliqués, ainsi qu'avec les acteurs du médico-social, les autres CDS et les municipalités ou intercommunalités. En revanche, les autres CDS ont déclaré des relations plus fréquentes avec les laboratoires d'analyse, les pharmacies et les cabinets de radiologie.

Graphique 5 Score annuel de collaboration du CDS avec les services ou institutions suivantes inscrites sur le territoire



Ipep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Lecture : Score construit à partir des fréquences déclarées pour lesquelles ont été affectés 260 points si la collaboration est quotidienne ou presque, 52 points si elle a lieu au moins une fois par semaine, 24 points si elle a lieu plusieurs fois par mois, 10 points si elle a lieu quelques fois par an, 1 point si elle a lieu une fois par an, et 0 point si le centre a déclaré ne jamais collaborer avec le service ou l'institution considérée.

Source : Enquête Efop (Irdes).

Une collaboration plus structurée avec l'hôpital, mais des retours d'information moins systématiques

La fréquence de collaboration avec l'hôpital est similaire pour tous les CDS, 40 % déclarent échanger au moins une fois par semaine avec un hôpital (tableau A4 en annexe et graphique 4). Il existe toutefois de fortes disparités dans les relations des CDS avec l'hôpital que le score ne permet pas d'appréhender, en particulier entre les CDS Peps : 60 % des CDS Peps déclarent avoir des liens moins que mensuels avec l'hôpital, contre 25 % des CDS hors Peps et Ipep, tandis qu'ils sont environ 30 % dans les deux cas à déclarer des échanges quotidiens. La nature de ces collaborations semble néanmoins nettement plus structurée parmi les CDS Peps, mais sans pour autant générer des retours plus réguliers de la part de l'hôpital lors de la visite des patients, voire au contraire, moins fréquemment. Les CDS Peps ont plus souvent mis en place des conventions avec l'hôpital (64 % vs 46 %), des réunions d'échange et de concertation (82 % vs 31 %), ainsi que des collaborations plus fréquentes liées à l'expertise et à la formation (64 % vs 39 %) [tableau 11]. Cependant, parmi les CDS qui ont su répondre, les CDS Peps ont moins souvent déclaré avoir un retour systématique à la suite d'une hospitalisation (c'est-à-dire pour 75 % à 100 % de leurs patients) [25 % vs 44 %], et à la suite d'un passage aux urgences (0 % vs 24 %), et seulement 1 d'entre eux déclarait recevoir les informations nécessaires à la suite d'un passage à l'hôpital sous 48 heures, contre 38 % des autres CDS. Notons que la régularité de la réception d'informations après une visite chez un spécialiste était aussi moins régulière pour les CDS Peps, dont 12 % déclaraient recevoir systématiquement une information, contre plus de la moitié des autres CDS (52 %).

Tableau 11 Nature de la collaboration avec l'hôpital (hôpital de proximité, Centre hospitalier-CH ou Centre hospitalier universitaire-CHU, cliniques privées, etc.) pour les CDS avec une collaboration au moins occasionnelle

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps ou Ipep
1. Convention	53	64	46
2. Réunion d'échange/ concertation	45	82	31
3. Intervention et communication	32	27	35
4. Expertise ou formation	45	64	39
5. Activité de soins	68	73	69
6. Autre, précisez	3	9	0

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.3.4. Fonction et périmètre d'activité des professionnels

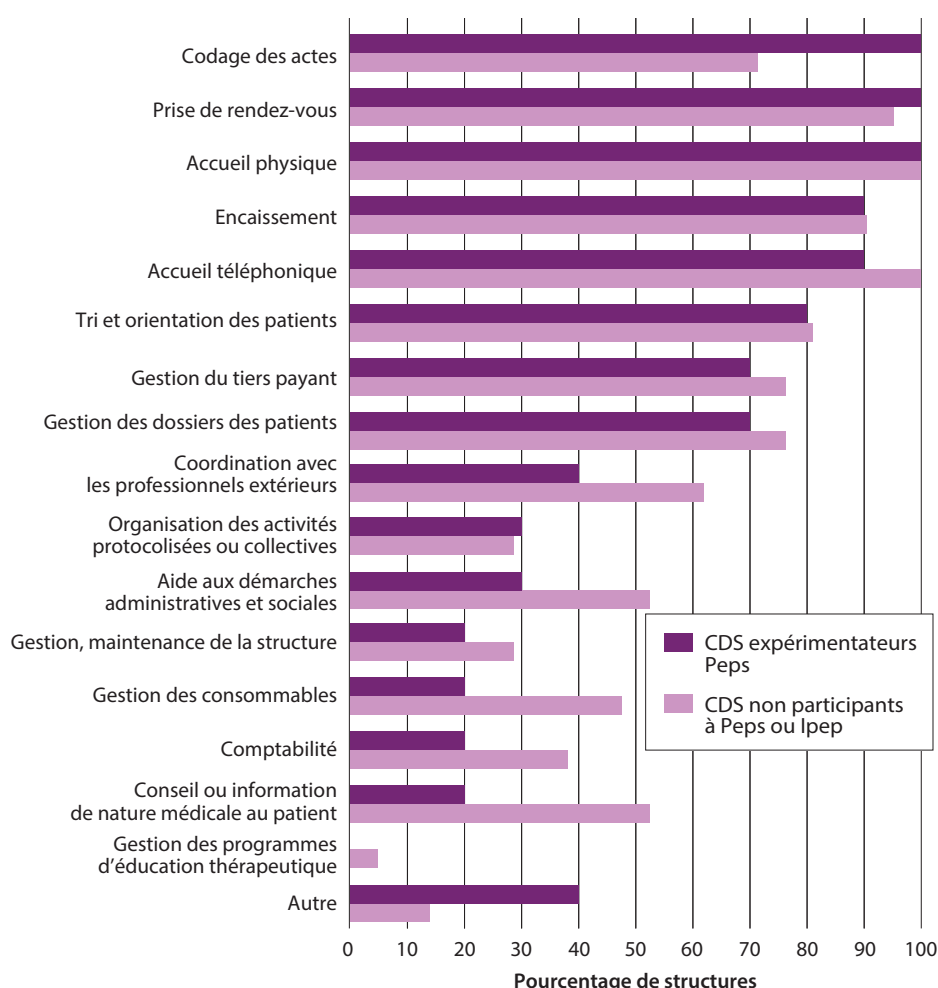
Les structures expérimentatrices ont presque toujours du personnel d'accueil ou de secrétariat, en plus grand nombre que les autres CDS, et elles réalisent un faisceau de tâches similaires, mais les différences sont substantielles entre ce qui est déclaré pour les CDS et en MSP.

De même, le faisceau de tâches des infirmiers varie peu entre les CDS Peps et les autres CDS, mais il se distingue nettement de celui déclaré en MSP. En CDS, par exemple, les infirmiers participent fréquemment, et nettement plus souvent qu'en MSP, à l'accueil ou à l'orientation des patients, à l'éducation à la santé ou au soutien à l'amont ou à l'aval de la consultation médicale.

Rôle et fonctions du secrétariat et de l'accueil

Les CDS Peps déclarent plus souvent la présence d'un personnel d'accueil ou de secrétariat par rapport aux autres CDS (91 % vs 72 %), avec des effectifs moyens beaucoup plus importants (11 ETP vs 3). Ceci est à mettre en lien avec leur plus grande pluriprofessionnalité, y compris avec des professions du médico-sociales. Néanmoins, les différences entre CDS Peps et autres CDS ne sont pas vraiment marquées si ce n'est pour le codage des actes qui est systématique pour le personnel des CDS Peps, et des tâches de gestion et de maintenance de la structure, voire d'accompagnement dans le parcours, qui sont en revanche moins fréquent dans les CDS Peps (graphique 6). Cela pourrait aussi s'expliquer par un appui plus fréquent dans ces tâches par les autres personnels des CDS Peps (IPA, médiateur en santé, assistante sociale). Les CDS Peps déclarent plus souvent d'autres fonctions en dehors des items proposés (40 % vs 14 %), comme la coordination des parcours pour les personnes en non-recours ou la participation aux réunions pluriprofessionnelles et aux activités collectives et de santé publique.

Graphique 6 Rôle et fonctions du personnel de secrétariat ou d'accueil



l'pep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Lecture : 40 % des Centres de santé (CDS) participant au dispositif Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) déclarent que la coordination avec les professionnels extérieurs fait partie des rôles et fonctions du personnel de secrétariat ou d'accueil.

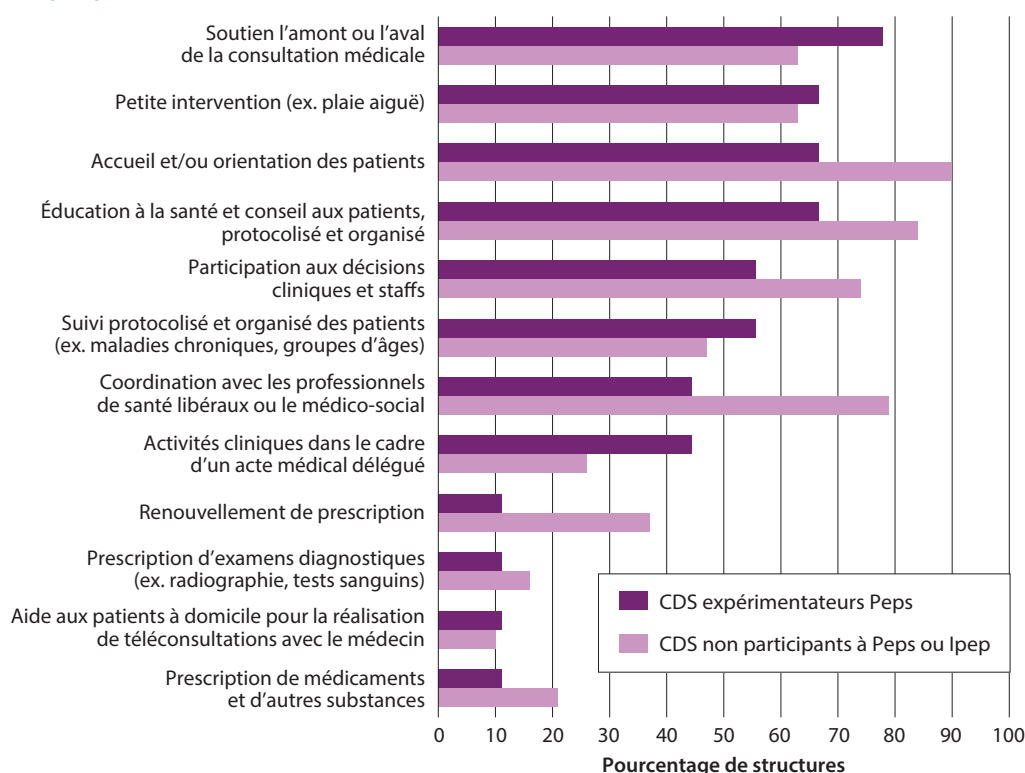
Source : Enquête Efop (Irdes).

En revanche, comparativement aux résultats observés pour les MSP, le personnel de secrétariat ou d'accueil des CDS a un faisceau de tâches différent. En dehors des fonctions d'accueil et de prise de rendez-vous, il effectue le codage des actes, l'encaissement et la gestion du tiers payant de façon beaucoup plus fréquente, mais moins souvent de conseil et d'information médicale et de gestion et maintenance de la structure. Ce constat peut être lié à des différences de taille entre les structures et de présence d'autres personnels et métiers pouvant les effectuer.

