

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

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*

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

- **Directeur de publication** : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek
- **Maquettiste-infographiste** : Franck-Séverin Clérembault • **Mise en pages** : Desk
- **Assistant à la mise en page** : Damien Le Torrec • **Diffusion** : Rouguiyatou Ndoye • **Dépôt légal** : mars 2025
- **ISBN Papier** : 978-2-87812-635-8 • **ISBN PDF** : 978-2-87812-634-1

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

Anissa Afrite	Data Scientist, CR, <i>Irdes</i>
Isabelle Bourgeois	Sociologue, PhD, <i>Irdes, 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, Irdes</i>
Stéphanie Guillaume	Ingénieure d'enquête, <i>Irdes</i>
Julia Legrand	Sociologue, PhD, <i>Irdes, Cresppa-GTM</i>
Véronique Lucas-Gabrielli	Géographe, PhD, <i>Irdes</i>
Noémie Morize	Sociologue, PhD, <i>Sciences Po, CSO, Irdes</i>
Julien Mousquès	Économiste, PhD, <i>Irdes, EHESP</i>
Laure Pitti	Sociologue, PhD-HDR, MCF, <i>Cresppa-CSU, Paris 8, Irdes</i>
Vincent Schlegel	Sociologue, PhD, <i>Irdes</i>

ISBN papier : 978-2-87812-635-8 / ISBN PDF : 978-2-87812-634-1

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	9
Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).....	9
1.1. Principes, modèle et objectifs d'Ipep	9
1.1.1. Les objectifs de l'expérimentation Ipep	10
1.1.2. Les principes de l'expérimentation Ipep.....	11
1.1.3. Le pilotage de l'expérimentation Ipep	12
1.1.4. Les expérimentateurs d'Ipep.....	13
1.2. Chronologie complète de l'expérimentation Ipep (2017-2024)	15
2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Ipep ?	17
2.1. Objectifs de l'évaluation	17
2.2. Schéma général de l'évaluation de l'expérimentation Ipep	18
2.3. Méthodologie et terrains d'enquête	21
2.3.1. Recherche sociologique qualitative compréhensive	21
2.3.2. Étude qualitative-quantitative à partir de l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efop) .	23
• <i>Objectifs et champ de l'enquête</i>	23
• <i>Procédure de diffusion et partenariats</i>	24
• <i>Contenu du questionnaire</i>	24
• <i>Bilan du terrain</i>	25
• <i>Schéma d'analyse</i>	25
2.3.3. Évaluations quantitatives d'impact.....	25
3. Le modèle économique Ipep, ses inspirations et ses évolutions .	27
3.1. Contexte	27
3.2. Les attendus théoriques du modèle Ipep	30
3.3. Description du modèle Ipep	34
3.4. Les évolutions du modèle Ipep	36
3.4.1. La tentative d'élaborer des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires	36
3.4.2. L'adaptation du modèle Ipep dans l'année 2020, en lien avec la pandémie de Covid-19	38

3.4.3. La modification de la dernière phase du modèle économique.....	38
3.4.4. La mise en place d'un ajustement territorial.....	39
3.4.5. L'adaptation du modèle Ipep à l'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP) portée par la Fédération hospitalière de France (FHF)	39
3.5. Ipep en quelques chiffres.....	40
4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep	41
4.1. Qui participe à l'expérimentation Ipep ?.....	41
4.1.1. Qui sont les expérimentateurs sélectionnés ?.....	41
• Une diversité de groupements, comportant une ou plusieurs entités, et dont la composition évolue tout au long de l'expérimentation	42
• Des professionnels porteurs partageant certaines propriétés.....	45
4.1.2. Quelles logiques d'engagement dans l'expérimentation Ipep ?	48
4.2. Pratiques locales et appropriations de l'expérimentation Ipep.....	52
4.2.1. Des pratiques qui sont surtout rendues visibles, formalisées, renouvelées et plus rarement initiées dans les groupements	53
4.2.2. Quelles catégories de pratiques sont-elles attribuées à Ipep ?	56
• Renforcement ou amplification de services proposés aux patients ou aux habitants d'un territoire.....	56
• Contribution à la structuration de l'organisation du travail entre professionnels au sein d'un groupement et/ou entre groupements.....	58
4.2.3. Quelle utilisation des ressources liées à Ipep ?.....	64
4.2.4. Quelle gestion/pilotage de l'expérimentation et des projets liés à Ipep ?.....	67
4.2.5. Quelle évolution de rôles professionnels	70
• Le rôle des infirmières.....	71
• Le rôle des responsables administratifs et des médecins hospitaliers dans les projets de la Fédération de Chersois	72
• Des médecins généralistes holistes parfois recentrés sur un rôle curatif.....	73
4.2.6. Quels rapports à l'expérimentation Ipep et au modèle économique ?.....	75
5. Résultats de l'enquête Efop volet Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).....	81
5.1. Quelles caractéristiques des MSP Ipep (porteuses ou partenaires) dans Efop ?	81
5.1.1. Des MSP plus anciennes et ayant participé aux Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour les porteurs de projets Ipep	82
5.1.2. Motivations plus importantes des professionnels pour améliorer l'accessibilité aux soins.....	83
5.1.3. Des difficultés rencontrées probablement liées à leur dynamique sur la mise en place de partenariats et la recherche de financements	83
• Des structures de taille plus importante, avec plus d'assistants médicaux et d'Infirmières en pratique avancée (IPA).....	84
5.2. Quelles actions et utilisations des ressources dans le cadre d'Ipep ?	85
5.2.1. Thématiques des actions des MSP dans Ipep	85
5.2.2. Ressources financières et utilisation des financements	87

5.3. Quelles spécificités des MSP Ipep sur une sélection de thématiques ?	89
5.3.1. Coordination entre les professionnels de la MSP	89
• <i>Un usage plus étendu des outils de coordination ou de coopération</i>	<i>90</i>
• <i>Des réunions et échanges entre les professionnels de santé plus fréquents</i>	<i>90</i>
• <i>Des réunions de suivi coordonné des patients plus pluriprofessionnelles.....</i>	<i>91</i>
5.3.2. Collaboration avec les services et institutions du territoire	93
• <i>Une collaboration plus structurée avec l'hôpital</i>	<i>94</i>
5.3.3. Accessibilité aux soins, paniers de soins et services	95
• <i>Téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés</i>	<i>96</i>
• <i>Actions de promotion de la santé ou de prévention.....</i>	<i>96</i>
• <i>Protocoles et activités auprès des patients.....</i>	<i>97</i>
5.3.4. Fonction et périmètre d'activité des professionnels	98
• <i>Rôle et fonctions du secrétariat et de l'accueil</i>	<i>99</i>
• <i>Rôle et fonctions des infirmières salariées ou libérales.....</i>	<i>100</i>
6. Analyses croisées et éléments de synthèse	103
6.1. Ce que le profil des porteurs d'Ipep révèle.....	103
6.2. Ce que les pratiques locales et les appropriations de l'expérimentation mettent en lumière.....	104
6.3. Retour sur les attendus théoriques du modèle et les analyses quantitatives à venir.....	108
7. Publications / valorisation des travaux d'évaluation.....	111
8. Bibliographie.....	113
Annexes	123
Annexe 1 Liste des indicateurs de qualité inscrits dans le premier cahier des charges du modèle économique de l'expérimentation d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)	123
Annexe 2 Statistiques descriptives détaillées de l'Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efop) Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)	125

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, telles l'expérimentation d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), incluent une évaluation systématique (article L. 162-31-1 du code de la Sécurité sociale). L'évaluation constitue l'un des éléments d'aide à la décision des pouvoirs publics concernant la poursuite, l'arrêt ou l'entrée des expérimentations dans le droit commun, et si tel est le cas, la forme qu'elles peuvent prendre.

L'évaluation de l'expérimentation Ipep 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), du Centre de sociologie des organisations (CSO, Sciences Po) et du Centre de recherches sociologiques et politiques de Paris « Cultures et sociétés urbaines » (Cresppa CSU, Université Paris 8).

La gouvernance de l'évaluation est propre à celle de l'article 51 (Comité technique de l'innovation en santé-CTIS, 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 générale de l'offre de soins/Caisse nationale de l'Assurance maladie-DGOS/Cnam pour Ipep), et une cellule d'évaluation (Ceval) pilotée par la Cnam. L'avancée dans la mise en œuvre de l'évaluation ainsi que les résultats intermédiaires ont été présentés dans ces différents comités.

Le protocole d'évaluation a fait l'objet de présentations au sein des instances de 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 prévu initialement. Les analyses exploratoires à partir d'enquêtes par questionnaire systématiques et déclaratives auprès des expérimentateurs et de structures auxquelles nous pouvons les comparer ont connu un déploiement plus tardif que prévu initialement. Ceci est dû à des difficultés d'accès à des données de registres et de contacts 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 relativement au calendrier initial 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.

Ainsi, 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 Ipep, pratiques et appropriations locales de l'expérimentation et du modèle économique), et des résultats descriptifs concernant l'exploitation des données d'enquête déclarative auprès des structures expérimentatrices (caractérisation des structures expérimentatrices et de leurs pratiques, en regard de structures comparables). Les analyses des impacts à partir des données du SNDS sur des dimensions comme l'activité, la qualité des soins et services rendus ou les parcours de soins ville-hôpital sont en cours et figureront dans un volet 2 du rapport d'évaluation. Des analyses mixtes croisant les volets 1 et 2 pourront être conduites une fois toutes les données disponibles.

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

Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)

Le ministère de la Santé a défini un dispositif, dans le cadre de l'article 51 créé en 2017 par la 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 sanitaire et médico-social, 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 ou l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), et des expérimentations dites à l'initiative des acteurs de terrain d'autre part, pilotées par les Agences régionales de santé (ARS) [plus de 120 expérimentations² ont été initiées à ce jour]. 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 généralisation des cadres expérimentés.

Dans le contexte de ce dispositif de l'article 51, le ministère des Solidarités et de la Santé (DSS, DGOS) et la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam) avaient conjointement, dès le printemps 2018, lancé trois Appels à manifestation d'intérêt (AMI) pour soutenir trois expérimentations à l'échelle nationale : Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) et Épisode de soins (EDS). L'évaluation de l'expérimentation Ipep 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 d'Ipep

Le ministère chargé de la Santé et l'Assurance maladie ont lancé, le 3 juillet 2019, l'expérimentation Ipep qui avait fait l'objet d'un travail de co-construction entre septembre 2018 et mars 2019. Les travaux de co-construction ont été ainsi menés à travers des échanges réguliers entre les membres de l'Équipe nationale projet (ENP) et 18 groupements d'acteurs sélectionnés dans le cadre de cet AMI. Ces derniers ont pu apporter leurs avis, propositions et expertises sur ce projet pour finalement permettre la publication du cahier des charges d'Ipep, en annexe de l'arrêté du 21 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 La liste des expérimentations qui bénéficient d'une période transitoire en attendant leur intégration dans le droit commun est accessible ici : <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://www.femas-hdf.fr/wp-content/uploads/2019/07/PEPS_cahier_des_charges.pdf

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

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

Irdes - mars 2025

L'objectif initial de cette expérimentation nationale est d'inciter à la coopération et à la coordination entre des professionnels de santé et entre des structures qui s'unissent volontairement au sein d'un groupement, afin de définir des actions à mettre en œuvre au service de leur patientèle, sur un territoire. Elles cherchent notamment à améliorer l'accès aux soins, la coordination des prises en charge – en particulier ville-hôpital, la pertinence des prescriptions médicamenteuses ainsi que la prévention. Selon les résultats des différents indicateurs et sur la base des gains d'efficacité générés, les groupements sont susceptibles de recevoir un intéressement financier. Cet intéressement ne se substitue pas au paiement à l'acte ni aux autres rémunérations de droit commun et laisse les groupements libres dans l'utilisation des financements reçus.

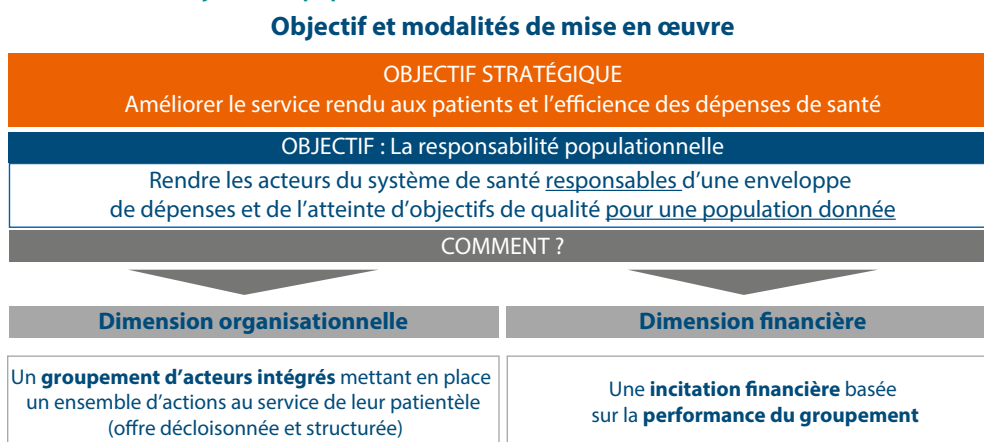
1.1.1. Les objectifs de l'expérimentation Ipep

L'expérimentation Ipep s'adresse à des « groupements » pouvant être constitués par des professionnels de soins primaires (en exercice regroupé), par des associations ou par des établissements hospitaliers. La condition d'entrée dans l'expérimentation est cependant d'être associé à des médecins généralistes et de présenter une patientèle affiliée aux médecins traitants d'au moins 5 000 patients. Le cahier des charges (version de juillet 2019) présente un triple objectif, inspiré de la notion américaine de *Triple aims* :

- « Améliorer l'état de santé de la population (*health population* – principe de responsabilité populationnelle) ;
- Améliorer la qualité des soins du point de vue du patient (*experience of care* – expérience patient) ;
- Accroître l'efficacité des moyens alloués (*per capita cost* – offrir de meilleurs soins à partir des moyens disponibles et agir sur la durabilité du système de santé) ».