Rôle et fonctions des infirmières

Les différences de périmètre d'activité des infirmières salariées entre les CDS participant à Peps et hors Peps ne sont pas majeures et la comparaison est soumise à la faiblesse des échantillons (graphique 7). On peut toutefois noter que dans les CDS Peps, il est plus souvent rapporté des activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué par rapport aux autres CDS (44 % vs 26 %), un soutien à l'amont ou l'aval de la consultation médicale (78 % vs 63 %) et de suivi protocolisé de certains groupes de patients (56 % vs 47 %). En revanche, on constate moins souvent la déclaration d'une participation à l'éducation à la santé et conseil aux patients, protocolisés et organisés (67 % vs 84 %) et de liaison et coordination avec les autres professionnels de santé ou établissements (44 % vs 79 %). Ces différences peuvent être liées aux diverses compositions des CDS en professionnels de santé et à une répartition distincte des tâches entre les professionnels de santé selon les structures.

Graphique 7 Rôle et fonctions des infirmières



lpep : Incitation à une prise en charge partagée [Expérimentation de l'article 51].

Peps : Paiement en équipe de professionnels de ville [Expérimentation de l'article 51].

Lecture : Près de 65 % des Centres de santé (CDS) participant au dispositif Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps) déclarent que l'accueil et/ou l'orientation des patients fait partie des rôles et fonctions infirmières de leurs structures.

Source : Enquête Efop (Irdes).

Pris dans son ensemble, le périmètre d'activité des infirmières salariées dans les CDS est particulièrement étendu se distinguant de celui observé dans le volet de l'enquête sur les MSP. Les infirmières des CDS se distinguent particulièrement par leurs rôles d'accueil ou d'orientation des patients sans rendez-vous (79 % en CDS *vs* 14 % en MSP), d'éducation à la santé et de conseil aux patients, protocolisés et organisés (83 % *vs* 53 %), par leur rôle dans la liaison et la coordination avec les autres professionnels de santé ou établissements de santé (69 % *vs* 44 %), le soutien à l'amont ou l'aval de la consultation médicale (69 % *vs* 27 %), les petites interventions comme les plaies aiguës (62 % *vs* 37 %).

6. Premiers éléments de synthèse, analyses croisées

6.1. Une mise à l'épreuve du modèle durant son déploiement

Le forfait Peps a été fortement mis à l'épreuve durant son déploiement tant sur les modalités de son calcul que sur son périmètre. Des enseignements peuvent déjà être tirés pour une éventuelle suite de l'expérimentation.

1. Le forfait initialement pensé comme pluriprofessionnel avec une définition de l'équipe Peps composée de médecins et d'infirmières a finalement uniquement été mis en place pour les actes des médecins généralistes.
2. La grande majorité des maisons de santé a quitté l'expérimentation devant différentes difficultés, et notamment celle d'organiser la répartition du forfait collectivement. La répartition du forfait laissée libre aux équipes libérales pose question en termes de partage de ces rémunérations intra comme interprofessionnel et menace la cohésion de l'équipe.
3. L'ensemble des Centres de santé (CDS) a pu mettre en place le forfait sans difficulté particulière, celui-ci n'impactant pas directement la rémunération des professionnels. Le forfait a même contribué, aux dires des professionnels, à améliorer l'équilibre financier des CDS.

Le déploiement progressif de l'expérimentation Peps a conduit à des adaptations du modèle initial présenté dans le cahier des charges et du forfait Peps tel que finalement mis en œuvre. Le premier changement majeur concerne le renoncement dans cette phase expérimentale à la dimension pluriprofessionnelle du forfait Peps et au passage d'un forfait médecin généraliste + infirmière-s à un forfait restreint aux actes de médecins généralistes pour la patientèle Peps. La deuxième difficulté, partiellement conséquente à la précédente, est le renoncement de la plupart des MSP à effectivement basculer dans le forfait Peps.

La restriction du forfait Peps aux seuls actes de médecins généralistes est en partie liée à des difficultés techniques pour construire et ajuster un forfait commun entre les deux types de professionnels, car les patientèles partagées ont finalement une taille réduite. En effet, le forfait Peps, structurellement construit sur la patientèle affiliée médecin traitant des médecins des structures, ne recoupe que très partiellement celle des infirmières. Notons qu'en termes de périmètre, le forfait Peps proposait initialement trois types de patientèles Peps, soit la population médecin traitant âgée, la population médecin traitant diabétique ou l'ensemble de la population médecin traitant. Le choix des structures qui ont conduit le passage au forfait Peps jusqu'en 2023 concerne quasi exclusivement la patientèle médecin traitant totale. Ce constat n'est pas très surprenant compte tenu des hypothèses théoriques d'un paiement à la capitation qui repose intrinsèquement sur la compensation de patients qui nécessitent plus de soins que la moyenne par des patients qui en nécessitent moins et ce, au-delà des ajustements des forfaits par patients. Ces compensations sont plus difficiles à mettre en œuvre sur des populations plus homogènes avec des besoins de soins importants.

Pour ce qui concerne le retrait de la grande majorité des MSP, 14 structures sur les 17 initialement engagées ont quitté l'expérimentation, 6 d'entre elles à l'issue de la période de co-construction, 7 d'entre elles avant le passage au forfait, et une dernière un an après le passage au forfait. Les sorties de l'expérimentation Peps sont principalement liées à des difficultés au sein des équipes libérales à définir localement des clés de répartition du forfait, aussi bien entre médecins qu'entre médecins et infirmières. Certains médecins avaient également pensé que Peps leur permettrait de bénéficier de financements complémentaires pour mettre en œuvre des projets non pris en charge par l'Assurance maladie, ce qui ne correspondait évidemment pas au sens du modèle. Ensuite, les difficultés à construire la clé de répartition du forfait collectif entre professionnels questionnent à la fois l'autonomie des professionnels (car les professionnels deviendraient davantage dépendants les uns des autres), le travail d'équipe (le travail des uns aurait un impact sur la rémunération des autres), et interrogent également l'égalité de traitement entre tous. En effet, l'absence de clé de répartition laisse les professionnels libres de se répartir le forfait en reproduisant, voire en renforçant, certaines inégalités de rémunération, constituant une fragilité du modèle. Entre médecins généralistes et infirmières, il a par exemple été envisagé des rémunérations inégales pour de mêmes actes, ce qui accentuerait les différences de rémunération déjà présentes et entraînerait des tensions dans l'équipe. Entre médecins généralistes, le choix d'une rémunération variable selon le nombre d'actes produits (comme cela a été le cas dans un premier temps à Mazernard) pourrait reproduire des inégalités de rémunérations dépendantes du genre, les femmes ayant plus souvent la pratique de consultations longues, également adaptées à certaines spécificités de leur patientèle (plus de femmes et d'enfants) [Attal-Toubert, 2009 ; Jakubovitch *et al.*, 2012 ; Lapeyre, 2003 ; Mayson et Bardoel, 2021]. Laisser le choix de la répartition des rémunérations aux seuls professionnels de santé entraîne ainsi des questions en termes d'organisation et d'équité (avec des répercussions possibles sur la cohésion de l'équipe), et de soutenabilité dans le temps.

Dans les CDS, ces questions ne se posent pas, car le schéma de rémunération des professionnels avant le passage au forfait est déjà le résultat d'une mutualisation de ressources. Le forfait Peps est ainsi directement versé sur les comptes de la structure, en substitution de la somme des paiements à l'acte, et cela ne change en rien les barèmes de rémunération des professionnels exerçant dans ces structures. L'ensemble des CDS engagés dans Peps a pu mettre en place le forfait comme prévu, et sans tension particulière dans l'équipe. Le forfait semble au contraire favoriser l'équilibre financier de ces structures.

6.2. Ce que le profil des structures expérimentatrices éclaire

L'expérimentation Peps a concerné au total 33 structures, dont 16 Centres de santé (CDS) et 17 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Le forfait Peps n'a cependant été concrètement mis en place que dans 19 structures, dont 16 CDS et 3 MSP.

Les structures qui ont mis en place le forfait partagent certaines caractéristiques, qui peuvent éclairer les conditions de la dissémination de l'expérimentation vers d'autres équipes ou structures.

1. Les CDS qui ont mis en œuvre le forfait Peps sont anciens pour la plupart et la participation à l'expérimentation s'inscrit dans la continuité d'engagements antérieurs.
2. Les MSP qui sont passées au forfait sont de petits collectifs de médecins généralistes, qui partagent une critique radicale du paiement à l'acte et manifestent une volonté d'accroître leur travail pluriprofessionnel.

Les CDS qui mettent en œuvre Peps sont plus anciens que les autres CDS, plus de la moitié ayant ouvert avant 2007, alors que c'est le cas de 38 % des autres CDS. Ils ont également une taille plus importante, au regard du nombre d'infirmières et de médecins. Ces CDS développent depuis plusieurs années des projets de santé orientés vers la prise en charge de leur patientèle de manière globale, dans des zones urbaines caractérisées par une population précaire. Les CDS font ainsi un usage pratique et politique de l'expérimentation, cherchant à valoriser leurs activités qui sortent du soin curatif à la fois économiquement et symboliquement, en portant leur travail sous le regard des pouvoirs publics. Ils sont d'ailleurs investis dans davantage d'autres expérimentations que les autres CDS.

Les MSP qui passent au forfait ont également des caractéristiques particulières : il s'agit de collectifs de cinq médecins, dont certains travaillent ensemble depuis leur installation et recherchent depuis plusieurs années des moyens alternatifs au paiement à l'acte, mode de rémunération qu'ils estiment « délétère » pour la qualité des prises en charge et rémunérant mal leurs pratiques. Ce sont également des médecins généralistes investis dans le mouvement des MSP, convaincus de la nécessité d'accroître la coordination pluriprofessionnelle. Comme les CDS, ces structures ont une habitude antérieure de travail avec les pouvoirs publics, développée dans le cadre d'autres dispositifs publics aux niveaux local, régional, et national (MSP, CPTS, protocoles de coopération, programmes de prévention, etc.).

6.3. Des changements de pratiques et de conditions de travail

La mise en place du forfait Peps s'accompagne de changements des pratiques de travail des médecins généralistes ainsi que de leurs conditions de travail.

1. Dans les Centres de santé (CDS) comme dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les professionnels déclarent que la mise en place du forfait leur a permis de se détacher de la nécessité de produire des actes en grand nombre pour obtenir une rémunération ou un financement suffisant. S'il conviendra de vérifier l'effectivité de ces changements de pratiques par les analyses d'impact, il est intéressant de noter que la perception des professionnels semble positive à cet égard. Les médecins généralistes indiquent que le forfait a également permis plus de souplesse dans les prises en charge des patients. Ils déclarent avoir pu développer ou faire reconnaître (et rémunérer) des activités qui se déroulent en dehors des consultations et donc hors du panier de soins traditionnel.
2. Dans les structures où est mis en place le forfait, les changements des pratiques des médecins généralistes s'accompagnent également d'évolutions dans les tâches attribuées à d'autres professionnelles de santé (infirmières, accueillantes, secrétaires). Ces évolutions ne sont pas toutes attribuables à Peps, mais le forfait peut également y contribuer.
3. En MSP, les médecins revendiquent une amélioration de leurs conditions de travail liées au forfait. La nature collective de celui-ci a notamment permis de contrer certains désavantages du statut libéral, par exemple en lisant leurs rémunérations mensuelles ou en permettant des systèmes de « congés payés » organisés au sein du collectif de médecins.