L'expérimentation Ipep a ainsi pour ambition première de décloisonner la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital, d'optimiser les parcours de santé, et d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge (et au minimum, de ne pas diminuer cette qualité) en rendant les acteurs du système de santé responsables d'une enveloppe de dépenses et de l'atteinte d'objectifs de qualité prédéfinis pour une population donnée du territoire. L'idée est ainsi d'augmenter l'efficacité des dépenses et d'améliorer l'accès aux soins (schéma 1).

Schéma 1 Les objectifs d'Ipep



Source : Extrait, présentation Ipep, lancement vague 2, 20/01/2020.

1.1.2. Les principes de l'expérimentation Ipep

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 complémentaires à la rémunération à l'activité selon les performances du groupement expérimentateur, dans les champs définis par Ipep.

Ainsi, le projet Ipep vise à expérimenter des paiements incitatifs sous forme de bonus correspondant à un partage des gains liés à la rationalisation des dépenses de santé, notamment *via* une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital, visant *in fine* à diminuer les dépenses de santé sans réduire la qualité des soins. L'expérimentation se concrétise d'abord pour les groupements expérimentateurs par des incitations financières sous la forme de crédits d'amorçage versés selon, notamment, la taille de la patientèle « médecin traitant » des médecins engagés dans le groupement, puis prend la forme d'un « intéressement » collectif alloué au groupement. Cet intéressement est versé de façon complémentaire aux modes de rémunération principaux (à l'acte pour les acteurs de la ville ou à l'activité pour les acteurs hospitaliers). Il ne peut correspondre à une sanction financière en cas de non-atteinte des objectifs fixés, il s'agit d'une incitation positive sans pénalité. L'expérimentation vise l'atteinte d'objectifs de maîtrise de la dépense, tout en garantissant une qualité des soins *a minima* constante, voire améliorée. Une fois calculé, l'intéressement est versé au groupement qui reste libre de choisir son utilisation.

Les enjeux autour du calcul de l'intéressement sont multiples, notamment autour de la description de la patientèle concernée par les actions du groupement, afin de mesurer les dépenses historiques et attendues de cette patientèle qualifiée de « patientèle de référence ». Ces estimations, ajustées aux risques liés à certaines caractéristiques des patients, permettent alors d'identifier les gains d'efficacité potentiels et les marges d'amélioration des acteurs du groupement sur la base d'une comparaison avec les résultats obtenus au niveau national, à la fois sur les valeurs brutes et sur les évolutions de ces niveaux de dépenses dans le temps pour un même groupement. L'idée sous-jacente est qu'il n'y a pas une fixation *a priori* des objectifs de dépenses. Un autre enjeu est la mesure de la dimension qualité, à apprécier au niveau du groupement, et qui doit refléter les actions collectives mises en place pour améliorer cette qualité et l'expérience qu'en ont les patients (schéma 2).

Schéma 2 Les objectifs de qualité

Objectifs de la dimension qualité

La qualité – expérience patient comme mesure de la performance organisationnelle du groupement Ipep

- La structuration des acteurs de santé au sein d'organisations innovantes doit permettre **une meilleure coordination** autour des patients afin :
- D'améliorer **l'accès aux soins**
- De **réduire les hospitalisations évitables**
- **D'éviter les ruptures de parcours** dans la prise en charge des pathologies chroniques
- De **renforcer les démarches de prévention** et promotion de la santé
- De garantir la **pertinence des prescriptions médicamenteuses**
- D'améliorer **l'expérience patient**

L'enjeu est la mesure de la qualité au niveau d'un groupement

Source : Extrait, présentation Ipep, lancement vague 2, 20/01/2020.

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

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

Irdes - mars 2025

Un score de qualité est donc calculé annuellement pour chaque groupement, comprenant deux volets. Un premier volet « indicateurs » correspond à un minimum de dix indicateurs socles obligatoires et communs à tous les groupements et, il avait été envisagé d'ajouter des indicateurs à la carte mais cela a finalement été abandonné. Mais le poids total des indicateurs socles est bien de 100 points. Le second volet est associé à « l'expérience patient », recueillie au moyen d'un questionnaire, et susceptible d'apporter un bonus supplémentaire de 20 points.

La mise en œuvre d'Ipep s'est traduite par un accompagnement individualisé des groupements par l'équipe nationale projet, ainsi que par un ensemble d'incitations financières comprenant des crédits d'amorçage.

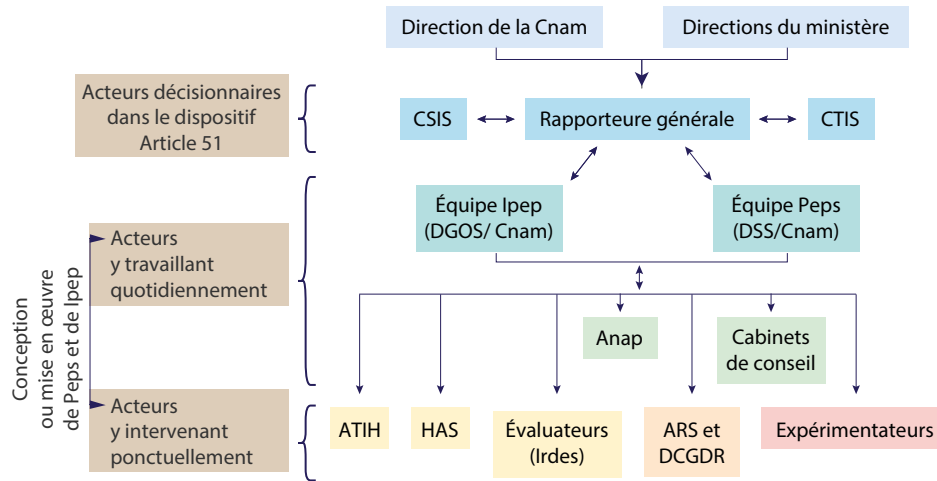
1.1.3. Le pilotage de l'expérimentation Ipep

L'expérimentation Ipep est pilotée par une équipe nationale d'environ six membres, entre la DGOS au ministère de la Santé et la Cnam. Cette Équipe nationale projet (ENP) est accompagnée, d'une part, par des cabinets de conseil en charge de la maîtrise d'ouvrage (rédaction de comptes-rendus, organisation des réunions, suivi du pilotage, etc.), présents tout au long de l'expérimentation et, d'autre part, par des membres de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap). Entre 2019 et 2022, ces derniers contribuent à l'organisation de séminaires, de points de suivi et de « groupes de travail » avec les professionnels de santé expérimentateurs sur des thématiques ciblées, rédigent des rapports de « retour d'expérience » visant à comprendre les freins et 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 du dispositif Article 51, 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 au sein des Agences régionales de santé (ARS) représentant l'État, et des Directions de la coordination de la gestion du risque (DCGDR), représentant l'Assurance maladie, participent au suivi des expérimentations et aux réunions organisées par l'équipe nationale. Elles conservent cependant un rôle discret dans la mise en œuvre de ces expérimentations nationales (Bourgeois *et al.*, 2021).

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



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

Source : Extrait de Morize *et al.*, 2021.

1.1.4. Les expérimentateurs d'Ipep

Les groupements d'acteurs expérimentateurs ont été sélectionnés par l'équipe nationale en deux vagues, avec des caractéristiques « de taille » du fait des conditions d'éligibilité, c'est-à-dire un volume minimal de patientèle requis d'au moins 5 000 patients ayant déclaré un Médecin traitant (MT) dans le groupement constitué, et donc la présence de médecins généralistes en nombre suffisant. Le projet des groupements doit proposer une approche populationnelle, non ciblée sur une pathologie ou des patients particuliers et doit avoir une dimension territoriale. Pour la vague 1 (juin 2019), la liste des 18 structures autorisées à participer à Ipep (tableau 1) illustre la volonté des ENP d'expérimenter le modèle sur des groupements très divers : groupements de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), constituées en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), Groupements hospitaliers de territoire (GHT), etc., situés dans 11 régions. Les 11 structures autorisées à participer pour la vague 2 (tableau 2) renforcent la dimension territoriale de l'expérimentation en ajoutant quatre régions.

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

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

Irdes - mars 2025

Tableau 1 Liste des groupements autorisés à participer à Ipep dès juin 2019

Structure	ARS / région
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Pont d'Ain	Auvergne-Rhône-Alpes (Ara)
Groupement Apep Alpine MSP de Chambéry et Saint-Martin d'Hères	Ara
MSP Saint-Claude	Bourgogne-Franche-Comté (BFC)
MSP Bel Air (Carpentras)	Provence-Alpes- Côte d'Azur (Paca)
MSP Liberté Pôle de santé Maubeuge	Hauts-de-France (HDF)
Groupement MSP Amandinoise et Neuvy-sur-Loire	BFC
Groupement MSP orléanais pour les soins non programmés	Centre-Val de Loire (CVDL)
Groupement des acteurs mayennais membres des expérimentations article 51 Gamme 53	Pays de la Loire (PDL)
Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) Paris 13 ^e et 14 ^e arrondissements	Ile-de-France (IDF)
CPTS de la Bièvre	IDF
CPTS Bondy Bobigny	IDF
Groupement de coopération sanitaire Alliance Cornouailles Santé	Bretagne
Groupement Lab Parcours Centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille	HDF
Ange Gardien CHU de Bordeaux	Nouvelle-Aquitaine (NA)
Centre hospitalier (CH) de Troyes	Grand Est (GE)
CH de Niort	NA
CH de Douai	HDF
Groupement hospitalier de territoire Haute-Saône	BFC

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

Tableau 2 Liste des groupements complémentaires sélectionnés pour participer à Ipep, début 2020

Structure	Agences régionales de santé (ARS) / Région
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Les Allymes	Ara
Centre hospitalier (CH) de Carentan	Normandie
CH de Cayenne, Amazonie française	Guyane
Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Vénissieux	Ara
CPTS Nord Essonne Hygie	Ile-de-France (IDF)
CPTS Tip@Santé	La Réunion
CPTS de Colomiers	Occitanie
CPTS de la Riviera française	Provence-Alpes- Côte d'Azur (Paca)
Centre municipal de santé (CMS) d'Aubervilliers	IDF
CMS de La Courneuve	IDF
CMS Richerand	IDF

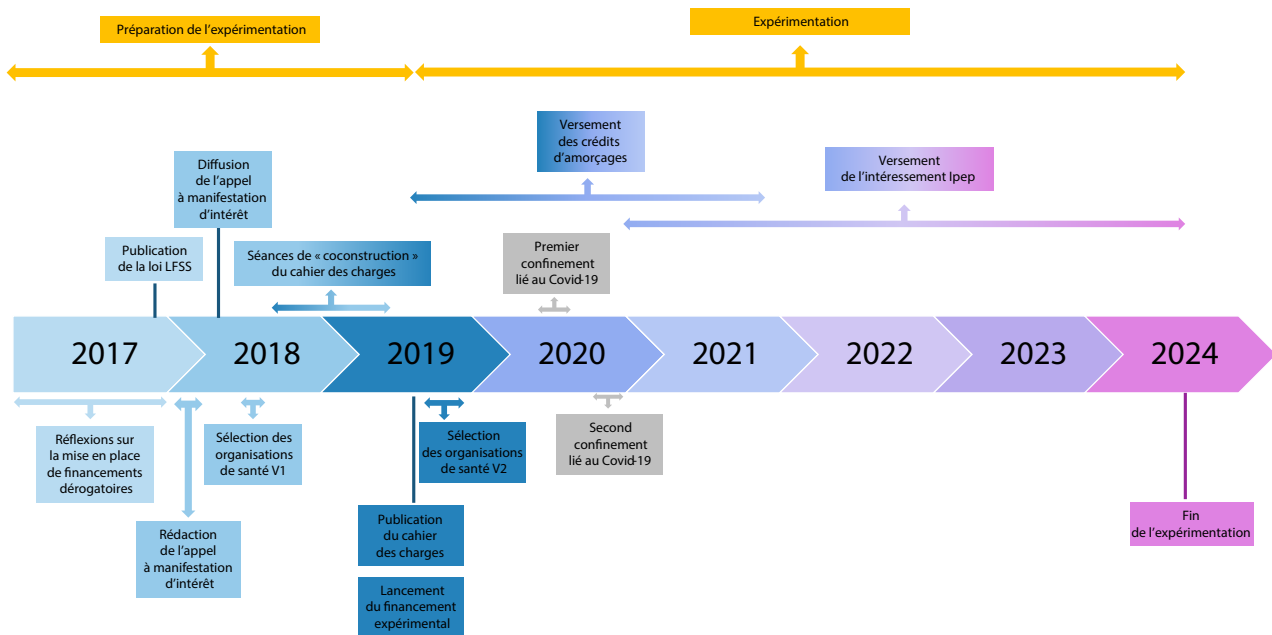
1.2. Chronologie complète de l'expérimentation Ipep (2017-2024)

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

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 AMI, 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, sauf pour les groupements de la Fédération hospitalière de France (FHF), les groupements participants reçoivent des crédits d'amorçage, puis, à partir de la seconde année, des intéressements. Le schéma 4 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.

Schéma 4 Chronologie de l'expérimentation Ipep



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

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

2.1. Objectifs de l'évaluation

L'évaluation de l'expérimentation Ipep, 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 Évaluation d'expérimentations article 51 de rémunération alternative à l'acte (Era2).

L'expérimentation Ipep est une expérimentation co-construite, avec une dimension exploratoire et complexe. Par ailleurs, Ipep a résolument ciblé des groupements et acteurs aux environnements et motivations diverses, mais avec un point commun, l'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, interrogeant *de facto* la généralisation et la « répliquabilité » de ce type d'expérimentation (Schlegel, 2022). 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 mise en œuvre de l'expérimentation qu'à sa mise en œuvre en elle-même et à ses effets.

Ainsi, premièrement, 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 pour les différents acteurs, la nature même de la démarche expérimentale, sa construction progressive, et pour toutes les parties prenantes – 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, et permettront également dans un second temps d'affiner les enseignements finaux qui seront tirés de la démarche évaluative.

Deuxièmement, 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 (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'intervention, et dans les dispositifs tels que Ipep, à analyser à la fois 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'efficience au regard des réalisations et des ressources mobilisées.