Dans les CDS comme dans les MSP, les professionnels s'estiment, dans l'ensemble, satisfaits par la mise en œuvre du forfait Peps. Les professionnels de CDS soulignent l'adéquation entre le mode de rémunération au forfait et leurs modalités de prise en charge des

patients dans ces structures. Les médecins des CDS alertent sur la nécessité de conserver une prise en compte des inégalités sociales dans le forfait en vue d'une généralisation.

Dans les deux types de structures, les médecins généralistes soulignent que le forfait a permis plus de souplesse dans la prise en charge des patients, en leur permettant de réadapter le rythme et le contenu des consultations de manière plus souple qu'à l'acte, et selon les besoins des patients. Ils indiquent que le forfait leur permet également de mieux prendre en compte le travail réalisé en dehors des consultations, qu'il s'agisse de travail administratif, de coordination pluriprofessionnelle ou de suivi des patients. De manière générale, ils estiment que le fait de ne plus être rémunéré pour un acte précis, mais pour une prise en charge globale leur autorise plus de souplesse dans la réalisation de leur activité, comparativement à leur rémunération antérieure. L'enquête quantitative menée sur les CDS Peps montre que ceux-ci organisent davantage la permanence des soins que les autres CDS. Ils mettent également davantage en place des actions de promotion de la santé et de prévention de manière régulière.

Dans les deux types de structures, la mise en place du forfait accompagne le développement du salariat infirmière en soins primaires, qu'il s'agisse d'infirmières salariées par la structure ou par l'association Asalée. Ces infirmières ne sont pas salariées uniquement grâce au forfait Peps, mais quand la rémunération Peps excède la rémunération antérieure, elle est souvent réinvestie dans le financement de ces postes (pour les infirmières salariées de la structure).

L'enquête Efop dans les CDS montre par exemple que 75 % des CDS répondants déclarent utiliser le forfait pour rémunérer des professionnels de santé salariés, dont des infirmières. De plus, la rémunération forfaitaire peut faciliter la coordination pluriprofessionnelle, permettant plus facilement aux médecins de prendre des temps de travail en dehors de l'acte. Ces infirmières réalisent des tâches de prévention, d'éducation des patients sur leur pathologie, de coordination des parcours des patients, des consultations de suivi (dans le cadre de protocoles de coopération ou pour des infirmières en pratique avancée), ou même de la médiation en santé.

Par ailleurs, l'enquête sociologique et l'enquête Efop montrent le développement du travail d'accueil et de secrétariat. Le forfait Peps n'est encore une fois pas à l'origine de ces transformations, même s'il peut contribuer à les développer et à faire reconnaître certains rôles professionnels. Ainsi, dans les deux MSP enquêtées, les secrétaires et accueillantes se voient confier de nouvelles tâches administratives, mais également des tâches de prévention et d'information des patients. Dans les CDS, les accueillantes consacrent moins de temps pour coder l'activité médicale dans le cadre du forfait Peps. Ce temps est réinvesti dans l'orientation des patients et le développement d'une prise en charge sociale, en mobilisant davantage les assistantes sociales ou les médiatrices en santé employées par les CDS. L'ensemble de ces évolutions est susceptible de décharger les médecins généralistes d'une partie de leurs tâches (administratives, de prévention, de coordination de parcours, etc.).

Enfin, en MSP, les médecins généralistes rapportent une amélioration de leurs conditions de travail, liée au partage collectif du forfait qui leur a permis d'organiser collectivement une rémunération au temps de travail, ce qui présente, selon leurs déclarations, plusieurs avantages :

- Lisser la rémunération mensuelle des médecins
- Faciliter l'installation de jeunes médecins, qui bénéficient d'une rémunération plus élevée car égale à celle des autres médecins, alors qu'ils sont en cours de constitution de leur patientèle

- Mettre en place localement des « congés payés », organisés par les médecins généralistes, et éventuellement prévoir des compensations en cas d'arrêt maladie.

L'ensemble de ces transformations constituent pour les médecins généralistes libéraux des améliorations de leurs conditions de travail, tout en leur ayant permis de maintenir leur niveau de rémunération antérieure et leur statut libéral. Pour les MSP, si la dimension collective du forfait a freiné l'investissement du forfait pour la plupart des structures libérales initialement engagées, elle a également permis d'améliorer les conditions de travail des médecins dans les deux MSP l'ayant mis en place.

6.4. Retour sur les attendus théoriques du modèle et les analyses quantitatives à venir

Peps constitue un réel changement de paradigme par la bascule de rémunérations individuelles à l'activité vers une rémunération collective par capita-tion. L'expérimentation se confronte alors à des barrières difficiles à surmonter, liées, notamment, à l'élaboration d'une clé de répartition des rémunérations consensuelle au sein de l'équipe Peps.

Les premiers résultats qualitatifs et quantitatifs mettent en évidence, pour les profils très spécifiques des expérimentateurs, des actions et des changements organisationnels en ligne avec les attendus théoriques.

Les analyses d'impact à venir permettront de vérifier si ces premiers résultats se traduisent concrètement par des effets sur l'activité des professionnels des structures, médecins généralistes et infirmiers (et éventuellement d'autres professionnels), sur les parcours des patients (ville hôpital mais aussi les par-cours en ville) et sur la qualité des soins.

Le forfait Peps, calculé sur la base de la patientèle médecin traitant des médecins généralistes d'une structure et dont la clé de répartition est laissée à la pleine liberté des professionnels de la structure, a suscité un certain enthousiasme à la fois pour des MSP et des CDS au début de l'expérimentation. Très vite, des barrières difficiles à surmonter sont apparues pour la grande majorité des MSP pour lesquelles Peps constitue un réel change-ment de paradigme par la bascule de rémunérations individuelles vers une rémunération collective. Ces difficultés ont été liées, d'une part, à l'élaboration d'une clé de répartition consensuelle au sein de l'équipe Peps sans remettre en cause la cohésion du groupe, ou au renoncement progressif de construire un modèle de forfait pluriprofessionnel médecin gé-néraliste/infirmie-ère-s pour l'équipe Peps, d'autre part. Les CDS, à l'inverse, semblent s'être approprié le modèle plus facilement, ce qui n'est pas très surprenant au regard des attendus de la littérature puisque leur modèle économique et de leur fonctionnement sont initiale-ment collectifs et reposent sur une clé de répartition déjà connue.

Entre théorie et mise en œuvre, le paiement au forfait Peps, que ce soit au niveau micro pour les MSP, ou au niveau des structures pour les CDS, devrait s'accompagner d'une plus grande anticipation des ressources d'une période sur l'autre, avec des budgets prévi-sibles et non liés directement à l'activité. La mise en œuvre d'actions, associées ou non à des actes nomenclaturés, mobilisant ou non plusieurs professionnels de santé de la structure, et incluant ou non les médecins, devrait s'en trouver facilitée. La déconnection des revenus

du nombre d'actes effectués, et la disparition de la concurrence intra et interprofessionnelle qu'elle mettait en œuvre, lèvent certaines barrières à la réallocation des activités et seraient plus favorables à l'offre de prévention. Cette réorganisation des tâches, accompagnée ou non par une montée en compétences de certains professionnels, devrait également se traduire par une augmentation de la patientèle médecin traitant sans hausse de l'activité globale, et donc par une baisse du nombre d'actes du médecin par patient.

Les premiers résultats qualitatifs et quantitatifs mettent en évidence, pour les profils très spécifiques des expérimentateurs, des actions et des changements organisationnels, notamment en termes de réallocation des tâches au sein des équipes expérimentatrices, avec des développements de nouvelles compétences pour des personnels des structures (secrétariat, infirmières, etc.). Ainsi, dans les CDS comme dans les MSP, les professionnels ont déclaré, en ligne avec les attendus théoriques :

1. La déconnexion du revenu (des ressources) du nombre d'actes a induit des changements de pratiques liés à « moins d'incitation à produire des actes en grand nombre »
2. Le forfait a également permis de réorganiser les parcours en élargissant la gamme des services offerts par des activités nomenclaturées ou non, parfois existantes ou non, mais éventuellement plus systématiques
3. Les tâches ont pu être réparties et déléguées à d'autres professionnels dans la structure

Les analyses d'impact qui seront mises en œuvre à partir des données du SNDS et de la plateforme « article 51 » devraient permettre de confirmer ou non, au sein de l'ensemble des équipes expérimentatrices et par rapport à des équipes comparables ne participant pas aux expérimentations, les résultats mis en évidence par les analyses sociologiques et les premiers résultats descriptifs d'Efop qui suggèrent des effets :

- sur l'activité des professionnels des structures, médecins généralistes et infirmiers (et éventuellement d'autres professionnels),
- sur les parcours des patients (ville hôpital mais aussi les parcours en ville)
- sur la qualité des soins.

Il s'agira de vérifier, en mobilisant des approches contrefactuelles d'évaluation des politiques publiques, que les changements organisationnels et de pratiques déclarés se traduisent concrètement par des effets sur ces différentes dimensions (listées ici), et que ces effets sont bien liés à l'expérimentation. Ensuite, nos analyses vérifieront que le paiement au forfait n'induit pas certains effets négatifs, parfois observés dans la littérature. En effet, les incitations théoriques d'un paiement au forfait peuvent se traduire par la recherche d'effets d'aubaine par les professionnels, dont certains sont anticipés par des ajustements du forfait Peps (cf. section 3.3). Notamment, la prise en charge des patients non affiliés aux médecins traitants de la structure est associée à une rémunération à l'acte additionnelle que reçoit le médecin exécutant dans une MSP ou le CDS si le médecin exerce dans un centre. Cette spécificité du modèle Peps est en lien avec le contexte français (liberté de choix des médecins par les patients et rémunération conventionnelle à l'acte), mais présente donc un risque d'effet d'aubaine pour le médecin. Des ajustements au « taux de fidélisation » ou « taux de fuite » ont été prévus pour éviter que ces prises en charge de patients ne se fassent pas au détriment des patients inscrits médecins traitants, mais il conviendra, pour s'en assurer, d'avoir une analyse fine de la prise en charge de ces patients médecins traitants à travers :

- leur parcours de soins en ambulatoire (recours à des médecins généralistes d'autres structures, recours aux spécialistes, recours aux urgences, etc.),

- la taille et les caractéristiques des patients médecins traitants de la structure non consommateurs,
- la taille de la file active des patients de la structure au regard des deux indicateurs précédents.

La validation des hypothèses sur la mise en œuvre d'activités non nomenclaturées sera conditionnée à la qualité des remontées de données par les structures expérimentatrices sur la plateforme « article 51 ».

Quant à l'amélioration des conditions de travail rapportée par les professionnels, il s'agit d'un élément très positif que nous ne pourrions approcher que de façon parcellaire, mais néanmoins complémentaire, *via* les données du SNDS en étudiant finement l'intensité de l'activité, et tout particulièrement les nombres de jours travaillés, les nombres consécutifs de jours non travaillés, etc. Cela ne sera toutefois pas possible pour les CDS. En effet, les analyses en CDS ne permettront probablement pas une analyse fine par professionnel, surtout pour la période antérieure au passage au forfait, mais seulement une étude agrégée au niveau de l'activité et de la patientèle de la structure, voire par profession et discipline.

7. Publications / valorisation

Fournier C., Michel L., Morize N., Pitti L., Suchier M. (2021). « Les soins primaires face à l'épidémie de Covid-19. Entre affaiblissement et renforcement des dynamiques ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 260.