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

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

Irdes - mars 2025

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 :

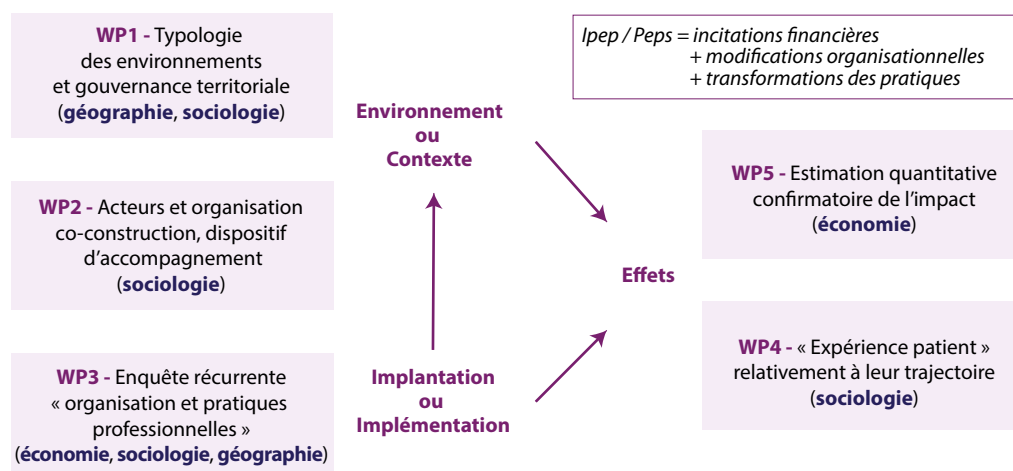
- Appréhender les enjeux auxquels les expérimentations répondent (enjeux stratégiques) et les contextes au sein desquels les MSP et Centres de santé (CDS) s'inscrivent (enjeux contextuels) ;
- Décrire les pratiques professionnelles, les organisations et leur fonctionnement (structure, processus) et les 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 Ipep

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 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, enquête expérience des patients, enquête 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 Era2 faisant apparaître les disciplines contributives



WP : Workpackage.

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

Peps : Paiement en équipe de professionnels de santé 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 le *design* des opérations de recherche et d'évaluation que nous avons menés ont été conditionnés par de nombreuses caractéristiques propres à l'expérimentation Ipep ainsi qu'à sa mise en œuvre, au fil de la phase de construction, de l'entrée et de la sortie d'expérimentateurs, ou de la mise en œuvre de dispositifs parallèles (notamment, le déploiement concomitant des Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS).

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 et/ou bénéficiant d'autres dispositifs en parallèle (Accord conventionnel interprofessionnel-ACI, Asalée, etc.). Ensuite, l'évaluation a dû prendre en considération la logique adaptative de l'expérimentation, avec par exemple le retard du passage à l'intéressement Ipep de certains expérimentateurs, ou avec le rétrécissement de l'ambition en termes de mesure de la qualité du fait du 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 (évolution de la composition des groupements avec la création ou l'incorporation de nouvelles structures, évolution des professionnels exerçant dans les structures et de l'organisation de leur travail...) et des modes de rémunération (ajustements du calcul des intéressements au fil de l'expérimentation). Enfin, la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid 19 a eu des conséquences importantes, tant sur la capacité des groupements sur le terrain à mettre en œuvre leurs actions que pour le modèle en lui-même dans la possibilité de calculer les intéressements avec les décalages temporels rencontrés. Des travaux initialement non prévus ont été menés pour comprendre les processus d'adaptation des équipes à ces situations extrêmes (entretiens supplémentaires réalisés par les membres de l'équipe d'évaluation avec les membres des groupements expérimentateurs 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 groupements expérimentateurs 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 Ipep 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 (le mouvement des Gilets jaunes), puis par la crise sanitaire de la Covid 19. Nous avons décidé de reporter cette analyse des territoires et des contextes socio-économiques pour nous concentrer, dans ces périodes particulières, sur l'analyse de la gouvernance territoriale des structures engagées dans Ipep. 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 (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)⁵.

• **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 Ipep et Peps : (Morize *et al.*, 2021 et Bourgeois *et al.*, 2021)⁶.

- La première publication, *Questions d'économie de la santé* n° 261, 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 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, *Questions d'économie de la santé* n° 262, 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, adressé à des MSP et CDS faisant partie de groupements expérimentateurs, ainsi qu'à des structures témoins (voir ci-dessous pour la présentation de l'enquête Efp auprès des MSP et des CDS).

• **Concernant les WP 4 et WP 5, qui s'intéressent aux impacts de l'expérimentation sur l'activité, 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 méca-

⁵ <https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-260-les-soins-primaires-face-a-l-epidemie-de-covid-19.html>

⁶ <https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-261-renouveler-l-action-publique-en-sante-un-article-51-pour-experimenter-avec-les-organisations-de-sante.html>
<https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-262-accompagner-le-renouvellement-de-l-action-publique-en-sante-au-niveau-regional.html>

nismes 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 Ipep.

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 consiste à interpréter des causalités de manière non linéaire, c'est-à-dire 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 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 partenaires⁷. Ces entretiens portaient sur leur parcours professionnel, leur travail, et leurs relations avec les autres acteurs impliqués dans l'élaboration et le pilotage des expérimentations. Ces entretiens ont été complétés par l'observation de nombreux comités de pilotage 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 plan national ; des entretiens dits « porteurs » avec quelques individus-clés par organisation ; et enfin des enquêtes « monographiques », qui consistent en l'exploration détaillée par entretiens semi-directifs répétés au fil du temps et par observations de quelques structures sélectionnées. Nous revenons sur chacune de ces modalités plus en détail ci-dessous. Dans ce rapport, l'ensemble des organisations et des individus a été pseudonymisé 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 se composaient des membres de l'équipe nationale et des 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 divers acteurs présents.

Deuxièmement, nous avons réalisé des entretiens plus spécifiquement avec 48 « porteurs » des structures expérimentatrices (tableau 3). Ces porteurs sont les professionnels

⁷ Une trentaine d'entretiens, dont certains transversaux, ont été réalisés au total pour les deux expérimentations Ipep et Peps.

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

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

Irdes - mars 2025

qui se situent en première ligne des interactions avec l'équipe nationale, en répondant à l'AMI, 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 le groupement concerné. Dans certains groupements, plusieurs entretiens « porteurs » ont été réalisés lorsque ces tâches étaient divisées entre plusieurs personnes. Ces entretiens ont été réalisés de manière presque exhaustive dans les groupements participant à Ipep.

Tableau 3 Entretiens avec les porteurs de projet

Type de groupement	Total d'entretiens « porteurs »	Dont médecins	Dont professionnel paramédical	Dont personnel administratif
Groupement porté par une Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	9	9		
Groupement porté par une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou autre type d'association territoriale	14	9	2	3
Groupement porté par un Centre de santé (CDS)	10	8		2
Groupement porté par un hôpital	15	5	4	6
Total	48	31	6	11

Source : Enquête sociologique Era2.

Troisièmement, nous avons réalisé des enquêtes monographiques détaillées dans cinq groupements. Elles 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 divers 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 de ce rapport. Elle n'est pas exhaustive – ni de l'ensemble des professionnels des structures, ni de l'ensemble des structures expérimentatrices – et ne vise 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 d'Ipep, 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 reposé sur des entretiens réalisés auprès de 69 enquêtés, dont certains à plusieurs reprises (tableau 4).

Tableau 4 Monographies dans cinq groupements expérimentateurs

Pseudonyme	Nombre total d'enquêtés ayant participé à des entretiens (certains répétés)	Groupe professionnel des acteurs rencontrés
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Servoisins	18 enquêtés (27 entretiens)	Cinq médecins généralistes, trois kinésithérapeutes, une infirmière salariée, une psychologue, une pharmacienne, une diététicienne, trois coordinateurs salariés, un médiateur en santé, deux animateurs d'ateliers collectifs.
MSP de Mazernard	13 enquêtés (21 entretiens)	Six médecins généralistes, trois infirmières salariées, une podologue, une pharmacienne, deux secrétaires salariées.
MSP de Vosgirard	11	Huit médecins généralistes, une infirmière libérale, une infirmière salariée, une diététicienne.
Centre municipal de santé (CMS) de Bonnart	11	Cinq médecins généralistes (dont deux directeurs du CMS ou de la santé), une Infirmière en pratique avancée (IPA), une responsable administrative, une responsable de l'accueil et une agente d'accueil, une responsable de la médiation, une psychologue clinicienne.
Projet Fédération de Chessois, projet Charmois	16	Cinq médecins généralistes, une infirmière salariée, deux infirmières Asalée, trois médecins spécialistes hospitaliers, trois responsables administratifs hospitaliers, deux coordinateurs de dispositifs territoriaux (Contrat local de santé-CLS, Dispositif d'appui à la coordination-Dac)
Total	69 enquêtés (86 entretiens)	

Source : Enquête sociologique Era2.

Afin de croiser les analyses portant sur ces différentes structures expérimentatrices, des documents descriptifs dits « monographies » 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 à partir de 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 ayant une activité de premier recours. Ces structures ne représentent pas l'ensemble des groupements de professionnels expérimentateurs d'Ipep, mais en constituent une majorité. Lorsqu'elles ne sont pas porteuses des projets, elles peuvent en être des partenaires ou, dans certains cas, être à l'initiative ou co-porteurs dans les groupements de MSP ou CPTS, voire dans les groupements ville-hôpital. Au début des expérimentations et

de la conception de l'enquête, il s'agit des types de groupements de professionnels à la fois les plus structurés et les mieux identifiés, ce qui permet d'en appréhender l'organisation et le fonctionnement au travers d'un questionnaire, et de construire un terrain d'enquête avec des structures participant aux expérimentations, mais aussi des structures n'y participant pas dans une optique comparative.

L'objectif de cette enquête est ainsi de caractériser les structures participant à Ipep et de les comparer à des structures similaires pour éclairer à la fois les usages et les opportunités liées aux financements alloués au titre de l'expérimentation et sur les conséquences en termes d'échelle et de gamme de soins et services offerts, mais aussi de coordination ou collaboration interne et externe. Il ne pourra néanmoins 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 le permettra et qui sera menée à partir des données du SNDS. Elle contribue néanmoins à évaluer Ipep de deux façons. Premièrement, en éclairant des dimensions des modes d'organisation et pratiques pluriprofessionnels encore peu ou pas documentés et qui ne peuvent pas être appréhendés par des données administratives classiques. Cette singularité des données d'enquête permet aussi d'affiner et de conforter nos hypothèses de travail. Elle permettra aussi 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 accords nationaux pour les CDS, les financements Ipep et éventuellement Peps pour les structures qui y participent et les autres financements qu'elles peuvent recevoir. Les MSP sont interrogées sur leurs ressources entre 2019 et 2021, et pour 2021 pour plus de détails sur les ressources et leur utilisation.

Bilan du terrain

Pour le 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 ont participé à Ipep et 6 à Peps (dont les 3 MSP ayant basculé vers le forfait). Pour le volet auprès des CDS, le terrain s'est déroulé de juin 2023 à février 2024 avec la participation de 41 CDS dont 11 ont participé à Peps et 4 à Ipep (y compris une structure partenaire d'un projet seulement).

Schéma d'analyse

Dans le cadre de l'évaluation d'Ipep, les analyses portent sur l'ensemble des MSP ayant répondu à l'enquête Efop et sur la comparaison de deux groupes de répondants : les MSP expérimentatrices Ipep, en tant que porteuses de projet ou partenaires, et les MSP ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) au début des années 2010, mais non participantes à Ipep ou Peps. La participation aux ENMR des MSP non-expérimentatrices est un moyen d'appréhender leur maturité ; elles sont, de ce point de vue, plus comparables aux structures expérimentatrices pour lesquelles la maturité a constitué un critère d'éligibilité aux expérimentations. Nous nous intéressons tout d'abord aux différences de caractéristiques entre les structures, puis aux actions et utilisations des financements en lien avec les projets des structures dans le cadre d'Ipep. Nous comparons ensuite les différences entre structures sur divers thèmes d'organisation et de fonctionnement des structures en lien avec les thématiques des projets et des attendus autour d'Ipep.

2.3.3. Évaluations quantitatives d'impact

La mise en œuvre d'Ipep a été réalisée auprès de groupements volontaires (MSP, CDS, CPTS ou autres formes de groupements) sans aucun mécanisme d'assignation aléatoire (randomisation). L'absence de randomisation rend difficile la séparation entre deux sources d'effets potentiels : l'expérimentation Ipep ou la (les) particularité(s) des groupements volontaires (MSP, CDS, etc.), c'est-à-dire un biais de sélection. Il s'agit alors, au travers de la mobilisation de différentes méthodes économétriques, de (Bozio, 2014 ; Givord, 2014) de :

1. Construire des groupes témoins comparables, des références ou contrefactuel(s) aux groupements expérimentateurs 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 groupements 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

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

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

Irdes - mars 2025

Dans l'analyse d'impact, les niveaux d'analyse comme les dimensions d'intérêt seront multiples, compte tenu de la diversité des acteurs concernés (territoire, groupements, professionnels de santé, patients) et des incitations associées aux expérimentations et les transformations à l'œuvre et consécutives sinon contemporaines d'Ipep (coopération pluriprofessionnelle, 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 médecin traitant, gamme de soins et services, etc.)
- La qualité et la pertinence des soins et l'offre de prévention (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 poste de soins

Les indicateurs de résultats ont été définis et seront construits pour évaluer les impacts de l'expérimentation Ipep 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.

Du fait du retard dans l'accès aux données nécessaires à cette évaluation d'impact, les travaux préparatoires sur les données et les analyses n'ont pu débuter qu'en février 2024 et feront l'objet d'un prochain rapport.

3. Le modèle économique Ipep, ses inspirations et ses évolutions

3.1. Contexte

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

Premièrement, ce type d'expérimentations 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 Pourville, 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 Ipep, 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'actions publiques » (Bergeron et Hassenteufel, 2018). Plus largement, ces deux expérimentations s'ancrent également dans un mouvement récurrent d'innovations organisationnelles en santé, dont les MSP représentent un exemple récent (Fournier, 2016 ; Schweyer et Vezinat, 2019), complété depuis 2016 par les 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 (Chevallard *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 Ipep propose un véritable changement de paradigme pour les professionnels de soins de premiers recours, celui d'un transfert de responsabilité en matière de gains d'efficience par l'entremise d'une incitation au partage d'économie entre le financeur et des organisations intermédiaires, intersectorielles, ayant une responsabilité populationnelle en matière de qualité des soins (Ficher *et al.*, 2009 ; Shortell *et al.*, 2010 ; Mousquès et Lenormand, 2017 ; Lemaire, 2017). 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 » (Lascoumes et Le Galès, 2005). Comme dans le cas des MSP, les instruments mobilisés autour de cette expérimentation Ipep 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 acteurs des groupements. 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 aux niveaux national, régional et local comme montré pour les MSP (Vezinat, 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 (Akrichet *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 jusque-là peu travaillé ensemble (Fournier, 2014). D'autre part, la sociologie interactionniste (Strauss, 1992) a montré les difficultés ressenties par les acteurs dans leur pratique, 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, pluriprofessionnalité 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 Troisoeufs, 2018). Avec les nouveaux instruments que représentent les expérimentations telles qu'Ipep, 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 (Baszanger *et al.*, 2002 ; Bloy et Schweyer, 2010 ; Aynaud et Picard, 2011), les travaux en économie (McGuire 2000 ; Mc Guire et Pauly, 1991 ; Scott *et al.*, 2011 et 2018 ; Rice, 2012) soulignent la singularité de la relation médecin-patient-financeur. En économie, dans les théories relatives à l'étude de la relation entre offreurs de soins, assureurs-financeurs et patients-assurés, 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 à 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, diffi-

cile, voire impossible à observer, peut être approché par, notamment, 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 acteurs 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'efficacité, chacun présentant ses avantages et ses inconvénients, ce qui peut justifier de les combiner. Il est également à noter que 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 à l'acte de tous les professionnels. Ainsi, la comparaison avec les mécanismes de rémunérations 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 pluri-professionnelles (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 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. Trois tendances majeures se dessinent dans les pays dits à « systèmes de santé avancés » (Van Herck *et al.*, 2013 ; WHO, 2015 ; 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 l'encourager, voire promouvoir, l'intégration (Stokes *et al.*, 2018), la rémunération à la performance (P4P, WHO, 2017) 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), 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 d'Ipep, les deux dernières évolutions retiennent 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, les rémunérations à la performance, et des intéressements aux gains d'efficience.

3.2. Les attendus théoriques du modèle Ipep

Par construction, le modèle d'intéressement Ipep encourage les efforts de rationalisation de la production de soins en partageant les bénéfices générés en matière de dépenses de soins par patient avec les groupements de professionnels qui produisent ces soins. Comme c'est généralement le cas avec ce type d'intéressement, il s'appuie également sur un volet qualité destiné à promouvoir des gains d'efficience, *i.e.* éviter que les réductions des dépenses soient réalisées au détriment de la qualité des soins. Du point de vue de la relation d'agence, ce type de rémunération se justifie par la divergence entre, notamment, un objectif de maximisation du bien-être social, d'une part, et un objectif davantage tourné vers la maximisation de la santé, d'autre part. Par définition, le premier se soucie autant des bénéfices en santé que des dépenses encourues pour y parvenir et de leurs coûts d'opportunité, qu'elles soient financées par des fonds publics (dans le cas d'une assurance publique) ou par le biais de primes d'assurance ou de restes à charge. Si chacun des trois grands modes de rémunération des professions de santé a ses avantages et inconvénients, aucun n'est réputé pallier

cette divergence d'objectif. Un intéressement du type d'Ipep pourrait alors mieux aligner les objectifs de l'assureur et des producteurs de soins dont on peut par ailleurs penser qu'ils sont les mieux à même de déterminer des marges d'amélioration. Il s'appuie sur une rémunération complémentaire au modèle de rémunération existant, avec des modalités de mise en œuvre à rapprocher des *Accountable Care Organizations* (ACOs).

Les ACOs sont des organisations de niveau intermédiaire sous contrat avec un ou plusieurs financeurs publics ou privés qui coordonnent, voire organisent, l'intégration des offreurs de soins intervenant à différents niveaux (intégration verticale) ou dans différents secteurs (intégration horizontale). Par définition, les ACOs réunissent plusieurs structures dont au moins une de soins primaires ; leurs membres sont financièrement solidaires à travers un mécanisme de rémunération innovant qui combine un objectif commun de dépenses, un partage des risques avec l'assureur et un dispositif de rémunération de la qualité des soins. Les structures ayant contractualisé avec un ou plusieurs assureurs dans le cadre d'une ACO peuvent néanmoins accueillir tous les patients, quel que soit leur assureur. Les ACOs constituent une forme de délégation de responsabilité, de « décentralisation », d'une partie de la gestion des risques de la part des financeurs en direction des organisations intégrées. Il est attendu que ces organisations, en s'appuyant notamment sur le caractère incitatif de l'intéressement, soient capables, de façon complémentaire aux actions des financeurs, d'identifier d'éventuels problèmes d'efficacité et/ou de qualité, d'en comprendre les origines et de mettre en œuvre des actions appropriées pour générer des gains d'efficacité, sans perte en termes de qualité, voire avec des gains en la matière.

La diffusion de ce concept, de ce type d'organisation et des contrats y étant associés a pris son origine aux États-Unis (Fisher *et al.*, 2009 ; McClellan, 2010 ; Berwick, 2011 ; Barnes *et al.*, 2014 ; Muhlestein, 2014 ; Tu *et al.*, 2015 ; Shortell *et al.*, 2015), et a connu dans ce pays un développement rapide à la suite de la mise en œuvre de l'*Affordable Care Act* en 2012, au travers de programmes promus par les assureurs publics comme *Medicare*, avec le *Medicare Shared Savings Program* (MSSP), *Medicaid*, et des assureurs commerciaux qui ont aussi développé des programmes. Dans de nombreux autres pays, des expérimentations sont également en cours (Peiris *et al.*, 2018), dont le Canada et l'Australie (Pechkam *et al.*, 2020), et en Europe comme au Royaume-Uni (Pollock et Roderick, 2018 ; Morciano *et al.*, 2020), en Allemagne et aux Pays-Bas (Busse et Stahl, 2014 ; Schubert *et al.*, 2021), au Danemark et en Suède.

Dans le cas d'Ipep comme dans celui des ACOs, deux caractéristiques incitatives méritent d'être soulignées pour mieux appréhender les effets à attendre de ces modèles. D'abord, il s'agit d'une rémunération complémentaire et principalement axée sur l'évolution des dépenses. Si l'effort déployé pour générer une réduction des dépenses doit être répété à la période suivante pour maintenir cette réduction, il ne sera compensé qu'une seule fois. Ce type d'intéressement conduit donc à privilégier, parmi les efforts en faveur d'une rationalisation des soins, ceux à caractères plutôt ponctuels ou transitoires et associés à des perspectives de bénéfices durables, par exemple : les efforts nécessaires pour réorganiser la production des soins ou élaborer de nouveaux protocoles de soins, ainsi que la réaffectation des tâches entre les professions, dans la mesure où les temps de travail correspondant aux tâches réaffectées sont autant de temps libérés. Notons aussi que les attentes vis-à-vis de ce type de rémunération sont aussi très dépendantes de la situation initiale, et susceptibles d'avoir d'autant plus d'impact que ces marges d'améliorations sont importantes. Ainsi, si les groupements de plus grande taille sont plus susceptibles de pouvoir absorber les dépenses liées à la réorganisation, ou de disposer de suffisamment de tâches à réallouer pour justifier une embauche, ils sont aussi susceptibles d'être plus avancés en matière de rationalisation de la production des soins et donc de moins réagir à l'incitatif. Ensuite, la force de l'incitation dépend non seulement

du taux de partage des économies réalisées sur le périmètre sur lequel elles sont mesurées, de leur segmentation ou non par poste de dépenses, mais aussi de la possibilité de partager les pertes ou les économies le cas échéant. Par exemple, étendre les dépenses de soins incluses dans le périmètre présente l'avantage d'encourager le plus largement possible les initiatives, mais des inconvénients en termes de dilution des effets mesurés nécessitent que les professionnels aient la main sur les leviers à l'origine de ces dépenses. De ce point de vue, segmenter les dépenses peut améliorer la lisibilité et remédier au problème de dilution, mais peut entraîner des priorisations de certains postes au détriment d'autres, à moins que les hausses de dépenses ne soient pénalisées. Ainsi, la question du périmètre est déterminante, mais complexe, et fait intervenir de nombreux arbitrages très compliqués dans la conception et qui sont inhérents aux systèmes de santé considérés.

Les modalités de rémunérations proposées par les ACOs sont extrêmement hétérogènes et dépendent fortement de la nature du (des) financeur(s) avec lequel (lesquels) elles contractent (acte, capitation, budget global), et il en va de même de la qualité. En matière d'efficacité, on distingue différentes modalités de partage des risques, soit aucun transfert de risque et uniquement un partage des gains (le plus courant), soit un partage des gains et des pertes ce qui permet à l'ACO de conserver une partie plus importante des gains le cas échéant. Cette dernière modalité est désormais promue par *Medicare* avec le *Medicare shared savings program* (MSSP) qui est dorénavant majoritaire au sein de ce dispositif (Peck *et al.*, 2019 ; Gonzales-Smith *et al.*, 2020 ; Spivack, 2023).

Alors que les premiers contrats de type ACO remontent à moins d'une quinzaine d'années aux États-Unis et que les expériences dans d'autres contextes restent relativement modestes, il est encore difficile aujourd'hui de tirer des enseignements définitifs de leur impact. Toutefois, à partir de quelques revues de la littérature disponibles (Peiris *et al.*, 2018 ; Kaufman *et al.*, 2019 ; Wilson *et al.*, 2020 ; Spivack *et al.*, 2023) et d'études de cas qualitatives ou quasi-expérimentales analysant les différences en matière de dépenses et/ou de qualité des soins avant et après la mise en place des ACOs, et comparativement aux patients non couverts par une ACO, il est possible de tirer un certain nombre d'enseignements :

- Intéressement, partage de gains liés à la réduction des dépenses (*savings*) : si des gains ont pu être distribués, il est plus pertinent de s'intéresser à l'existence de réduction significative des dépenses comparativement à une période (avant) et un groupe de référence (contrôle). De ce point de vue, les résultats sont souvent modestes, mais significatifs pour nombre d'ACO et les effets sont souvent croissants avec l'ancienneté de l'ACO (Silow-Carroll et Edwards, 2013 ; McConnell *et al.*, 2017 ; Tipirneni, 2015 ; Nyweide *et al.*, 2015 ; Colla *et al.*, 2016 ; McWilliams *et al.*, 2014, 2018 et 2019 ; Mc Williams et Chen, 2020a, 2020b ; Schwartz *et al.*, 2016 ; Salmon *et al.*, 2012 ; Pham *et al.*, 2014 ; Brown, 2023). Des résultats similaires sont également observés pour des ACOs en zone rurale (Trombley *et al.*, 2019) ou celles sous contrat avec *Medicaid* (Rutledge *et al.*, 2019 ; Sabatino *et al.*, 2023 ; Dyer *et al.*, 2024).
- La baisse des dépenses est le plus souvent tirée par la diminution des recours à l'hospitalisation et/ou aux urgences (Barry *et al.*, 2015 ; Blewett *et al.*, 2015 ; Erler *et al.*, 2011 ; McClellan *et al.*, 2014 ; Nolte *et al.*, 2016 ; Tanio et Chen, 2013 ; Tipirneni *et al.*, 2015 ; Nyweide *et al.*, 2015 ; McWilliams *et al.*, 2018 et 2019 ; Mc Williams et Chen, 2020a, 2020b ; Trombley *et al.*, 2019 ; Kaufman *et al.*, 2019 ; Sabatino *et al.*, 2023).
- **Intéressement et liens avec l'amélioration de la qualité** : l'amélioration de la qualité des soins est variable selon les dimensions considérées (Song *et al.*, 2014 ; McWilliams, 2014 ; McWilliams *et al.*, 2015 ; Shortell *et al.*, 2015 ; Nyweide *et al.*, 2015 ; McWilliams, 2016a ; McWilliams, 2016b ; Kaufman *et al.*, 2019) : l'amélioration est significative

et non négligeable en matière de processus pour la prévention et les dépistages (Kaufman *et al.*, 2019 ; Wilson *et al.*, 2020) comme pour le suivi des personnes souffrant de pathologies chroniques (McWilliams *et al.*, 2015 ; Bleser *et al.*, 2018), significative et avec un lien modeste en matière de réduction des soins à faible valeur clinique (*low value care*), non démontrée en termes de mortalité (Spivak *et al.*, 2019).

Il convient de préciser que ces résultats sont obtenus en s'appuyant sur des formes extrêmement variées d'intégration et la mobilisation de capacités et capabilités par les organisations multiples entre ou au sein des ACOs (Mousquès et Lenormand, 2017 ; Lemaire 2017 ; Peiris *et al.*, 2018 ; Dyer *et al.*, 2024).

Nous pouvons noter des différences d'impacts attendus selon les territoires d'implantation des structures concernées du fait de ce que les territoires induisent en termes d'intensité de la concurrence (par la qualité) entre les offreurs, en termes d'équilibre et de rapport (de force) entre structures hospitalières et ambulatoires et, enfin, en termes de besoins des populations locales et de risques associés supportés (Ouayogodé *et al.*, 2017).