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.

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 ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 262.

Schlegel V. (2022). « Des médecins entrepreneurs de la transformation des soins primaires. Une analyse des conditions d'engagement des porteurs libéraux dans les expérimentations Ipep et Peps ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 273.

Morize N., Schlegel V. (2023). « Les usages des financements expérimentaux Ipep et Peps dans cinq Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Vers une redéfinition des frontières professionnelles autour de la division du travail de soin ? ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 275.

Legrand J., Pitti L. (2024). « Des expérimentateurs et promoteurs inattendus : mise en œuvre, effets et usages de l'expérimentation Peps dans 16 centres de santé ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 285.

Morize N. (2024). « Les coûts de l'autonomie. Économistes et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires », Thèse en sociologie, IEP de Paris.

Morize N. (2024). « Les bons comptes ne font pas l'égalité. Le partage des rémunérations en Maison de santé ». *Sociologie du Travail*, vol. 66, n° 2.

Afrite A., Bricard D., Cassou M., Chevillard G., Daniel F., Fournier C., Franc C., Guillaume S., Legrand J., Lucas-Gabrielli V., Morize N., Mouquès J., Pitti L., Schlegel V. (2024). « Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ». Irdes, Rapport n° 593, novembre.

8. Bibliographie

- 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, *Question d'économie de la Santé*, n° 165.
- Akrich M., Callon M., Latour B.** (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris, : Presses de l'École des mines, 401 p.
- Albouy V., Déprez M.** (2009). « Mode de rémunération des médecins ». Direction générale du trésor, *Économie et prévision*, vol. 2, n° 188, p. 131-139.
- Allard M., Jelovac I., Léger P. T.** (2014). "Payment mechanism and GP self-selection: Capitation versus fee for service". *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 14(2), p. 143-160.
- ANCT** (2022). « Rapport annuel 2022 ». https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ANCT_RA2022_web.pdf
- ANRU** (2021). « La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain ». *Les Carnets de l'innovation*.
- Attal-Toubert K.** (2009). « Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. Dossier : « Les revenus d'activité des indépendants ». Insee, p. 61-77.
- Aynaud O. Picard D.** (2011) « Le statut de médecin par rapport aux autres professions libérales ». Drees, *Revue française des affaires sociales*, vol. 2-3, p. 311-321.
- Bamimore M. A., Devlin R. A., Zaric G. S., Garg A. X., Sarma S.** (2021). "Quality of Diabetes Care in Blended Fee-for-Service and Blended Capitation Payment Systems". *Canadian journal of diabetes*, 45(3), p. 261-268.
- Barros P.P.** (2003). "Cream-skimming, incentives for efficiency and payment system". *Journal of Health Economics*, 22(3), p. 419-43.
- Baszanger I., Bungener M., Paillet A.** (2002). *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, 250 p.
- Bergeron H.** (2010). « Les politiques de santé publique », dans O. BORRAZ (dir), *Politiques publiques*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, p. 79-111.
- Bergeron H., Castel P.** (2014). *Sociologie politique de la santé*. Paris, Puf, coll. « Quadrige », 480 p.

Bergeron H., Hassenteufel P. (2018). « Une contribution de la sociologie de l'action publique à l'évaluation de processus. Le cas des « politiques d'organisation » ». *Idées économiques et sociales*, n° 193, vol. 3, p. 42-50.

Blomqvist A. (1995). "Reforming Health Care: Canada and the Second Wave", in Monique Jérôme-Forget, Joseph White, and Joshua M. Wiener eds., *Health Care Reform Through Internal Markets: Experience and Proposals*,. Montreal and Washington: The Brookings Institution and the Institute for Research on Public Policy, 1995, pp. 165-191.

Blomqvist A. (1997). "Monopolistic Competition and Supply-Side Cost Sharing in the Physician Services Market". University of Western Ontario, *Departmental Research Report Series 9705*, University of Western Ontario, Department of Economics. Blomqvist A., Léger P.T. (2005). "Information asymmetry, insurance and the decision to hospitalize", *Journal of Health Economics* n° 24, p. 775-793.

Bloy G., Schweyer F.-X. (2010). Singuliers généralistes. *Sociologie de la médecine générale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 424 p.

Brosig-Koch J., Hennig-Schmidt H., Kairies-Schwarz N., Wiesen D. (2017). "The Effects of Introducing Mixed Payment Systems for Physicians: Experimental Evidence". *Health Economics*, 26(2), p. 243-262.

Bozio A. (2014). « L'évaluation des politiques publiques : enjeux, méthodes et institutions ». *Revue française d'économie*, vol. XXIX, p. 59-85.

Brousselle A., Champagne F., Contandriopoulos A-P., Hartz Z. (2011). *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 336 p.

Carter R., Riverin B., Levesque J.F., Gariépy G., Quesnel-Vallée A. (2016). "The impact of primary care reform on health system performance in Canada: A systematic review". *BMC Health Services Research*, 30 (16), p. 1-11.

Catalano R., Libby A., Snowden L., Cuellar A.E. (2000). "The effect of capitated financing on mental health services for children and youth: the Colorado experience". *American Journal of Public Health*, 90:1861-5.

Chandra A., Cutler D., Zirui S. (2011). "Who Ordered That? The Economics of Treatment Choices in Medical Care," *Handbook of Health Economics*, Elsevier.

Cassou M., Mousquès J., Franc C. (2020). "General practitioners' income and activity: The impact of multi-professional group practice in France". *European Journal of Health Economics*, 21, p. 1295-1315.

Carini-Belloni B. (2022). « Une médecine mutualiste de transformation sociale au service du mouvement ouvrier à l'épreuve du tournant « lucratif » de la mutualité ». *Sociologies pratiques*, n° 45, vol. 2, p. 29-40.

Chevillard G., Mousquès J. (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeo*, p. 1-28.

- Chevillard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Rican S.** (2019). "Has the diffusion of primary care teams in France improved attraction and retention of general practitioners in rural areas?", *Health Policy*, 123, 5, p. 508-515.
- Contandriopoulos D., Duhoux A., Roy B. et al.** (2015). "Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: a protocol paper". *BMJ Open*; 5:e010559
- Constandriopoulos D., Lemire M.**, (2010). "Knowledge Exchange Processes in Organizations and Policy Arenas: A Narrative Systematic Review of the Literature ». *The Milbank Quarterly*, vol. 88/4, p. 444-483.
- Curry L., Nunez-Smith M.** (2015). *Mixed methods in health sciences research*. SAGE Publications, Inc.
- Delahais T., Devaux-Spatarakis A., Revillard A., Ridde V.** (2021). *Évaluation. Fondements, controverses, perspectives*. Paris : ed. Science et bien commun.
- Devlin R.A., Sarma S.** (2008). "Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians". *Journal of Health Economics*, 27, p. 1168-1181.
- Ellis R.P., McGuire T.G.** (1986). "Provider behaviour under prospective reimbursement: Cost sharing and supply". *Journal of Health Economics*, 5, p. 128-151.
- Ellis R.P., McGuire T.G.** (1990). "Optimal payment systems for health services". *Journal of Health Economics*, 9, p. 375-396.
- Faulkner A., Mills N., Bainton D., et al.** (2003) "A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care". *The British Journal of General Practice*, 53(496), p. 878-884.
- Fournier C.** (2014). « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, n° 32/2, p. 67-95.
- Fournier C.** (2015). « Les maisons de santé pluriprofessionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes », Thèse de Santé publique et Sociologie, Université Paris Sud - Paris XI.
- Fournier C.** (2016). « Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. », dans Douguet F. (dir), *Intervenir en première ligne, les professions de santé libérales face au défi de la proximité*. Paris, : L'Harmatan, p. 109-122.
- Fournier C., Troisoeufs A.** (2018). « Éduquer le patient ou transformer l'action publique : un espace d'expression pour les patients ». *Sciences sociales et santé*, Vol. 36, 2, p. 33-41.
- Fortin B., Jacquemet N., Shearer B.** (2021) "Labour supply, service intensity, and contracts: Theory and evidence on physicians". *Journal of Applied Econometrics*, 36(6), p. 686-702.
- Franck C., Lesur R.** (2004). « Système de rémunération des médecins et incitations à la prévention ». *Revue économique*, n° 5, p. 901-922.

- Friedberg M.W., Chen P.G., White C., et al.** (2015). "Effects of health care payment models on physician practice in the United States". *Rand health quarterly*, 5(1).
- Garros B.** (2009). « Maison de santé, chaînon manquant de l'organisation ambulatoire ? ». *Santé publique*, 21, hs1, p. 7-16.
- Givord P.** (2014). « Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques ». Paris : La Documentation française, *Économie et prévision*, vol 1, n° 204-205, pp. 1-28
- Hassenteufel P.** (1997). « Les médecins face à l'État, une comparaison européenne ». Paris : *Presses de Sciences Po*, 367 p.
- Gosden T., Forland F., Kristiansen I.S. et al.** (2001). "Impact of payment method on behavior of primary care physicians: A systematic review". *Journal of Health Services Research & Policy*, 6(1): 44-55.
- Honta M., Basson J.-C.** (2017). « La fabrique du gouvernement métropolitain de la santé ». *Gouvernement et action publique*, n° 2, vol. 2, p. 63-82.
- Hong C.S., Siegel A.L., Ferris T.G.** (2014). "Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program?". *Issue Brief* (Commonw Fund). 19(9/4/2018):1-19.
- Hong M., Devlin R. A., Zaric G. S., Thind A., Sarma S.** (2023). "Primary care services and emergency department visits in blended fee-for-service and blended capitation models: Evidence from Ontario, Canada". *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, 10.1007/s10198-023-01591-w Advance online publication.
- Igas** (2007). « Rapport sur les centres de santé ».
- Igas** (2013). « Les centres 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 financiers ».
- Iversen T.** (2016). "Primary Care: Effectiveness and Costs, in: World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy", *World Scientific Series in Global Health Economics and Public Policy*, World Scientific, p. 231-268.
- Iversen T, Lurås H** (2000). "The effect of capitation on GPs' referral decisions". *Health Economics*.9(3):199-210.
- Jackson G.L., et al.** (2013.). "Improving patient care. The patient centered medical home. A systematic review". *Annals of Internal Medicine*, 158(3), p. 169-78.
- Jakubovitch S., Bournot M.-C., Cercier E., Tuffreau F.** (2012). « Les emplois du temps des médecins généralistes ». Drees, *Études et résultats*, n° 797, mars.