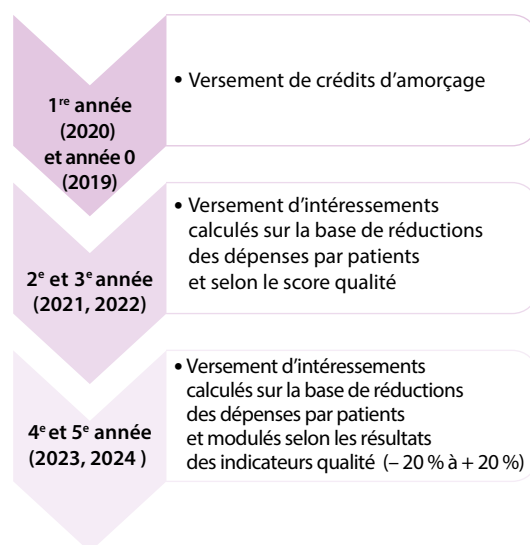
La nature du pilotage des ACOs, soit par des hôpitaux, soit par des structures de soins primaires semble déterminante : les ACOs pilotées par des organisations de soins primaires sont celles pour lesquelles la diminution des dépenses sur l'hôpital est le plus souvent significative ; *a contrario* de celles pilotées par des établissements de santé (McWilliams *et al.*, 2015, 2018 et 2019 ; Mc Williams et Chen, 2020a, 2020b). Toutefois, les ACOs pilotées par des structures de soins primaires sont également plus nombreuses en proportion à quitter les programmes de *Medicare*, ce qui est susceptible de biaiser les évaluations puisqu'on ne tient pas compte de leurs résultats, bien que ce ne soit pas clairement démontré (McWilliams *et al.*, 2020). Aussi, l'existence d'un processus explicite de sélection des membres de l'ACO selon des objectifs et valeurs communes est un facteur déterminant de la capacité à mettre en place des dispositifs d'amélioration de l'efficacité du parcours de soins (Brown *et al.*, 2023). Au-delà, les formes d'intégration, son intensité et son ampleur varient considérablement (Colla et Fisher, 2019 ; Dyer *et al.*, 2024). Les questions des pouvoirs respectifs, du leadership et de la gouvernance sont centrales, et la place faite aux professionnels de santé dans les décisions stratégiques est importante (Ouayogodé *et al.*, 2017). Enfin, d'un point de vue stratégique et opérationnel, selon les contextes de départ et les stades de maturité des projets, les éléments suivants sont assez régulièrement mis en avant (D'Aunno *et al.*, 2018 ; O'Malley *et al.*, 2019 ; Anderson *et al.*, 2019 ; Milenson *et al.*, 2019 ; Rosenthal *et al.*, 2019 ; Sabatino *et al.*, 2023 ; Kennedy *et al.*, 2018 ; Frazee *et al.*, 2019 ; Khullar *et al.*, 2024) :

- Le renforcement de la première ligne, des systèmes de communication formalisée, voire d'information partagée
- L'analyse et la segmentation avancées des patients à risque de ruptures dans les parcours
- Le développement d'une approche centrée sur le patient dans la globalité (implication dans la gouvernance, dispositif de retour d'information et d'expérience, décision partagée, orientation client) et de programmes transversaux de management des risques centrés sur les individus, pouvant aller jusqu'à une prise en compte de facteurs sociaux et économiques, de la gestion des transitions et des parcours, notamment entre soins primaires-hôpital-soins de suite et de réadaptation
- L'implication, la formation, l'accompagnement et la mise en place d'incitations financières internes des ressources humaines, voire l'allocation de ressources humaines spécifiques
- L'intégration effective avec l'hôpital ou la collaboration avec ce dernier
- La mise en place de dispositifs spécifiques de sortie de l'hôpital et de liens avec les soins de suite et de réadaptation et/ou les soins à domicile

3.3. Description du modèle Ipep

Le financement Ipep est pensé pour être mis en place par étapes, en lien avec sa dimension expérimentale. Les premières années sont perçues comme une période d'investissement où des « crédits d'amorçage » permettent de subventionner les groupements, avant un passage progressif à l'intéressement seul (schéma 6).

Schéma 6 Calendrier des financements dans le modèle Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)



Source : Enquête Era2.

Les modalités prévues en début d'expérimentation sont les suivantes :

Les financements « à l'intéressement » Ipep sont versés aux groupements expérimentateurs en fonction de deux composantes du modèle : l'efficacité et la qualité. Premièrement, les économies réalisées sont estimées en comparant la consommation de soins des patients affiliés aux médecins traitants du groupement à :

- La consommation de soins des patients du collectif l'année précédente (N-1)
- La consommation de soins au niveau national

Un point est calculé et valorise l'évolution plus favorable (à la baisse) des dépenses du groupement par rapport à l'évolution de celles du contrefactuel national du groupement (dit « ajusté ») ainsi qu'une meilleure performance des dépenses momentanées par rapport à la dépense moyenne nationale. Ces deux aspects sont valorisés uniquement positivement puis multipliés par la taille de la patientèle médecin traitant de la structure. En cas de performance négative sur l'évolution ou sur l'écart, la valeur est ramenée à zéro afin qu'un écart défavorable pour le groupement ne pénalise pas les efforts du groupement sur l'évolution et inversement (*cf.* restitution des données 2021, feuille 6). Par ailleurs, un poids plus important est donné à l'évolution des dépenses qu'à l'écart momentané par rapport à la cible nationale (2/3 contre 1/3). Enfin, les « économies » par patient sont reversées à la structure à hauteur de 50 %, selon la formule suivante, où des scores évolutions et écarts négatifs signifient un meilleur résultat que le comparateur national :

$$\text{valeur du point} = \left(\frac{2}{3} \max \{0, -(\text{score évolution})\} + \frac{1}{3} \max \{0, -(\text{score écart})\} \right) * 1 / 2$$

Le score associé à l'évolution favorable des dépenses correspond à l'écart entre la dépense par patient Ipep, en N, et ce qu'elle aurait été si elle avait évolué au même rythme que la dépense nationale. Ainsi, un groupement ne recevra d'intéressement que si les dépenses de santé associées à ses patients ont diminué plus vite (ou augmenté moins vite) que leur comparateur national.⁷ Avec *g* pour le groupement et *nat* pour le comparateur national ajusté :

$$\text{score évolution} = Dep_N^g - Dep_{N-1}^g * \frac{Dep_N^{nat}}{Dep_{N-1}^{nat}} ;^8$$

Enfin, le calcul du second score valorise la propension du groupement à dépenser moins que la moyenne nationale. Les écarts ne sont valorisés que s'ils représentent plus de 2,5 % de la dépense nationale à N.

$$\text{score écart} = \min \{ Dep_N^g - Dep_N^{nat} * 0.975, 0 \} + \max \{ Dep_N^g - Dep_N^{nat} * 1.025, 0 \}$$

Ces comparaisons sont ajustées selon les profils des patients du groupement (âge, genre, pathologies⁹, affiliation à la complémentaire santé solidaire, Accessibilité potentielle localisée (APL au médecin généraliste)¹⁰ de la commune de résidence du patient).

Enfin, un score de qualité sur 100 est établi à partir d'une dizaine d'indicateurs. Des objectifs dits « intermédiaires » et « cibles » sont fixés, à partir de la distribution des résultats des indicateurs calculés sur les territoires de vie santé¹¹ qui correspondent, lorsque l'indicateur est calculé au niveau national, à la moyenne nationale pour l'objectif intermédiaire, et à un score supérieur à celle-ci pour l'objectif cible. L'atteinte de ces différents objectifs, ou à défaut, l'évolution du groupement par rapport à son score à l'année N-1 permet d'établir le *scoring* des indicateurs. Pour les indicateurs qui ne sont pas calculés dans le SNDS, les objectifs sont fixés au sein de l'équipe nationale. De plus, un questionnaire d'expérience du patient rajoute jusqu'à 20 points de bonus à ce score de qualité. Une enveloppe totale de financement à la qualité est calculée pour l'ensemble des groupements Ipep, qui correspond à 0,2 % de l'ensemble des dépenses des patients des groupements. Chaque groupement se voit attribuer une part plafonnée de ce budget qui correspond à la part de sa patientèle

⁷ Plus précisément Dep_{N-1}^{nat} est une moyenne pondérée des dépenses des deux années passées $0.7Dep_{N-1}^{nat} + 0.3Dep_{N-2}^{nat}$.

⁸ Écriture équivalente utilisée dans les feuilles de restitutions aux groupements :

$$\left(\frac{Dep_N^g - Dep_{N-1}^g}{Dep_N^g} - \frac{Dep_N^{nat} - Dep_{N-1}^{nat}}{Dep_N^{nat}} \right) * Dep_N^g$$

⁹ Selon les « tops pathologie » de la cartographie de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnam), qui permettent le repérage de 56 pathologies par la Cnam.

¹⁰ L'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) décrit, pour les soins délivrés par les médecins généralistes d'une commune, l'adéquation entre l'offre et la demande. Il a pour ambition d'être un indicateur d'offre de soins plus fin que celui de la densité médicale, en prenant en compte à la fois les besoins de soins de la population, ajustés selon les tranches d'âges à partir des moyennes de consommation de soins ; le niveau d'activité des professionnels exerçant ; et enfin, la distance à l'offre de soins en prenant en compte les communes avoisinantes (Legendre, 2020).

¹¹ Les objectifs intermédiaires et cibles correspondent aux 3^e et 8^e déciles de la distribution des résultats des indicateurs pour un indicateur dont l'évolution est attendue à la hausse, et au 7^e et 2^e déciles pour une indicateur dont l'évolution est attendue à la baisse.

médecin traitant sur l'ensemble des groupements¹². Sur la dizaine d'indicateurs de qualité, sept sont calculés dans le SNDS, et trois indicateurs sont élaborés par l'équipe nationale et ses partenaires afin de mettre en œuvre des indicateurs spécifiques aux soins primaires. Enfin, les groupements devaient avoir l'opportunité de proposer jusqu'à trois indicateurs de qualité adaptés à leurs contextes locaux d'exercice.

Dans la seconde phase du modèle Ipep, l'intéressement devait dépendre à la fois des résultats d'un groupement en termes de réductions de dépenses et de score de qualité.

Dans la troisième phase du modèle, il était prévu que le score de qualité module de moins à plus de 20 % l'intéressement aux réductions de dépenses, et que ceux-ci ne suffisent plus à eux seuls à l'obtention de financements.

3.4. Les évolutions du modèle Ipep

Au cours de sa mise en place, Ipep a connu plusieurs évolutions par rapport au modèle économique initialement conçu. Ces évolutions sont liées pour certaines à des raisons techniques (difficultés de modélisation, d'accès aux données), pour d'autres à des raisons financières (nécessité de ne pas dépasser un certain seuil en vue d'une dissémination du financement incitatif), ou pour d'autres encore sont issues de négociations entre l'équipe nationale projet et des membres des groupements expérimentateurs.

Les évolutions les plus marquantes concernent :

- La tentative d'élaborer des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires, dont un questionnaire d'expérience du patient en soins primaires
- L'adaptation du modèle Ipep dans l'année 2020, en lien avec la pandémie de Covid-19
- La modification de la dernière phase du modèle économique
- La mise en place d'un ajustement territorial

Revenons sur chacune de ces évolutions marquantes.

3.4.1. La tentative d'élaborer des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires

L'expérimentation Ipep est apparue comme l'occasion de développer des indicateurs de qualité spécifiques aux soins primaires, en regard d'indicateurs déjà bien développés dans le secteur hospitalier depuis le milieu des années 2000 (Bertillot, 2016). En soins primaires, les données standardisées sont assez rares, en lien avec la faible structuration organisationnelle du secteur (Naiditch, 2020)¹³. La Rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) attribuée aux médecins généralistes est essentiellement calculée à partir d'indicateurs auto-

¹² Par exemple, si un groupement a une patientèle qui représente 5 % de la patientèle incluse dans l'expérimentation incitative à une prise en charge partagée (Ipep) au niveau national, son enveloppe qualité sera de 5 % du budget national.

¹³ Les professionnels libéraux n'ont aucune obligation d'utiliser un logiciel pour rentrer les informations de leurs patients. Les professionnels exerçant en Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) contractualisée ont en revanche l'obligation de mettre en place un logiciel pluriprofessionnel, qui s'ajoute souvent à leur logiciel professionnel. Cela génère des problèmes de double saisie et d'interopérabilité (possibilité d'échanger des informations entre logiciels de manière automatisée ou semi-automatisée). Les logiciels sont produits par des sociétés privées qui proposent une offre variée. Enfin, les professionnels font peu de saisie standardisée des données et privilégient la complétion individuelle des dossiers des patients, en saisie libre (Naiditch, 2020). L'ensemble de ces éléments rendent le recueil de données standardisées, voire automatisées, complexe en soins primaires.

matés basés sur la consommation de soins des patients, transmise par le circuit de paiement associé à la carte Vitale, et à partir de quelques indicateurs que les médecins déclarent individuellement entre décembre de l'année N et février de l'année N+1 (Brunn, 2020). Dans le cadre de l'expérimentation Ipep, les membres de l'équipe nationale et leurs partenaires ont cherché à élaborer plusieurs indicateurs de qualité novateurs.

ENCADRÉ 1

Les indicateurs de qualité nouveaux développés dans le modèle Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)

- Indicateur de prévention et de promotion de la santé, qui consiste en un questionnaire déclaratif, complété par les professionnels de santé et évalué par l'équipe nationale, en lien avec les référents régionaux et départementaux (ARS et assurance maladie).
- Indicateur de la qualité de la lettre de liaison à l'entrée à l'hôpital¹⁴ (recueil *ad hoc via* la remontée des données des professionnels de santé au travers des logiciels métier).
- Indicateur d'usage des dossiers numériques (dossier médical partagé, système e-parcours régional).
- Indicateur d'expérience du patient, recueilli par un questionnaire numérique à destination des patients de professionnels des groupements expérimentateurs.

L'objectif de l'équipe nationale et de ses partenaires a été de standardiser des indicateurs de qualité qui pourraient ensuite être automatisés à la fin de l'expérimentation, en vue d'une dissémination de leur utilisation. Cependant, leur élaboration et leur mise en œuvre a nécessité une grande charge de travail pour l'équipe nationale et leurs partenaires. Ils se sont confrontés à de nombreuses difficultés, telles que :

- Élaborer un questionnaire générique sur les actions de prévention et de promotion de la santé très hétérogènes des groupements et établir un score évaluant ces pratiques
- Prendre en compte d'importantes disparités régionales dans le déploiement des différents outils numériques pour l'indicateur d'usage des dossiers numériques
- Recueillir suffisamment d'adresses de patients pour l'indicateur d'expérience du patient
- Etc.

Plusieurs versions de ces indicateurs ont été testées au cours de la période expérimentale ainsi que plusieurs moyens de leur attribuer des scores de qualité.