- Lapeyre N.** (2003). "Professional and domestic work arrangements of women general practitioners in France". *International Journal of Sociology and Social Policy*, n° 23, 4/5, p. 97-122.
- Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D.** (2011). "Enhanced fee-for-service model and physician productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario". *Journal of Health Economics*, 30(1), p. 99-111.
- Kantarevic J, Kralj B.** (2014). "Risk selection and cost shifting in a prospective physician payment system: Evidence from Ontario". *Health Policy*, 115(2-3):249-57.
- Kantarevic, J. and B. Kralj** (2015). "Physician payment contracts in the presence of moral hazard and adverse selection: The theory and its application in Ontario". *Health Economics*.
- Kantarevic, J., & Kralj, B.** (2016). "Physician Payment Contracts in the Presence of Moral Hazard and Adverse Selection: The Theory and Its Application in Ontario". *Health Economics*, 25(10), 1326-1340.
- Kaufman B. G., Spivack B. S., Stearns S. C., Song P. H., O'Brien E. C.** (2019). "Impact of Accountable Care Organizations on Utilization, Care, and Outcomes: A Systematic Review". *Medical Care Research and Review: MCRR*, 76(3), 255-290.
- Kralj B, Kantarevic J.** (2013). "Quality and quantity in primary care mixed-payment models: Evidence from family health organizations in Ontario". *Canadian Journal of Economics*, 46(1), p. 208-38.
- Lascoumes P., Le Galès P.** (2012). *Sociologie de l'action publique (2^e édition)*. Paris : Armand Colin, coll. « 128 », 128 p.
- Lascoumes, P. & Le Galès, P.** (2005). *Gouverner par les instruments*. Paris : Presses de Sciences Po, 370 p.
- Lemaire N.** (2017). « Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux États-Unis », Secrétariat général des ministères sociaux.
- L'Esperance V., Sutton M., Schofield P., Round T., Malik U., White P., Ashworth M.** (2017). "Impact of primary care funding on secondary care utilisation and patient outcomes: A retrospective cross-sectional study of English general practice". *The British journal of general practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(664), e792-e799.
- L'Esperance V., Gravelle H., Schofield P., Santos R., Ashworth M.** (2019). "Relationship between general practice capitation funding and the quality of primary care in England: A cross-sectional, 3-year study". *BMJ open*, 9(11), e030624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030624>
- Levine D.M., Linder J.A., Landon B.E.** (2018). "Characteristics and Disparities among Primary Care Practices in the United States". *Journal of General Internal Medicine*, 33(4), p. 481-486.

Mariette A., Pitti L. (2020). « Covid-19 en Seine-Saint-Denis : quand l'épidémie aggrave les inégalités sociales de santé », *Métropolitiques.eu*.

Mariette A., Pitti L. (2021). « Soigner les « précaires » en territoires populaires. La fabrique locale d'une politique de santé publique », *Gouvernement et action publique*, n° 4, vol. 10, p. 36-67.

Marques A., Furlan J., Velpry L. (2015). « Les pratiques de prescription des ordonnances de précarité à l'EPS de Ville-Evrard ». *Santé publique*, n° 5, vol. 27, p. 623-631.

Mayson S., Bardoel A. (2021). « Sustaining a career in general practice: Embodied work, inequality regimes, and turnover intentions of women working in general practice ». *Gender, Work & Organization*, n° 28, vol 3, p. 1133-1151.

McGuire T. G. (2000). "Physician Agency", In A.J. Culyer and J.P. Newhouse (Eds.) *The Handbook of Health Economics*, vol 1, Chapter 9, Elsevier Science B.V., 461-536. McGuire TG, Pauly MV. (1991). "Physician response to fee changes with multiple payers". *Journal of Health Economics*, 10(4):385-410. doi: 10.1016/0167-6296(91)90022-f. PMID: 10117011.

Mousquès J. (2011). « Le regroupement des professionnels de santé de premiers recours : quelles perspectives économiques en termes de performance ? ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2, p. 253-275.

Mousquès J. (2014). « Soins primaires et performance : de la variabilité des pratiques des médecins généralistes au rôle de l'organisation des soins ». Thèse de doctorat de sciences économiques, Université Paris-Dauphine.

Mousquès J., Bourgueil Y. Avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard G., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». Irdes, Rapport n° 559.

Mousquès J., Lenormand M.-C. (2017). « L'expérience américaine des Accountable Care Organizations : des enseignements pour la France ? ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 227, avril.

Mousquès J., Bourgueil Y., avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard G., Couralet P.-E., Daniel F., Lucas-Gabrielli V. (2014). « L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 ». Irdes, Rapport n° 559.

Newhouse J.P. (2004). *Pricing the Priceless: A Health Care Conundrum*. Cambridge: The MIT Press.

OECD (2016). *Better ways to pay health care, OECD Health Policy Studies*. Paris: OEC Publishing.

- Paraponaris A., Ventelou B., Verger P.** (2011). « La médecine générale vue par les médecins généralistes libéraux ». *Revue française des affaires sociales*, n° 2-3, p. 29-47. <https://doi.org/10.3917/rfas.112.0029>
- Paris V., Devaux M.** (2013). « Les modes de rémunération des médecins des pays de l'OCDE ». *Les Tribunes de la santé*, n° 40, p. 45-52.
- Patton M.Q.** (2010). *Developmental Evaluation. Applying Complexity Concepts to Enhance Innovation and Use*. New York: Guilford Press.
- Pedersen** (2000). "Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: Effects on the behaviour of primary care physicians". *Cochrane Database Syst Rev*(3): CD002215.
- Peiris D., News M., Nallaiah K.** (2018). "Accountable care organisations: An evidence check rapid review brokered by the Sax Institute for the NSW Agency for Clinical Innovation".
- (De) Pouvoirville G.** (2002). « III. Rationaliser le système de soins : efficience et équité », dans Baszanger I., Bungener M., Paillet A (dir.), *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris : La Dispute, p. 55-74.
- Quast T., Sappington D. E., Shenkman E.** (2008). "Does the quality of care in Medicaid MCOs vary with the form of physician compensation?" *Health economics*, 17(4), 545-550.
- Reschovsky J.D., Hadley J., Landon B.E.** (2006). "Effects of compensation methods and physician group structure on physicians' perceived incentives to alter services to patients". *Health Service Research*, 41(4p1), p. 1200-1220.
- Revillard A.** (2023). *Méthodes et approches en évaluation des politiques publiques*. Québec : Éditions science et bien commun.
- Rice T.** (2012). "The Physician as the Patient's Agent", in: Andrew M. Jones (ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*, Second Edition, chapter 25, Edward Elgar Publishing.
- Rudoler D., Deber R., Barnsley J., Glazier R. H., Dass A. R., Laporte A.** (2015). "Paying for Primary Care: The Factors Associated with Physician Self-selection into Payment Models". *Health Economics*, 24(9), 1229-1242.
- Samson A.-L.** (2009). « Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins ? ». *Regards croisés sur l'économie*, n° 5, vol. 1, p. 144-158.
- Sarma S., Mehta, N., Devlin, R.A., Kpelitse, K.A., Li, L.** (2018). "Family physician remuneration schemes and specialist referrals: Quasi-experimental evidence from Ontario", *Canadian Health Economics*, 27(10), p. 1533-1549
- Schweyer F.-X.** (2016). « Inventer et apprendre un nouveau métier ? Les médecins généralistes dans des maisons de santé », dans Douguet F. (dir.), *Intervenir en première ligne* Paris : L'Harmattan, p. 39-60.

- Schweyer F.-X., Vézinat N.** (2019). « Écologie des maisons de santé pluriprofessionnelles : une gouvernance multi-niveaux ». *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 1, p. 3-10.
- Scott A., Liu M., Yong J.** (2018). Financial Incentives to Encourage Value-Based Health Care, *Medical Care Research and Review*, vol 75(1), p. 3-32.
- Scott A., Sivey P., Ait Ouakrim D., Willenberg L., Naccarella L., Furler J., Young D.** (2011). "The Effect of Financial Incentives on the Quality of Health Care Provided by Primary Care Physicians." *Cochrane Database of Systematic Reviews* (9): CD008451
- Shortell S., Addicott R., Walsh N, Ham C.** (2014). "Accountable care organizations in the United States and England: Testing, evaluating and learning what works. Kings Fund, Briefing." Silow-Carroll S, Edwards JN (2013). *Early Adopters of the Accountable Care Model*. The Commonwealth Fund.
- Somé, N. H., Devlin, R. A., Mehta, N., Zaric, G. S., & Sarma, S.** (2020). "Stirring the pot: Switching from blended fee-for-service to blended capitation models of physician remuneration". *Health Economics*, 29(11), 1435–1455.
- Sørensen R.J., Grytten J.** (2003). "Service production and contract choice in primary physician services". *Health Policy*. Oct;66(1):73-93.
- Stokes J., Struckmann V. Kristensen S.R. et al.** (2018). "Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care". *Health Policy*, 122, p. 963–969.
- Strauss A.** (1992). La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Textes réunis par Bazzanger I. Paris : L'Harmatan.
- Struckmann, V., Quentin, W., Busse, R., van Ginneken, E., Richardson, E., & Van Ginneken, E.** (Eds.) [2017]. *How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe?* European Observatory on Health Systems and Policies.
- Tao W., Agerholm J., Burström B.** (2016). "The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review". *BMC Health Services Research*, 16(1): 542.
- Tu, K., Cauch-Dudek, K., & Chen, Z.** (2009). *Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 55(7), 719–727.
- Van Herck P., Kessels R., Annemans L. et al.** (2013). "Health care payment reforms across western countries on three continents: Lessons from stakeholder preferences when asked to rate the supportiveness for fulfilling patients' needs". *Health Policy*, 111(1), p. 14-23.
- Vézinat N.** (2019). *Vers une médecine collaborative ? Politique des maisons de santé pluriprofessionnelles*. Paris : Presses Universitaires de France, 240 p.
- Weber, M.** (1922). *Economy and society. An outline of interpretive sociology*. University of California Press, Berkeley-Los Angeles-London.

WHO. (2015). *Building primary care in a changing Europe. Case studies*. Edited by: Krings DS, Boerma W.G.W. Hutchinson A., Saltman R.B., European Observatory on Health Systems and Policies, 314 pages.

WHO (2014). *Paying for performance in health care: Implications for health system performance and accountability*, Eds Cashin C, Chi Y-L, Smith P.C, Borowitz M. et Thomson S. Open University Press, McGraw-Hill, 338 pages.

Wranik D.W., Durier-Copp M. (2010). "Physician remuneration methods for family physicians in Canada: Expected outcomes and lessons learned". *Health Care Anal*, Mar;18(1):35-59.

Annexes

Annexe 1 Liste des indicateurs de qualité mentionnés dans le cahier des charges Peps

Les sept indicateurs qualité et performance Peps sont tous calculés à partir du SNDS, et ajustés aux caractéristiques de la patientèle :

- Part des patients Peps en polyprescription continue, c'est-à-dire la part de patients à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs traitements prolongés (attendu à la baisse)
- Part des patients Peps en polyprescription cumulative, c'est-à-dire la part de patients à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs médicaments (attendu à la baisse)
- Nombre moyen de prescriptions différentes de médicaments remboursés par personne (attendu à la baisse)
- Part de patients Peps ayant eu au moins une consommation inappropriée d'un des traitements décrits comme tels dans la littérature (attendu à la baisse)
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (attendu à la baisse)
- Part de patients chroniques en affection longue durée ayant eu un rendez-vous (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois qui suit leur sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie (attendu à la hausse)
- Délai médian entre la sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie et un rendez-vous (médecin généraliste ou infirmière) en aval pour les patients chroniques en affection longue durée (attendu à la baisse)

L'ensemble de ces indicateurs a pu être mis en œuvre.

Pour le forfait 'patients diabétiques', trois indicateurs clinico-biologiques sont également intégrés :

- Les taux d'HbA1c (hémoglobine glyquée), dosage sanguin reflétant l'équilibre glycémique sur les 2 à 3 mois précédant le prélèvement
- Sur la mesure de la microalbuminurie, dosage de l'albumine dans les urines, qui donne une indication sur le fonctionnement rénal
- Sur la mesure de la pression artérielle

Ces indicateurs n'ont pas pu être mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation.

Enfin, un questionnaire d'expérience du patient devait moduler le score de qualité. Si cette modulation n'a pas été mis en œuvre durant l'expérimentation, une version de ce questionnaire a été validée par la HAS.

Annexe 2 Statistiques descriptives détaillées de l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires dans les Centres de santé (Efop CDS)

Tableau A1 Présentation de la structure : historique, gestionnaire, localisation (en %)

	Tous les CDS n = 41	CDS expérimentateurs Peps n = 11	CDS non participants à Peps/lpep n = 29
Type de gestionnaire (en tant que responsable légal et financier) du centre de santé			
7. Une collectivité territoriale (dont municipalité)	44	45	41
8. Une société mutualiste	0	0	0
9. Une association	39	27	45
10. Un Groupement d'intérêt public (Gip)	0	0	0
11. Un Établissement public de coopération intercommunale (EPCI)	2	9	0
12. Un établissement de santé public	5	0	7
13. Un établissement de santé privé	2	0	3
14. Une Société coopérative d'intérêt collectif (SCIC)	5	18	0
15. Autre type de gestionnaire	2	0	3
Configuration du CDS (un seul site ou plusieurs antennes)			
1. Tous les professionnels sont regroupés dans un seul site du CDS	78	64	83
2. Les professionnels exercent dans des lieux séparés (dans différentes antennes)	22	36	17
Précisions dans le cadre de plusieurs antennes :			
Un site principal (ou de rattachement) pluriprofessionnel ...			
1. ... avec d'autres antennes monoprofessionnelles	0	0	0
2. ... avec d'autres antennes pluriprofessionnelles	89	75	100
3. ... avec d'autres antennes pluriprofessionnelles	0	0	0
4. Autre configuration	11	25	0
Votre CDS participe-t-il à une expérimentation article 51 ?			
Non	54	0	76
Incitation à une prise en charge partagée (lpep)	10 4*	27 3*	0
Païement en équipe de professionnels de santé (Peps)	27 11*	100 11*	0
Structure d'exercice coordonné participative (Secpa)	24 10*	46 5*	17 5*
* Nombre de CDS concernés			
Catégorie d'ancienneté			
De 1940 à 2007 [1940,2007]	44	55	38
De 2008 à 2014 (2007,2014]	7	18	4
De 2015 à 2018 (2014,2018]	27	27	28
De 2019 à 2023 (2018,2023]	22	0	31

Suite du tableau page suivante

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Annexe 2

Irdes - décembre 2024

Tableau A1 (suite) Présentation de la structure : historique, gestionnaire, localisation (en %)

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
	n = 41	n = 11	n = 29
Si ouverture après 2007 : Coopération avant (%)	65	80	61
Accord national des Centres de santé (CDS) [% oui]	88	100	83
Délai ouverture AN CDS (années)	2,0	2,6	1,5
Révision du projet santé (% oui)	48	20	56
Délai ouverture Révision (années)	4,8	3,0	5,0
Typologie des territoires de vie			
Espaces périurbains avec moindre accessibilité aux soins	10	0	14
Marges rurales, peu attractives et avec populations fragiles	3	9	0
Espaces de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	5	0	7
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socioéconomiques et sanitaires	3	0	4
Villes centres hétérogènes socioéconomiquement à l'offre de soins abondante	78	91	71
Villes et couronnes périurbaines favorisées	3	0	4
Site principal dans un Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV)			
Oui	27	36	24
À proximité (moins de 500 mètres)	34	18	41
Non	39	45	35

Source : Enquête Efop (Irdes).

Tableau A2 Composition en professionnel des CDS

	Tous les CDS		CDS expérimentateurs Peps		CDS non participants à Peps/lpep	
	N	% avec	N	% avec	N	% avec
1. Médecins spécialistes en médecine générale	5,1	100	5,8	100	4,9	100
2. Médecins spécialistes d'autres disciplines	1,3	56	2,1	55	1	55
3. Sages-femmes	0,2	24	0,4	36	0,2	21
4. Infirmières diplômées d'État (IDE)	2,3	73	2,6	82	2,2	69
5. Infirmières Asalée (même si rémunérées par Asalée)	0,5	37	0,4	45	0,5	34
6. Infirmières de pratique avancée (IPA)	0,2	17	0,4	36	0,2	10
7. Tous types d'infirmières (IDE+Asalée+IPA)	3	95	3,4	100	2,9	93
8. Assistants médicaux (quel que soit le diplôme)	0,7	24	0,4	18	0,8	28
9. Masseurs-kinésithérapeutes	0,5	20	1,1	36	0,3	14
10. Pharmaciens	0	0	0	0	0	0
11. Pédiçures-podologues	0,1	20	0,2	18	0,1	21
12. Orthophonistes	1,4	17	0,2	18	1,9	17
13. Psychologues	2,7	66	1	73	3,4	62
14. Diététiciennes	0,3	32	0,6	45	0,2	24
15. Chirurgiens dentaires	1	34	2,2	45	0,6	28
16. Assistants dentaires	1,3	34	2,8	45	0,7	28
17. Manipulateurs radio	0,2	12	0,7	36	0,1	3
18. Autres professionnels de santé	0,3	27	0,2	9	0,4	31
19. Personnel d'accueil et/ou secrétariat (présence physique)	5,3	78	10,7	91	3,2	72
20. Coordinatrices	1	73	1,3	64	1	76
21. Assistante sociale	0,3	22	0,8	45	0,1	14
22. Technicien d'information médicale (Tim)	0	2	0	9	0	0
23. Médiateurs en santé	0,5	32	1,3	55	0,2	24
24. Autres professionnels hors santé	2,3	54	2,8	82	2,1	45
Total professionnels de santé	18,1		21,1		17,5	
Total professionnels hors santé	9,4		16,9		6,6	

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Annexe 2

Irdes - décembre 2024

Tableau A3 Patientèle, téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/lpep
File active Médecin traitant (MT)			
Nombre de patients MT en décembre 2022	3 602	5 119	3 050
Nombre de patients MT en décembre 2022 par Médecin généraliste (MG)	1 119	1 288	1 046
Nombre de nouveaux patients depuis 2021	775	541	905
Nombre de nouveaux patients depuis 2021 par MG	315	119	394
Restrictions à l'accueil de nouveaux patients MT			
1. Pas de restriction	32	36	31
2. Pas de nouveau patient au-delà d'un nombre de patients maximum	17	9	21
3. Pas de nouveau patient provenant d'une zone non considérée comme principalement desservie par le CDS	37	46	35
4. Pas de règle générale, cela dépend des MG	22	9	24
5. Autre type de restriction	12	9	14
Territoire principal de la patientèle			
1. La commune du CDS ou des différents sites	37	36	34
2. La communauté de communes	5	0	7
3. Le canton	0	0	0
4. Le pays	10	0	14
5. Le bassin de vie	10	18	7
6. Le territoire de vie-santé	12	9	14
7. Le territoire de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)	17	18	17
8. Le quartier ou Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique)	2	0	3
9. Je ne sais pas	0	0	0
10. Autre type de territoire	7	18	3
Tiers payant			
1. Oui, le tiers-payant de la part de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire	76	91	69
2. Oui, le tiers-payant mais seulement de la part de l'assurance maladie obligatoire	22	9	28
3. Aucune réponse/valeur manquante	2	0	3
Les médecins du CDS réalisent-ils des téléconsultations ?			
1. Oui, tous	20	9	24
2. Oui, une majorité d'entre eux	12	0	14
3. Oui, une moitié d'entre eux	2	0	3
4. Oui, une minorité d'entre eux	37	45	34
5. Non, aucun	20	36	14
6. Je ne sais pas	10	9	10
Dans une semaine d'activité ordinaire, quelle est la part des consultations de MG effectuées en téléconsultation par les médecins la pratiquant ?			
1. Moins de 10 %	90	100	86
2. Entre 10 et 20 %	3	0	5
3. Je ne sais pas	7	0	9
Certains professionnels de santé du CDS réalisent-ils des visites au domicile des patients ?			
1. Oui	71	100	62
2. Non	27	0	34
3. Je ne sais pas	2	0	3

Suite du tableau page suivante

Tableau A3 (suite) Patientèle, téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/lpep
Les médecins du CDS s'organisent-ils pour assurer une réponse aux demandes de soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain) ?			
1. Oui, tous les jours	93	100	90
2. Oui, plusieurs jours de la semaine	5	0	7
3. Oui, un seul jour	2	0	3
Comment se sont-ils organisés ?			
1. Par des plages sans rendez-vous prévues dans les agendas	41	64	34
2. Par l'ouverture de créneaux quotidiens pour les soins non programmés	70	73	72
Cette organisation des soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain) est-elle destinée ?			
1. Uniquement aux patients inscrits MT de la structure	5	9	3
2. Surtout aux patients inscrits MT de la structure	37	36	38
3. À tous les patients du CDS inscrits MT ou non	59	55	59
Tous les médecins participent-ils à cette organisation pour les soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain) ?			
1. Oui, tous	80	82	79
2. Non, mais une majorité d'entre eux	17	18	17
3. Non, une moitié d'entre eux	2	0	3
Au cours d'une semaine d'activité ordinaire, quelle est la part des consultations de MG liée à des soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain) ?			
1. Moins de 10 %	20	9	24
2. Entre 10 et 20 %	44	55	38
3. De 20 à 30 %	20	9	24
4. Plus de 30 %	12	27	7
5. Je ne sais pas	5	0	7
En général, parmi les demandes de soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain), quelle est la part de ces demandes à laquelle le CDS peut répondre positivement ?			
1. Moins de 10 %	10	18	3
2. De 10 à 25 %	27	18	31
3. De 25 à 50 %	2	0	3
4. Plus de 50 %	32	27	34
5. Toute	17	27	14
6. Je ne sais pas	12	9	14
Les médecins du CDS se sont-ils organisés collectivement pour participer à la permanence des soins ambulatoires (gardes/astreintes) ou à la régulation médicale de cette dernière ?			
1. Oui	27	27	28
2. Non	66	73	62
3. Je ne sais pas	7	0	10

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Annexe 2

Irdes - décembre 2024

Tableau A4 Collaboration territoriale du CDS

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
Votre CDS fait-il partie d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?			
1. Oui, le CDS dans son ensemble	54	73	45
2. Oui, à travers la participation de certains professionnels du CDS	17	18	17
3. Non	27	9	34
4. Aucune réponse/valeur manquante	2	0	3
Quel est le rôle du CDS dans la CPTS ?			
1. Initiateur	38	80	17
2. Participant	45	10	67
3. Je ne sais pas	7	0	11
4. Autre	10	10	6
Est-ce qu'un ou plusieurs membres du CDS participent au pilotage de la CPTS (membre du CA et ou du bureau) ?			
1. Oui	48	80	33
2. Non	48	20	61
3. Je ne sais pas	3	0	6
Dans le cadre de la CPTS, est-ce qu'un ou plusieurs membres du CDS participent à certaines activités dans les champs suivants ?			
1. Accès aux soins	83	100	72
2. Parcours	69	80	67
3. Prévention	66	80	61
4. Qualité et pertinence des soins (par exemple : formation)	31	60	17
5. Accompagnement des professionnels sur le territoire (par exemple : aide à l'installation sur le territoire)	38	70	22
6. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	7	10	6
Votre CDS participe-t-il à un Contrat local de santé (CLS) ?			
1. Oui, le CDS dans son ensemble	55	60	50
2. Non, il n'y a pas de CLS dans la commune	21	30	17
3. Non	14	0	22
4. Je ne sais pas	10	10	11
À quelle fréquence le CDS collabore-t-il avec les services ou institutions suivantes inscrites sur le territoire ? Réponse : Au moins une fois par semaine ou tous les jours ou presque			
1. D'autres CDS	15	27	11
2. Des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	5	0	7
3. D'autres professionnels de santé (libéraux...)	43	36	43
4. Des hôpitaux (hôpital de proximité, CH ¹ ou CHU ² , cliniques privées, etc.)	40	36	43
5. Les Soins de suite et de réadaptation (SSR)	25	9	32
6. Les laboratoires d'analyses médicales	73	64	75
7. Les cabinets de radiologie	53	46	57
8. Les pharmacies	60	46	68
9. Les acteurs du médico-social (Ehpad ³ , Ssiad ⁴)	38	55	32
10. Les services sociaux (CCAS ⁵ , CIAS ⁶ , maison des usagers, maison des solidarités...)	40	46	39
11. Un dispositif d'appui (Dac ⁷ , PTA ⁸)	20	18	22
12. La Protection maternelle et infantile (PMI)	28	36	25
13. La municipalité ou intercommunalité	35	36	32
14. Une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)	20	46	11
15. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	0	0	0