En lien avec ces difficultés et la nécessité de prendre du temps pour élaborer ces indicateurs, ceux-ci n'ont pas pu être mis en œuvre comme prévu dans le modèle économique Ipep. Par exemple, le questionnaire d'expérience patient n'a pas permis d'attribuer des scores de qualité aux groupements en raison, entre autres, d'un trop faible nombre de réponses. Des moyens alternatifs d'évaluation ont alors été mis en œuvre (récompenser les groupements qui transmettent un certain nombre seuil d'adresses électroniques, récompenser la participation à des groupes de travail). À la fin de l'expérimentation, les indicateurs de prévention, de la qualité de la lettre de liaison, et d'usage des dossiers numériques n'ont pas pu être automatisés et en l'état ne peuvent pas aisément être disséminés à un grand nombre de groupements. Une dernière version du questionnaire d'expérience patient a été validée par la HAS et pourrait être mobilisée dans le cadre d'une dissémination d'Ipep.

¹⁴ Pour les patients adressés à un service d'urgence, que leur passage dans ce service ait été ou non suivi d'une hospitalisation.

3.4.2. L'adaptation du modèle Ipep dans l'année 2020, en lien avec la pandémie de Covid-19

La pandémie de Covid-19 est survenue la seconde année de mise en place de l'expérimentation et a grandement perturbé le calcul de l'intéressement. En effet, celui-ci est lié aux dépenses des patients qui ont fortement baissé en ville durant la période du premier confinement, mais ont nettement augmenté l'ensemble des dépenses, notamment en lien avec l'accroissement des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie. La pandémie a affecté également certains des indicateurs de qualité d'Ipep, liés à la gestion des parcours des patients à la suite d'hospitalisations.

Appliquer le modèle tel quel aurait pu valoriser des groupements qui ont peu suivi leurs patients durant la pandémie et, à l'inverse, dévaloriser des groupements s'étant beaucoup mobilisés. Les effets de la pandémie sur le modèle économique ont été trop importants pour être simplement neutralisés. L'équipe nationale a alors proposé les ajustements suivants pour l'année 2020 :

- L'année 2020 n'est pas prise en compte dans le calcul de l'intéressement Ipep
- Pour les groupements de la « vague 1 » (sélectionnés en 2018), les résultats de l'année 2020, calculés sur les données 2019, sont reconduits
- Pour les groupements de la « vague 2 » (sélectionnés en 2019), à qui le modèle n'avait pas encore été appliqué, un montant moyen de l'intéressement attribué aux groupements de la « vague 1 » est alloué par patient

De plus, plusieurs groupements ont demandé la prolongation de l'expérimentation, argumentant qu'ils n'avaient pas pu mettre en place d'actions spécifiques à Ipep dans cette année de forte mobilisation des soignants autour de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 puis de la vaccination. Cette demande a été refusée par le Comité technique de l'innovation en santé (CTIS) – le cadre légal de l'Article 51 prévoit un délai maximal de cinq ans pour une expérimentation, déjà atteint par Ipep. En revanche, l'équipe nationale a pris la décision de prolonger le mécanisme de garantie budgétaire (grâce auquel l'intéressement reste égal au montant des crédits d'amorçages si le résultat s'avère inférieur) pour une année supplémentaire.

3.4.3. La modification de la dernière phase du modèle économique

À partir de la troisième phase du modèle économique, l'intéressement Ipep n'est obtenu qu'en cas de réduction des dépenses et modulé par le score de qualité, alors qu'auparavant dans la seconde phase du modèle économique, les financements pouvaient être alloués en cas de gains de qualité uniquement (même sans réduction des dépenses). Cependant, en effectuant des simulations de cette phase, l'équipe nationale réalise que très peu de groupements obtiendraient de l'intéressement dans cette configuration. L'équipe nationale décide alors de réintégrer les gains liés à la qualité dans cette troisième phase du modèle économique. Cette décision est soutenue par le CTIS, dans un contexte où l'expérimentation Ipep a entraîné moins de dépenses que ce qui avait été initialement budgété. L'équipe nationale décide alors de mettre en place un « point de qualité » afin de réintégrer la qualité dans cette troisième phase sous une nouvelle forme. Le point de qualité est fixé à 10 centimes par patient, afin d'assurer « la stabilité du montant de l'enveloppe globale redistribuée aux groupements Ipep » (Document interne, rapport d'étape Ipep, 2022).

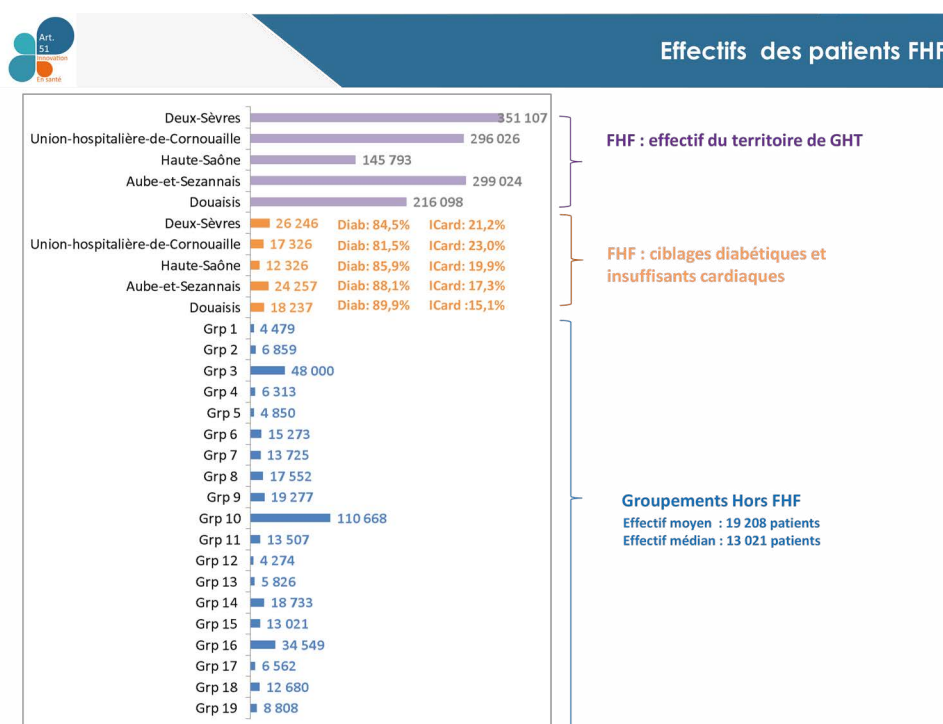
3.4.4. La mise en place d'un ajustement territorial

À la suite de la première année de mise en œuvre du modèle économique Ipep, l'équipe nationale constate d'importantes variations des résultats à l'intéressement, qui semblaient pour partie expliquées par des éléments contextuels d'exercice et, notamment, la densité de l'offre de soins, et non par des actions spécifiques mises en œuvre dans les groupements. Pour mieux saisir les actions spécifiques des groupements, l'équipe nationale a travaillé depuis 2021 à un ajustement de l'intéressement selon les départements.

3.4.5. L'adaptation du modèle Ipep à l'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP) portée par la Fédération hospitalière de France (FHF)

Alors que l'expérimentation Ipep prend en compte la patientèle affiliée aux médecins traitants d'un projet, les projets RP ciblent une population théorique concernée par deux pathologies (le diabète et l'insuffisance cardiaque) ce qui, en volume populationnel, est voisin en moyenne, d'après les données de la FHF (environ 19 000 habitants) des volumes des autres projets plus petits (schéma 7).

Schéma 7 Support de présentation du point de la Fédération hospitalière de France (FHF)



Source : Équipe projet Ipep du 7 septembre 2020 p. 10.

La notion d'« effectifs des patients » recouvre des grandeurs construites selon deux méthodes antinomiques :

- Ipep demande aux groupements de recenser les médecins traitants entrés dans la démarche et en déduit les « effectifs » du projet qui correspondent aux « patientèles médecin traitant » (graphique 1, effectifs en bleu des groupements 1 à 19).
- Le modèle RP recense des patients inclus dans un programme clinique (graphique 1, chiffres en orange).

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

3. Le modèle économique Ipep, ses inspirations et ses évolutions

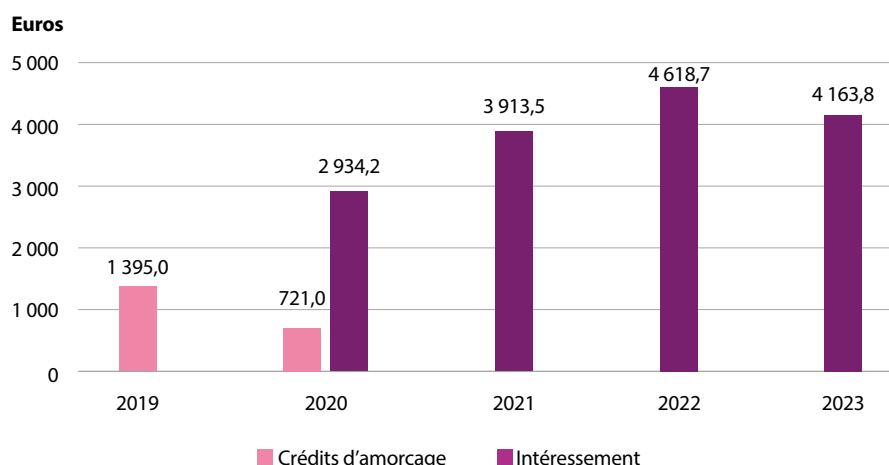
Irdes - mars 2025

Les règles d'Ipep ont alors été adaptées au cadre d'intervention des projets RP. Les équipes nationales projets ont proposé aux projets RP de considérer que l'on pouvait compter l'ensemble de la patientèle diabétique et insuffisante cardiaque d'un médecin lorsqu'un de ses patients fait partie du programme clinique. Quand un médecin a un patient de sa patientèle inclus dans le programme, on considère que ses autres patients cibles peuvent être en voie d'être intégrés. Cette manière de faire permet ainsi aux projets portés par la FHF de déployer leur démarche à partir de leur propre cadrage. Il n'est cependant pas possible de calculer un effectif de patients au démarrage du projet. Les « effectifs du territoire GHT » correspondent donc à une évaluation réalisée par les équipes de la FHF¹⁵.

3.5. Ipep en quelques chiffres

Entre 2019 et 2023, près 17746 000 € ont été versés dans le cadre de l'expérimentation Ipep, crédits d'amorçage pour 2116 000 € et intéressements pour 15630 000 € (graphique 1).

Graphique 1 Montants versés dans le cadre de l'expérimentation Ipep (en milliers d'euros)



Ipep : Incitation à une prise en charge partagée

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

¹⁵ Il s'agit d'un algorithme qui s'appuie sur des données d'hospitalisation et de consommation de soins sur cinq ans et qui permet de définir un territoire géographique autour d'un Groupement hospitalier de territoire (GHT).

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Les résultats présentés dans cette partie sont issus d'une approche sociologique compréhensive des pratiques des professionnels des groupements expérimentateurs, en inscrivant leur analyse dans des processus plus larges que la seule participation à l'expérimentation Ipep. 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 cinq études monographiques détaillées conduites au sein de différents groupements expérimentateurs. Ceux-ci ont été sélectionnés pour appréhender la diversité des configurations existantes, et donner à voir des situations contrastées. Si elles ne visent pas à quantifier les processus étudiés, elles éclairent finement les dynamiques en cours dans des groupements expérimentateurs, désignés par des pseudonymes.

Afin de faciliter la lecture, cette partie est structurée pour répondre à des questions telles que : qui sont les expérimentateurs sélectionnés et quelles sont leurs logiques d'engagement ? Quelles pratiques locales et quelles appropriations de l'expérimentation Ipep ? Au début de chaque sous-partie figure un encadré de synthèse résumant les principaux résultats. Suivent ensuite des illustrations de ces résultats issues des monographies réalisées.

4.1. Qui participe à l'expérimentation Ipep ?

4.1.1. Qui sont les expérimentateurs sélectionnés ?

Vingt-neuf groupements sont sélectionnés pour rejoindre l'expérimentation, en deux vagues, en 2018 et 2019. Cette sélection, opérée parmi une centaine de candidatures, s'appuie sur des critères définis dans le cahier des charges de l'expérimentation, tout en autorisant une certaine souplesse : le choix a notamment été fait de ne pas définir ce qu'était un « groupement », pour favoriser l'engagement de structures diverses. Il s'agit surtout pour l'équipe nationale projet de promouvoir des initiatives de terrain dont les porteurs manifestent le souhait de « travailler ensemble ».

La sélection des groupements qui rejoignent l'expérimentation Ipep a lieu en deux vagues, en 2019 et 2020.

En 2019, l'équipe Ipep reçoit 78 candidatures en réponse à l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) puis en sélectionne 18, en s'appuyant sur des critères tels que le nombre de patients inclus dans l'expérimentation, ou le fait que les groupements favorisent une approche générale de la patientèle d'un territoire. Un premier compromis est cependant fait sur ce dernier point puisque les candidatures hospitalières, du fait de la spécialisation médicale, reposent toutes sur une ou deux pathologies et auraient dû être exclues de l'expérimentation. L'équipe natio-

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

nale Ipep choisit finalement d'accepter les candidatures de groupements travaillant sur au moins deux pathologies chroniques afin de pouvoir inclure des acteurs hospitaliers.

La volonté initiale de l'équipe nationale projet d'Ipep était en effet de rassembler de façon souple les initiatives du terrain, de ne pas discriminer les projets *a priori*, et de permettre à des initiatives portées par des organisations de différentes tailles d'entrer dans Ipep, à partir du moment où les acteurs exprimaient la volonté de travailler ensemble. La notion de « groupement » a ainsi permis d'intégrer toutes les initiatives :

« – Ces différences de taille que l'on retrouve dans Ipep, avec de gros groupements et des petits, c'était voulu dans la sélection des candidats ?

Enquêtrice

– C'est arrivé comme ça. Mais comme on a opté pour une absence de définition des groupements... [...] Si les gens ont envie de travailler ensemble, ça compte. »

Équipe nationale projet Ipep

En 2018, 18 groupements sont ainsi sélectionnés (dont un engagé en parallèle dans Peps), dans 10 régions différentes : 7 sont portés par des structures hospitalières, 4 par des groupements ville-hôpital (CPTS ou autre type d'associations avec pour objet une coordination intersectorielle), et 7 par des maisons de santé seules (Morize *et al.*, 2021). En 2019, 11 groupements supplémentaires sont sélectionnés sur 19 candidatures : 2 groupements hospitaliers, 5 groupements ville-hôpital, 1 MSP, 3 CDS (*cf.* Liste en partie 1.1.4).