Suite du tableau page suivante

Tableau A4 (suite) Collaboration territoriale du CDS

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
Avec quelle régularité recevez-vous une information lorsque les patients du CDS ont été vus par des médecins spécialistes (ambulatoire, hôpital) en dehors du CDS			
1. Très souvent (75 à 100 % des patients concernés)	39	9	48
2. Souvent (50 à 74 % des patients concernés)	39	45	38
3. Parfois (25 à 49 % des patients concernés)	5	0	7
4. Rarement (1 à 24 % des patients concernés)	5	18	0
5. Je ne sais pas	12	27	7
Avec quelle régularité recevez-vous une information lorsque les patients du CDS ont été vus aux urgences ?			
1. Très souvent (75 à 100 % des patients concernés)	15	0	21
2. Souvent (50 à 74 % des patients concernés)	27	36	24
3. Parfois (25 à 49 % des patients concernés)	17	9	21
4. Rarement (1 à 24 % des patients concernés)	20	18	17
5. Jamais	2	0	3
6. Je ne sais pas	20	36	14
Lorsque les patients du CDS ont été hospitalisés, avec quelle régularité recevez-vous une information à leur sortie de l'hôpital ?			
1. Très souvent (75 à 100 % des patients concernés)	32	18	38
2. Souvent (50 à 74 % des patients concernés)	32	36	28
3. Parfois (25 à 49 % des patients concernés)	15	18	14
4. Rarement (1 à 24 % des patients concernés)	5	0	7
5. Je ne sais pas	17	27	14
Lorsque les patients du CDS sortent de l'hôpital, quel est, le plus souvent, le délai d'obtention des informations nécessaires, y compris des recommandations pour le suivi, pour assurer la prise en charge des patients ?			
1. Moins de 24 heures	7	0	10
2. Entre 24 et 48 heures	15	9	17
3. Une semaine	32	36	28
4. Un mois	10	9	10
5. Plus d'un mois	5	9	3
6. Vous ne recevez que rarement ou jamais d'informations de l'hôpital	2	0	3
7. Je ne sais pas	29	36	28

¹ CH : Centre hospitalier² CHU : Centre hospitalier universitaire³ Ehpad : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁴ Ssiad : Services de soins infirmiers à domicile⁵ CCAS : Centre communal d'action sociale⁶ CIAS : Centre intercommunal d'action sociale⁷ Dac : Dispositifs d'appui à la coordination⁸ PTA : Plateformes territoriales d'appui

Tableau A5 Rôle et fonctions du personnel d'accueil et/ou de secrétariat

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/lpep
Présence personnel accueil ou secrétariat	78	91	72
Fonctions assumées par le personnel d'accueil et/ou de secrétariat du CDS			
1. Accueil téléphonique	97	90	100
2. Accueil physique	100	100	100
3. Prise de rendez-vous	97	100	95
4. Tri et orientation des patients (patientèle Médecin traitant (MT) ou non)	78	80	81
5. Codage des actes	81	100	71
6. Conseil ou information de nature médicale au patient, notamment pour les demandes urgentes ou non programmées	41	20	52
7. Gestion des dossiers patients (archivage des courriers, résultats des examens...)	75	70	76
8. Encaissement	91	90	91
9. Coordination (ex. téléphone, courrier...) avec les professionnels extérieurs au site ou en institution	56	40	62
10. Comptabilité (écritures comptables...)	31	20	38
11. Gestion des consommables (suivi des stocks, passage des commandes...)	38	20	48
12. Aide à l'ouverture de droit ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales	44	30	52
13. Gestion du tiers payant	72	70	76
14. Organisation des activités protocolisées ou collectives de la structure	28	30	29
15. Gestion des programmes d'éducation thérapeutique	3	0	5
16. Gestion, maintenance de la structure	25	20	29
17. Autre, préciser	22	40	14

Tableau A6 Rôle et fonctions des professionnels de santé

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
Présence d'une Infirmière diplômée d'État (IDE)	73	82	69
Fonctions des IDE			
1. Accueil et/ou orientations des patients sans rendez-vous	79	67	84
2. Activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué	34	44	26
3. Prescription de médicaments et d'autres substances	17	11	21
4. Aide aux patients à domicile pour la réalisation de téléconsultation avec le médecin	10	11	10
5. Éducation à la santé et conseil aux patients, protocolisé et organisé (ex. arrêt du tabac, activité physique, alimentation, automesure, MST...)	83	67	90
6. Suivi protocolisé et organisé de certains groupes de patients (ex. maladies chroniques, groupe d'âges)	52	56	47
7. Petite intervention (ex. plaie aiguë)	62	67	63
8. Prescription d'examens diagnostiques (ex. radiographie, tests sanguins)	14	11	16
9. Renouvellement de prescription	28	11	37
10. Liaison et coordination avec les autres professionnels de santé libéraux en dehors du CDS et/ou avec les établissements sanitaires et médico-sociaux	69	44	79
11. Soutien à l'amont ou l'aval de la consultation médicale (ex. mesures de la pression artérielle, du poids...), injections et vaccination, accompagnement/explication de l'ordonnance...)	69	78	63
12. Participation aux décisions cliniques et staffs	69	56	74
[Si IDE] Est-ce que parmi les IDE du CDS, certaines ont des fonctions spécifiques (IDE de parcours, de coordination, de soins primaires, etc.) ?			
1. Non	57	33	65
2. Aucune réponse/valeur manquante	3	0	5
3. Si oui, précisez combien	40	67	0,3
[Si Salarié>0] Quelles sont leurs fonctions spécifiques ? (choix multiples)			
1. Infirmière de parcours	36	43	29
2. Infirmière de coordination	57	43	71
3. Infirmière de soins primaires	21	29	14
4. Autre, préciser	43	43	43
Domaine d'intervention d'une infirmière Asalée			
1. Suivi du patient diabétique de type II incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds	93	80	100
2. Suivi du patient à risque cardiovasculaire	93	80	100
3. Suivi du patient tabagique à risque BPCO	100	100	100
4. Consultation de repérage des troubles cognitifs	87	80	90
5. Autre, préciser	33	40	30
Quels sont les acte(s) habituellement délégué(s) par les Médecins généralistes (MG) collaborant avec une infirmière Asalée ?			
1. Électrocardiogramme du patient diabétique	67	60	70
2. Examen du pied diabétique, monofilament	80	60	90
3. Prescription de bilan biologique	27	20	30
4. Spirométrie	80	80	80
5. Tests de mémoire	87	100	80

Suite du tableau page suivante

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Annexe 2

Irdes - décembre 2024

Tableau A6 (suite) Rôle et fonctions des professionnels de santé

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
6. Aucun de ces actes n'est délégué	7	20	0
7. Autre, préciser	13	20	10
Si pas Asalée, envisage Asalée (oui %)	38	33	37
Domaine d'intervention des Infirmières de pratique avancée (IPA)			
1. Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires	100	100	100
2. L'oncologie et l'hémo-oncologie	0	0	0
3. La maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale	0	0	0
4. Autre, préciser	0	0	0
Activités/rôles/fonctions des IPA			
1. Orientation, éducation, prévention ou dépistage	100	100	100
2. Actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique	100	100	100
3. Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales	100	100	100
4. Autre, préciser	29	50	0
Si pas IPA, envisage IPA (oui %)	53	86	46
Fonctions des masseurs-kinésithérapeutes			
1. Rééducation neurologique	67	33	100
2. Rééducation respiratoire	100	100	100
3. Rééducation cardiovasculaire	33	0	67
4. Rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement	50	67	33
5. Rééducation d'une fonction particulière comme celle de la motilité faciale et de la mastication, de la déglutition	17	0	33
6. Rééducation des troubles de l'équilibre	100	100	100
7. Aucune de ces tâches	0	0	0
8. Autre, préciser	17	33	0
Sage-femme			
Gynécologie médicale	46	58	35
Fonctions des sages-femmes			
1. Prescription de contraceptifs oraux	100	100	100
2. Pose de dispositifs contraceptifs	100	100	100
3. IVG médicamenteuse	100	100	100
4. Infertilité	25	25	25
5. Frottis – dépistage des cancers	100	100	100
6. Dépistage IST – VIH	63	50	75
7. Vaccination des nouveaux-nés, des fratries	13	25	0
8. Vaccination HPV (jeunes filles et garçons)	50	25	75
9. Prise en charge de l'incontinence urinaire	25	0	50
10. Troubles de la sexualité	63	75	50

Tableau A7 Ressources techniques du CDS

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/Ipep
Veillez indiquer si dans votre CDS vous bénéficiez des ressources informatiques suivantes :			
1. Logiciel(s) de gestion(s) des facturations (au moins un)	100	100	100
2. Messagerie électronique sécurisée	98	91	100
3. Logiciel(s) de gestion(s) des dossiers patients (au moins un)	98	91	100
4. Des outils informatisés pour soutenir la prise de décision clinique	76	82	76
5. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs services de radiologie	29	46	24
6. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs laboratoires de biologie	68	73	69
7. Interface électronique de transmission des prescriptions à une ou plusieurs pharmacies	20	18	21
8. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs médecins spécialisés en ambulatoire	32	36	31
9. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs établissements de santé	32	46	28
10. Aucune de ces ressources	0	0	0
Pour la facturation s'agit-il...			
1. ... d'un logiciel unique pour tous les professionnels de santé du CDS ?	88	100	83
2. ... de plusieurs logiciels pour les différentes catégories de professionnels du CDS, mais unique au sein de chaque catégorie (ex. médecins, infirmier-ères, masseurs kinésithérapeutes...) ?	10	0	14
3. Aucune réponse/valeur manquante	2	0	3
Pour la gestion des dossiers patients, s'agit-il...			
1. ... d'un logiciel unique pour tous les professionnels de santé du CDS ?	92	100	90
2. ... de plusieurs logiciels pour les différents professionnels du CDS, dont au moins un est commun à l'ensemble des professionnels de la structure ?	7	0	10
L'équipe est-elle globalement satisfaite de votre logiciel unique et partagé entre tous les professionnels de santé du CDS ?			
1. Très satisfaite	5	0	8
2. Plutôt satisfaite	49	40	50
3. Ni satisfait, ni insatisfaite	27	30	27
4. Plutôt insatisfaite	8	20	4
5. Très insatisfaite	8	10	8
6. Je ne sais pas	3	0	4
Précisez le pourcentage de vos patients ayant un dossier informatisé ? _____ %	99,5	99,2	99,6
Précisez le système de classification des diagnostics médicaux utilisé ? (réponses multiples)			
1. Classification internationale des maladies (Cim)	45	50	45
2. Classification internationale des soins primaires (CISP)	23	50	14
3. Dictionnaire des résultats de consultation (DRC)	8	20	3
4. Je ne sais pas	43	20	48
5. Autre, préciser (voir précisions ci-après)	10	10	10

Suite du tableau page suivante

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Annexe 2

Irdes - décembre 2024

Tableau A7 (suite) Ressources techniques du CDS

	Tous les CDS	CDS expérimentateurs Peps	CDS non participants à Peps/lpep
À l'aide du/des système(s) électronique(s) de dossiers médicaux que vous utilisez actuellement, vous est-il possible d'obtenir directement les renseignements suivants sur vos patients (réponses multiples) ?			
1. Liste de patients concernés selon des critères (diagnostic, médicaments prescrits, résultats d'examens ou de tests, éligibilité à des diagnostics ou tests préventifs, etc.)	64	46	76
2. Liste de tous les médicaments ou résultats d'examens de laboratoires prescrits pour chaque patient (y compris ceux prescrits par d'autres médecins)	54	36	67
3. Résumé des visites ou consultations médicales et non médicales d'un patient	88	100	81
4. Résumé des réunions de concertation pluriprofessionnelles d'un patient	82	91	76
5. Aucune de ces informations	0	0	0
Veillez indiquer si votre CDS offre à vos patients la possibilité... (réponses multiples)			
1. D'envoyer un email/un message via un site sécurisé concernant un problème ou une question médicale	38	56	33
2. De prendre rendez-vous en ligne (NB : n'inclut pas les e-mails)	85	89	83
3. De renouveler des prescriptions en ligne (NB : n'inclut pas les e-mails)	15	0	21
4. De consulter des résultats d'analyses en ligne	21	33	17
5. De consulter les comptes rendus de consultation en ligne	9	0	12
6. Aucune de ces possibilités	3	0	4
Veillez indiquer si dans votre CDS vous bénéficiez des équipements médicaux suivants : (réponses multiples)			
1. Oxymètre (instantané)	90	91	90
2. Tensiomètre avec brassards multiples	100	100	100
3. Mesure ambulatoire de la pression artérielle	54	64	52
4. Holter ECG	20	18	21
5. Appareil de radiographie	15	36	7
6. Échographe	39	64	31
7. Appareil de mammographie	12	36	3
8. Appareil d'ostéodensitométrie	10	27	3
9. Appareil d'électrocardiographie électrocardiogramme	76	91	69
10. Doppler	22	36	17
11. Rétinographe	20	55	7
12. Spiromètre	54	91	41
13. Scope défibrillateur	39	46	35
14. Analyseur de CO	29	46	24
15. Aucun de ces équipements	0	0	0
16. Autre, préciser	24	18	24

Table des illustrations

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation Peps

Schéma 1	Objectifs de l'expérimentation Peps.....	10
Schéma 2	Principes de l'expérimentation Peps	11
Schéma 3	Acteurs impliqués dans le dispositif de l'article 51 et dans la mise en place de Peps et Ipep*	12
Schéma 4	Chronologie de l'expérimentation Peps	14

2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Peps ?

Schéma 5	Design général de l'évaluation faisant apparaître les disciplines contributives	16
Tableau 1	Entretiens réalisés avec les porteurs de projet.....	20
Tableau 2	Monographies réalisées dans neuf structures expérimentatrices.....	21

3. Le modèle économique Peps, ses attendus théoriques et ses évolutions

Schéma 6	Calendrier des financements et rémunérations dans le modèle Peps..	32
Graphique 1	Rémunérations versées dans l'expérimentation Peps (en milliers d'euros)	36

4. Résultats de l'enquête sociologique sur la mise en œuvre de l'expérimentation Peps

Tableau 3	Évolution du nombre de structures engagées dans l'expérimentation Peps	38
Carte 1	Répartition des équipes expérimentatrices par vague, par région et par type de patientèle forfaitisée (en 2019)	40
Tableau 4	Description des MSP engagées dans l'expérimentation	40
Tableau 5	Description des CDS engagés dans l'expérimentation.....	42

5. Premiers enseignements de l'enquête Efop CDS

Carte 2	Localisation des CDS répondant à l'enquête Efop selon les groupes d'analyses	66
Graphique 2	Composition professionnelle des structures	67

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2) : Peps Vol. 1

Table des illustrations

Irdes - décembre 2024

Tableau 6	Types d'actions mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Peps	69
Tableau 7	Postes de dépenses utilisés pour les financements reçus au titre de Peps	70
Tableau 8	Activité régulière de promotion de la santé (ex. : éducation à la santé à l'école) ou de prévention (ex. : dépistage des infections sexuellement transmissibles)	72
Tableau 9	Mise en place d'activités ou de protocoles pour les patients dans les domaines suivants (% des structures).....	73
Tableau 10	Outils de coordination ou de coopération utilisés par les professionnels de santé pour le suivi ou la prise en charge des patients	74
Graphique 3	Régularité des réunions et échanges	75
Graphique 4	Score annuel de composition des réunions.....	76
Graphique 5	Score annuel de collaboration du CDS avec les services ou institutions suivantes inscrites sur le territoire	78
Tableau 11	Nature de la collaboration avec l'hôpital (hôpital de proximité, Centre hospitalier-CH ou Centre hospitalier universitaire-CHU, cliniques privées, etc.) pour les CDS avec une collaboration au moins occasionnelle.....	79
Graphique 6	Rôle et fonctions du personnel de secrétariat ou d'accueil	80
Graphique 7	Rôle et fonctions des infirmières	81

Annexes..... 103

Tableau A1	Présentation de la structure : historique, gestionnaire, localisation (en %).....	105
Tableau A2	Composition en professionnel des CDS	107
Tableau A3	Patientèle, téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés.....	108
Tableau A4	Collaboration territoriale du CDS	110
Tableau A5	Rôle et fonctions du personnel d'accueil et/ou de secrétariat.....	112
Tableau A6	Rôle et fonctions des professionnels de santé.....	113
Tableau A7	Ressources techniques du CDS	115

Les dernières publications de l'Irdes



- **Identifier les personnes avec des limitations à la suite de troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs et observer les disparités territoriales**
Espagnacq M., Regaert C. (Irdes)
Questions d'économie de la santé numéro n° 294. Novembre 2024
- **Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède**
Pichetti S., d'Estève de Pradel A., Espagnacq M. (Irdes)
Questions d'économie de la santé numéro n° 293. Octobre 2024



- **Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable?**
Pierre A., Or Z. (IRDES)
Document de travail n° 91. Juillet 2023
- **Travail indépendant, conditions de travail et santé en Europe : une approche par les systèmes de protection sociale**
Augé E.
Document de travail n° 90. Février 2023



- **Faisabilité d'identification des personnes à risque de handicap (Fish) à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Méthodes et résultats de l'algorithme sur les troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs (Pic)**
Espagnacq M., Regaert C. (Irdes).
Avec la collaboration de Sermet C., Daniel F. (Irdes)
Rapport Irdes n° 592. Septembre 2024

Abonnements-Diffusion : Irdes 21-23 rue des Ardenes 75019 - Paris

www.irdes.fr – Tél. : 01 53 93 43 21

Contact : publications@irdes.fr

La Documentation

Responsable : Véronique Suhard

Documentaliste : Rouguiyatou Ndoye

Assistant de documentation : Damien Le Torrec

Le fonds documentaire est spécialisé en économie de la santé, organisation des systèmes de santé, politiques de santé, professionnels de santé, hôpital, etc. Il se compose de 19 000 ouvrages, 73 périodiques, 6 000 *Working papers* de centres de recherche étrangers (National Bureau of Economic Research, Center for Health Economics de York...).

La base documentaire est accessible en ligne : <https://doc.irdes.fr/>

Les documents peuvent être consultés sur rendez-vous au Centre de documentation de l'Irdes : 01 53 93 43 21/56. Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Enfin, des produits documentaires réalisés par les documentalistes sont disponibles sur le site de l'Irdes : www.irdes.fr (voir ci-dessous).

Contact : documentation@irdes.fr

À découvrir sur le site de l'Irdes <http://www.irdes.fr>

- **La série des podcasts**, créée en décembre 2023, donne la parole aux chercheuses et chercheurs de l'Irdes sur une question de recherche, en écho à l'actualité de la santé et de la protection sociale. Elle met à la disposition d'un large public, sous format audio, les résultats les plus récents des études, recherches ou enquêtes menées par l'Institut : <https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html>
- Toutes les **publications** de l'Irdes sont mises en ligne dès leur parution.
- La **Lettre d'information** mensuelle de l'Irdes, qui présente les dernières actualités en économie de la santé (publications, séminaires et colloques, 3 questions à un chercheur, graphique du mois...), est envoyée par courriel sur simple inscription : www.irdes.fr/presse/lettre-d-information-de-l-irdes-historique.html
Elle est également disponible dans une version anglaise semestrielle : www.irdes.fr/english/newsletter-in-health-economics-chronology.html
- Des **produits documentaires** élaborés par la Documentation : Veille scientifique en économie de la santé et Actualités santé et protection sociale sont deux veilles thématiques bimensuelles. L'une bibliographique est réalisée à partir de la littérature scientifique en santé et l'autre à partir de la presse santé en ligne.

Contact : contact@irdes.fr

Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)
Rapport (volet 1) du programme d'évaluation Era2 sur l'expérimentation
de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)
inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement
de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

Le ministère de la Santé a défini un dispositif, dans le cadre de « l'article 51 » créé en 2017 par la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018, qui offre la possibilité de mettre en œuvre des expérimentations dérogatoires aux règles tarifaires de droit commun pour une période maximale de cinq ans. L'enjeu est de faire émerger des organisations innovantes dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, afin de « concourir à l'amélioration et à la prise en charge du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins »¹. L'expérimentation Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps), d'envergure nationale et pilotée conjointement par des membres du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie, entre dans ce cadre. Son évaluation a été confiée à l'Irdes et intégrée à un programme d'évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2). L'objectif initial de cette expérimentation est de mettre en œuvre un paiement collectif forfaitaire, en substitution du paiement à l'acte, pour une équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle concernant la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle « médecin traitant » de l'équipe.

Ce premier volet du rapport d'évaluation rassemble des résultats consolidés en ce qui concerne l'évaluation sociologique qualitative qui s'appuie sur une démarche « compréhensive », fondée sur une analyse documentaire, des observations et des entretiens avec les acteurs, depuis la phase de co-construction et d'élaboration du cahier des charges jusqu'au déploiement de l'expérimentation sur plusieurs années (2017-2024). Elle étudie les propriétés et logiques d'engagement des équipes dans l'expérimentation Peps, les pratiques professionnelles locales et l'appropriation du modèle économique. Des résultats descriptifs sont également présentés s'appuyant sur l'exploitation des données d'enquête déclarative auprès des structures expérimentatrices – Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et Centres de santé (CDS) – du point de vue de la caractérisation de ces structures et de leurs pratiques en regard de structures comparables. L'analyse des données du Système national des données de santé (SNDS) est en cours et figurera dans le second volet du rapport d'évaluation. Des analyses mixtes pourront être conduites une fois toutes les données disponibles.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/evaluation-des-experimentations-dinnovation-en-sante-article-51>