Une diversité de groupements, comportant une ou plusieurs entités, et dont la composition évolue tout au long de l'expérimentation

Des groupements qui se différencient selon les caractéristiques suivantes :

- Des organisations de soins primaires ambulatoires (Maisons de santé pluri-professionnelles-MSP, Centre de santé-CDS et Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS), et des organisations hospitalières
- Des expérimentateurs libéraux et d'autres salariés
- Des projets reposant au minimum sur 5 000 patients médecin traitant, dont certains de taille beaucoup plus importante et traités différemment des autres

Des groupements dont les configurations évoluent au fil du temps : au gré du développement des CPTS... et des mouvements d'équipe.

Des frontières poreuses entre les groupements portés par des MSP et par des CPTS.

Des groupements fortement engagés : 28 groupements sont encore dans l'expérimentation en 2024, un seul groupement a quitté l'expérimentation en 2023.

Carte 1 Les 29 groupements Ipep

26 groupements participants à l'expérimentation.

Dans 14 régions :



Vague 1	Vague 2
MSP du Pont d'Ain	CPTS de Vénissieux
Apep Alpine	Pôle de santé les Allymes
Groupe de MSP amandinoise et de Neuvy sur Loire	Amazonie française (CH de Cayenne)
MSP Saint-Claude	CPTS Nord Essonne Hygie (Institution Hygie)
GHT Haute-Saône	Tip@Santé (CPTS)
GCS Alliance Cornouaille santé	CH de Carentan
Groupe de MSP Orléanais	CPTS de Colomiers
GHT Aube et Sézannais	CPTS de la Riviera française
CHU de Lille	3 groupements Epidaurie en cours d'intégration
MSP Liberté Pôle Santé	
Comité Ville-hôpital Douaisis	
CPTS du 13 ^{ème} et 14 ^{ème} Paris	
CPTS de la Bièvre (94 Ouest)	
Centre hospitalier Jean Verdier/ CPTS Bondy-Bobigny	
CPTS du Niortais (GHT Deux-Sèvres)	
Ange Gardien	
MSP Bel Air Carpentras	
GAMME 53	

Source : Extrait de la présentation par l'équipe nationale au lancement de la vague 2.

Dans la carte 1, le tableau ci-dessus recense les groupements selon leur vague d'entrée, et la carte précise leur localisation géographique. Ils comportent plusieurs types d'entités (MSP, CPTS, CDS, Centres hospitaliers-CH) présentant des caractéristiques variées.

La diversité des groupements repose sur plusieurs dimensions :

- **Les organisations de santé porteuses** des projets proviennent de secteurs différents : soins primaires (MSP, CDS, CPTS¹⁰), soins hospitaliers (CH, groupements hospitaliers territoriaux, groupements de coopération sanitaire)
- **Les expérimentateurs** possèdent des statuts différents : professionnels de santé libéraux ou professionnels salariés (dont certains sont professionnels de santé, mais pas tous)
- **Leurs tailles** peuvent varier. Le dossier de candidature imposait une taille minimale : « Participation d'un nombre minimal de médecins traitants parmi les membres du groupement afin d'atteindre un volume minimal de 5 000 patients ayant déclaré un médecin traitant ». Pour autant, l'intégration à Ipep de l'expérimentation Responsabilité populationnelle (RP) portée par la Fédération de Chessois a introduit une variation dans la taille des groupements, ces derniers s'appuyant sur une patientèle théorique largement supérieure à celle de certains groupements portés par des organisations de santé ambulatoire.

Les frontières entre les groupements « MSP » et les groupements « CPTS » restent poreuses, justifiant le choix méthodologique de nombreuses analyses communes dans ce rapport. Lorsque cela est possible, nous montrerons l'articulation entre ces deux organisations aux missions différentes.

¹⁰ Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), bien que n'étant pas productrices de soins ont notamment comme mission d'organiser les parcours des patients entre la ville et l'hôpital. Étant portées par des professionnels de santé libéraux, nous considérons qu'elles sont du côté « ambulatoire ».

Choix méthodologiques

Au cours de ce rapport d'évaluation, de nombreuses analyses seront communes aux Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et aux Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). L'objectif de cet encadré est de justifier ce choix méthodologique, assis sur les résultats empiriques de l'enquête qualitative.

Les CPTS ont une existence légale depuis 2016 : cependant, jusqu'en 2019, il n'existait pas de financement dédié à ces organisations à l'échelle nationale. Même si quelques Agences régionales de santé (ARS) avaient initié des financements régionaux pour les CPTS, leur essor ne commence qu'en 2019, grâce à l'établissement d'un Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) permettant leur contractualisation. Les CPTS se développent alors rapidement : elles étaient 450 en 2019, et 756 en 2022 (Rapport « Tour de France des CPTS », 2023).

Dans les groupements ayant candidaté à l'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) en 2018, il n'est donc pas surprenant d'avoir proportionnellement moins de CPTS qu'en 2019. Les CPTS ayant candidaté en 2018 ne bénéficiaient pas encore d'un ACI, mais étaient déjà soutenues par des financements régionaux. De plus, la plupart des CPTS participant à Ipep sont portées par des MSP, à l'exception de quelques rares contre-exemples comme la CPTS de Balachon.

En revanche, la totalité des MSP engagées dans Ipep participent également à une CPTS, dont elles sont porteuses dans une large majorité des cas. La grande majorité de ces CPTS bénéficie d'un financement dans le cadre d'un ACI, signé le plus souvent entre 2019 et 2021.

Si le projet Ipep est porté de manière administrative tantôt par des MSP, tantôt par des CPTS, les frontières entre ces organisations sont d'autant plus poreuses que ce sont souvent les mêmes professionnels qui les mettent en œuvre. Il n'est donc pas rare que le projet initialement pensé à l'échelle de la MSP soit finalement mis en place à l'échelle de la CPTS. Les crédits alloués à la CPTS sont parfois versés provisoirement sur la structure juridique de la MSP, avant la fondation plus formalisée d'une association spécifique. Cette porosité entre les deux types d'organisations justifie pleinement une analyse commune des reconfigurations des dynamiques organisationnelles dans le cadre de l'expérimentation d'Ipep.

Les différences de missions entre la MSP (qui rassemble des professionnels de santé libéraux effecteurs de soins développant un travail de concertation auprès de leur patientèle commune), et la CPTS (qui, à l'échelle d'un territoire, s'engage sur des missions d'amélioration de l'accès aux soins, d'organisation des parcours des patients, de prévention et de planification des réponses aux urgences sanitaire) sont très claires pour les porteurs de projets. L'exemple suivant illustre le fait que le développement de la CPTS de son territoire permet à ce médecin de répondre à sa préoccupation sur les soins non programmés :

« – On a parlé de vos collaborations internes à la MSP, mais quid de vos collaborations externes ? Est-ce que par exemple vous êtes dans une CPTS ?

– Oui, oui. On collabore aussi, parce que justement, nous, nous sommes un des précurseurs qui a réfléchi à l'organisation des soins non-programmés. Nous sommes dans une zone déficitaire en médecins, donc vous avez énormément de patients qui se retrouvent sans médecin traitant ou qui n'ont pas accès à leur médecin qui est débordé. [...] On est en train de réfléchir avec la CPTS sur la mise en place d'un Service d'accès aux soins (SAS). »

Médecin généraliste libéral,
MSP Reverdin

En outre, la composition des groupements évolue avec le temps.

Cette évolution est due en partie au calendrier de déploiement des CPTS qui est concomitant avec celui des projets Ipep, et au caractère mouvant des organisations de professionnels : dans les projets de la vague 1, trois projets sont officiellement portés par des CPTS. Le projet Grezin (qui repose sur deux CPTS), et la CPTS du Canal, sont des CPTS s'étant structurées en tant que telles avant le démarrage de l'expérimentation. La CPTS d'Eyrigues, structure officiellement porteuse d'un des projets porté par la Fédération de Chessois, signera

quant à elle son ACI en cours d'expérimentation, si bien que ses actions démarreront à partir de 2022 avec la création d'une cellule de coordination et le recrutement de deux infirmières salariées ayant pour mission principale de dépister et sensibiliser les personnes à risque et de coordonner les parcours de santé ; dans ce cadre, un lien administratif est établi avec le CH, qui perçoit les subventions et les reverse à la CPTS. Un nombre plus important de CPTS sont présentes dans l'absolu et proportionnellement en vague 2 comme porteuses de projet Ipep.

Certains projets portés par des MSP mentionnent au démarrage un projet de CPTS et une évolution du périmètre d'Ipep. Par exemple, le groupement de santé Grand Mont est une association loi 1901, créée au printemps 2019. Il rassemble la MSP de Fréjoul et celle de Servoisins. Ces deux MSP sont implantées dans des départements voisins, et mettent en place un même programme de prévention, ce qui motive leur candidature commune. Les financements Ipep sont d'abord versés à l'association Grand Mont qui réunit les deux MSP, puis répartis par les professionnels de santé à parts égales entre les deux organisations. Ces deux MSP sont en cours de lancement d'une CPTS au moment où elles candidatent à Ipep. La CPTS se développe difficilement à Fréjoul, mais prend un essor important à Servoisins. À partir de 2021, les professionnels de Servoisins déploient le programme de prévention à l'échelle de la CPTS, et redirigent les financements Ipep vers celle-ci.

Si les CPTS n'entrent pas toujours dans le groupement de façon officielle, elles deviennent progressivement des interlocutrices des expérimentateurs comme dans le projet Charmois porté par un Groupement hospitalier territorial (GHT) [cf. 4.2.3].

L'évolution est également due parfois à des mouvements d'équipe ou à des retraits de certaines personnes motrices du projet, qui peuvent conduire à reconfigurer le fonctionnement des groupements. Un regroupement de plusieurs MSP (Association départementale Ensemble), coordonné par une Plateforme territoriale d'appui (PTA), s'est par exemple scindé en deux groupements au cours de l'expérimentation. Le groupement de Jontagne a également connu ce type de retrait : il était initialement porté par des professionnels libéraux exerçant en MSP et porteurs également d'une CPTS en cours de structuration, ainsi que par un hôpital de proximité. Les professionnels libéraux et hospitaliers ont rencontré des difficultés pour s'entendre sur la gouvernance de l'expérimentation et sur l'utilisation des financements. L'hôpital de proximité a finalement quitté l'expérimentation, tandis que la CPTS a maintenu sa participation à Ipep avec un nouveau projet.

Globalement, l'enrôlement des équipes dans l'expérimentation est fort : un seul groupement a tardivement quitté l'expérimentation, au cours de l'année 2023, estimant être allé au bout du projet mis en place dans le cadre de l'expérimentation ; et un second groupement, s'il n'a pas formellement demandé à sortir de l'expérimentation, n'interagit plus avec l'équipe nationale. La solidité de cet enrôlement est également liée à la nature du financement Ipep : celui-ci contraint faiblement les groupements, leur permettant, lorsqu'ils obtiennent des financements, de développer des projets locaux généralement préexistants, comme nous le verrons plus loin.

Des professionnels porteurs partageant certaines propriétés

Dans les groupements portés par des structures de soins primaires, qu'il s'agisse de structures réunissant des professionnels de santé libéraux (Maisons de santé pluriprofessionnelles-MSP ou Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS), ou de structures dans lesquelles les professionnels de

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

santé salariés (Centres de santé-CDS), on retrouve des expérimentateurs déjà expérimentés...

...qui ne sont pas toujours les interlocuteurs habituels du cadre conventionnel

...mais qui appartiennent toutefois souvent à des syndicats ou des fédérations professionnelles

...et sont souvent déjà rompus au travail collectif du fait de leur engagement dans le mouvement de structuration des soins primaires

Dans les groupements portés par des structures hospitalières, on retrouve :

- Des expérimentateurs ayant un parcours les ayant amenés à porter un regard hors de l'hôpital et sensibilisés ainsi à l'intérêt d'une démarche expérimentale telle que celle d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)
- et des structures hospitalières qui soutiennent cette approche du point de vue de la politique de la structure.

Dans les organisations libérales de soins primaires, les professionnels de santé qui candidatent à l'expérimentation Ipep ont des profils particuliers. Ils possèdent un certain nombre de ressources qui leur permettent d'être sélectionnés dans l'expérimentation (Morize *et al.*, 2021). 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 donnant accès à ces informations rapidement. Ces MSP et CPTS disposent également parfois de ressources humaines, telles que des coordinatrices administratives, qui réalisent une veille des appels à projets. Ensuite, la rédaction de dossiers de candidature conformes aux attentes des équipes nationales demande également des ressources humaines et cognitives. Certains professionnels mobilisent de la littérature scientifique ou des analyses statistiques pour mettre en avant leur projet de santé. Des expériences antérieures de rédaction de dossier de candidature s'avèrent alors précieuses pour compléter les dossiers de candidature. Ces ressources sont cumulées par des organisations dont les porteurs participent souvent aux réformes des soins primaires depuis plusieurs années, au travers de la mise en place des structures d'exercice coordonné et du développement des collaborations interprofessionnelles.

« C'est dans notre ADN de proposer de nouveaux modes de rémunération. Cela a été le moteur de la création des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération d'équipe. Mais il y a beaucoup d'équipes qui étaient dans Paerpa [Parcours santé des aînés]... [À] un moment donné, vous allez trouver une maison de santé, soit en tant qu'animateur, soit en tant qu'initiateur de l'Article 51. Dès qu'il y a un forfait ou un protocole de coopération ou un truc innovant en termes de soins primaires, vous allez trouver une maison de santé, derrière. »

Médecin généraliste libéral,
Association départementale Ensembles

La plupart des CPTS candidatant à Ipep émergent d'ailleurs de MSP antérieurement structurées, dont les porteurs cherchent à étendre l'action à une échelle territoriale. Ces porteurs ont souvent des engagements dans des syndicats de médecine libérale, dans des fédérations pluriprofessionnelles ou dans des Unions régionales de professionnels de santé (URPS) libéraux. Ainsi, dans l'expérimentation Ipep, les trois quarts des organisations sont représentées par au moins un médecin avec ce profil.

Les médecins généralistes « porteurs » des projets Ipep partagent une vision holistique de la santé et cherchent à intégrer davantage de prévention, de promotion de la santé, voire une meilleure prise en compte des situations sociales des patients dans leur prise en charge. Ce sont également des professionnels promoteurs de la coopération interprofessionnelle, qu'ils appréhendent comme une voie de réforme des soins primaires dans un contexte de baisse de la démographie médicale. De plus, ils conçoivent les partenariats avec les pouvoirs publics (comme au travers de cette expérimentation) comme un moyen de développer cette coopération interprofessionnelle, ce qui explique également leur participation antérieure à d'autres financements publics. Enfin, ces médecins se montrent plutôt critiques concernant le paiement à l'acte, même si leur critique reste modérée : ils envisagent les financements complémentaires comme un moyen de compenser les défauts du paiement à l'acte, notamment dans la prise en charge de malades chroniques ou de patients âgés.

« C'est sûr que quand on va voir son médecin pour une angine, c'est bien d'être payé à l'acte. C'est une consultation, ça dure dix minutes, un quart d'heure, on paie, voilà, c'est bon. Mais, quand on est diabétique et que l'on va voir le médecin, l'infirmière, le pharmacien, le podologue, le diététicien et le psychologue, là, on peut se poser la question de nouvelles modalités de financement et qui permettent, à la fois la coordination, mais aussi la cohérence entre les actions qui sont portées, et pas un enchaînement d'actes, qui permettent aussi le lien, éventuellement, avec l'endocrinologue, avec le diabétologue, avec le deuxième recours et l'hôpital. »

Médecin généraliste libéral,

Association départementale Ensemble, 04/21

En CDS, dans les organisations de soins primaires où les professionnels sont salariés, on observe une professionnalisation de l'expérimentation par nécessité, liée au manque de ressources. Les CDS qui entrent dans Ipep souhaitent participer aux expérimentations pour être aux premières loges des évolutions possibles, pour faire valoir leur modèle et leurs spécificités, et pour obtenir des crédits complémentaires pour déployer leurs actions et leurs recherches.

Ce format expérimental entraîne ainsi un renouvellement des professionnels susceptibles de participer aux négociations avec les pouvoirs publics, en dehors du cadre conventionnel habituel. En effet, dans le cadre conventionnel, seuls accèdent aux négociations des membres de syndicats jugés représentatifs par le ministère de la Santé. Les processus expérimentaux se veulent ici plus ouverts, et malgré la forte présence d'acteurs syndiqués et de médecins généralistes, de nouveaux acteurs participent à ces échanges. Pour les organisations libérales, on observe la participation de jeunes médecins généralistes, que ce processus participe à acculturer aux relations avec les pouvoirs publics ; de professionnels paramédicaux qui ne sont pas nécessairement syndiqués ; ou encore de coordinatrices salariées dont la présence aux réunions avec l'équipe nationale s'inscrit pleinement dans le faisceau de tâches.

Concernant les porteurs de projets hospitaliers, ce sont surtout des médecins spécialistes, des responsables administratifs et des infirmiers exerçant des fonctions transversales (coordinateur, chargé de mission, responsable de programme d'Éducation thérapeutique du patient-ETP...) que l'on retrouve comme interlocuteurs de l'équipe nationale projet dans les groupements portés pas des structures hospitalières. Ainsi, le projet du Centre hospitalier universitaire (CHU) Garlindoit est co-porté par un médecin de santé publique formé à la médecine générale, à la gériatrie et en anthropologie, ayant travaillé dans l'administration de la santé avant de rejoindre le CHU de Garlindoit sur des fonctions transversales (projet d'établissement, stratégie...). Une infirmière hospitalière, déjà engagée dans l'éducation

thérapeutique est à mi-temps sur le projet sur le même axe. Un autre exemple est offert dans le projet porté par le CH Harrowski, mené par un médecin endocrinologue dans le cadre de la création d'un service de diabétologie. Enfin, dans le projet ville-hôpital Jontagne, le porteur hospitalier est un médecin interniste qui se dit marqué par l'observation qu'il a pu faire sur « *l'aval des urgences* » à l'occasion d'un stage dans une Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) d'un hôpital parisien. Les projets portés par la Fédération de Chessois reposent, eux, le plus souvent, sur une configuration¹¹ de portage caractérisé par la présence de plusieurs catégories d'acteurs : des directeurs d'hôpitaux moteurs pour s'engager dans l'expérimentation de la Fédération de Chessois avec des initiatives hospitalières témoignant d'un intérêt pour la dimension extra-hospitalière ; des membres des équipes porteuses ayant un parcours professionnel les ayant sensibilisés à une approche qui va au-delà de l'hôpital. En effet, les projets hospitaliers ont pour spécificité de reposer sur différents niveaux de portage (technique, politique).

4.1.2. Quelles logiques d'engagement dans l'expérimentation Ipep ?

Certaines logiques d'engagement, décrites en détail dans l'article de Vincent Schlegel (2022)¹² pour les structures libérales et dans celui de Julia Legrand et Laure Pitti (2024)¹³ pour les CDS, sont partagées par toutes les équipes expérimentatrices, tandis que d'autres sont plus spécifiques à certains types de groupements.

Ce qui est commun à tous les expérimentateurs : le souhait de disposer de ressources supplémentaires pour influencer l'organisation de la santé à l'échelle d'un projet sur un territoire identifié, ou pour influencer le changement au niveau des politiques publiques elles-mêmes.

Ce qui peut varier selon les types de groupements :

Dans les groupements portés par des MSP, les engagements dans l'expérimentation incitation à une prise en charge partagée (Ipep) suivent une logique qui découle des propriétés des expérimentateurs (cf. 3.1.1). Leur engagement permet ainsi de prolonger leur intérêt pour :

- **une approche globale de la santé qui va au-delà du soin curatif symptomatique**
- **une diversification des modes de rémunération en lien avec cette approche globale, et qui est également associée à un travail en équipe pluriprofessionnel**
- **la dimension entrepreneuriale attachée à la démarche de ce type de projets**

¹¹ Les configurations d'acteurs évoluent si bien qu'il est difficile de stabiliser un modèle unique une fois pour toutes.

¹² <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.html>

¹³ <https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-285-mise-en-oeuvre-effets-et-usages-de-l-experimentation-peps-dans-16-centres-de-sante.html>

Dans les groupements portés par des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), on retrouve :

- des logiques d'engagement similaires à celles décrites ci-dessus, puisque les porteurs de CPTS sont majoritairement des médecins généralistes porteurs de Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)
- un souhait d'élargir la construction d'une coordination autour d'une patientèle, à une dimension territoriale
- une congruence entre les objectifs d'Ipep et ceux de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) des CPTS. Les porteurs de MSP qui s'engagent dans des projets de CPTS peuvent trouver, dans l'ACI CPTS et dans Ipep, un cadre et des moyens supplémentaires pour développer des projets territoriaux qu'ils n'avaient pas la possibilité de mener dans le cadre de leur MSP

Dans les groupements portés par des Centres de santé municipaux (CMS), l'engagement dans Ipep répond à une logique à la fois globale et spécifique. La logique globale est la défense d'une vision de la santé comme bien public, et d'un système public de santé favorisant l'accès aux soins. Il s'agit de rendre visibles et de légitimer une organisation et des pratiques centrées sur l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus vulnérables. L'engagement dans Ipep, spécifiquement, a pour objectif de pérenniser des financements fragiles, et d'obtenir les moyens de piloter leur activité par la création d'un entrepôt de données.

Dans les groupements portés par des structures hospitalières, l'engagement dans Ipep suit une logique institutionnelle ou une organisation préalable :

- accompagner les transformations de l'hôpital public au gré des différentes réformes et (notamment la Loi de santé de 2016 créant les Groupements hospitaliers de territoire-GHT)
- prolonger ou développer des filières de prise en charge par pathologie

Il s'agit ainsi de développer une organisation territoriale de santé en s'appuyant sur l'existant.

À noter : les projets portés par des fédérations professionnelles, qu'elles regroupent des acteurs de soins primaires (Bantel) et/ou hospitaliers (Fédération de Chessois), cherchent également à influencer le changement au plan des politiques publiques.

Dans l'ensemble des groupements expérimentateurs, quel que soit le type de portage, l'engagement dans l'expérimentation Ipep est principalement motivé par une recherche de financements complémentaires aux autres financements déjà mobilisés, pour financer des pratiques déjà en place, ou déjà envisagées. Ainsi, l'expérimentation Ipep n'initie pas de nouvelles dynamiques, mais peut participer à les développer ou les amplifier. Les projets envisagés par les professionnels de santé diffèrent cependant fortement selon le type de structure.

Du côté des structures de soins primaires et des CPTS, les pratiques que les équipes cherchent à développer, s'inscrivent dans le mouvement de l'exercice coordonné. C'est le cas à la fois en MSP (nombreuses dès la première vague de sélection), en CPTS (plus nombreuses en 2^e vague) et en CDS (en 2^e vague, en complément de Peps).

Nous développons tout d'abord l'exemple d'une MSP entrée dans l'expérimentation en vague 1 (2019). La MSP de Vosgirard a été fondée en 2006 et a participé à l'expérimentation des nouveaux modes de financements, autour du désir de développer davantage de

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

coopération entre professionnels de santé de soins primaires. Cette coopération s'incarne notamment dans le développement de plusieurs protocoles de coordination mis en place dans la MSP, sans lien avec le développement d'une CPTS sur le territoire à laquelle participent certains professionnels de la MSP. Les coopérations interprofessionnelles reposent notamment sur une infirmière Asalée et sur le salariat d'une infirmière dite « de parcours », financée par des aides à l'embauche d'assistantes médicales. L'expérimentation Ipep permet de pérenniser son poste, et de recruter une nouvelle infirmière « de parcours ». Ces infirmières sont en charge du suivi des patients : elles les appellent fréquemment pour leur demander des nouvelles, notamment en sortie d'hospitalisation, participent à leur éducation à la gestion de leur maladie, prennent pour eux des rendez-vous auprès de spécialistes, gèrent l'accueil des nouveaux patients.

« C'est tout dans le but de dégager du temps aux médecins, ils le faisaient, ça, avant, les médecins. »

Infirmière salariée « de parcours »,
MSP de Vosgirard)

Dans le cadre de l'expérimentation Ipep, les professionnels de la MSP développent deux nouveaux protocoles de coordination dans la prise en charge de deux pathologies : l'insuffisance rénale chronique et/ou cardiaque. Les médecins généralistes bénéficient également d'une formation financée par Ipep autour de ces deux pathologies. Ces dernières sont ciblées par les médecins généralistes, car ils les perçoivent comme des thématiques de prise en charge dans lesquelles ils peuvent s'améliorer et réaliser des réductions des dépenses de leurs patients. En ce sens, le modèle économique participe à orienter leur projet de santé.

« L'objectif était un peu d'avoir des sous, c'était de savoir un peu le degré de progression qu'on avait. Alors, pour l'insuffisance cardiaque, je pense que c'est parce que certains de mes collègues avaient l'expérience de patients qui avaient cette problématique-là, qui ont été réhospitalisés plusieurs fois derrière, enfin, ils savaient qu'il y avait une problématique au niveau de la prise en charge. Ça posait question. Sur l'insuffisance rénale, je pensais que déjà un, les néphrologues nous prenaient beaucoup la main sur ces insuffisants rénaux, alors qu'il n'y avait pas grand-chose de très spécifique et spécialisé à faire, et qu'ils commençaient à être surchargés de travail. »

Médecin généraliste libérale,
MSP de Vosgirard)

Nous prenons ensuite l'exemple d'une CPTS entrée dans l'expérimentation Ipep en vague 2 (2020). Il s'agit d'une structure de premier recours, aux porteurs libéraux. La CPTS de Balachon est fondée en 2019, sous forme associative. Contrairement à la plupart des CPTS participant à Ipep, cette CPTS n'est pas fondée à la suite d'une MSP, mais par des professionnels libéraux exerçant de manière majoritairement isolée, sur la commune de Balachon. La CPTS, non conventionnée au moment de l'entretien en 2021, est portée par deux médecins généralistes, l'un étant syndiqué et engagé dans l'URPS locale, laquelle soutient le projet de CPTS. Ce dernier vise à organiser l'offre de soins sur le territoire « à la main des libéraux ». Entre 2019 et 2021, les professionnels organisent plusieurs groupes de travail pour réfléchir à l'organisation des soins, penser aux parcours de santé et au développement d'action de prévention. Dans ce territoire où il n'y a pas de MSP, la CPTS vient également « remplir un vide », celui de l'absence de lien entre professionnels libéraux :

« Même en intra-professionnel, personne ne se rencontre, donc un des intérêts de la CPTS c'était déjà d'apprendre à se connaître (...). La participation à l'expérimentation Ipep s'inscrit dans le droit fil de la constitution de cette CPTS. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Balachon, 03/21

L'expérimentation Ipep s'inscrit dans le même projet de santé que celui de la CPTS, d'autant plus que pour ce médecin généraliste porteur, « les attendus de l'Ipep sont très très proches de ceux de la CPTS ». Il indique :

« C'est une opportunité, Ipep, c'est répondre à un appel à projets, une expérimentation qui nous permettait d'avoir des financements pour mettre en œuvre le projet de santé au niveau du territoire, puisque c'est essentiellement comme ça que c'est perçu. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Balachon, 03/21

Concernant l'engagement de trois CDS, porté par une candidature commune (Association Genne-Franc), l'engagement dans Ipep s'inscrit à la fois dans une vision globale de la santé comme bien public, et d'un système public de santé favorisant l'accès aux soins. Les porteurs souhaitent rendre visibles et favoriser la reconnaissance de leur organisation et de leurs pratiques spécifiquement centrées sur l'accès aux soins, notamment pour les personnes les plus vulnérables

« De quel levier disposons-nous pour faire bouger le modèle biomédical ? Je disais les infrastructures, je disais le bâtimentaire, le numérique. Et puis le levier économique puisque selon que vous payez. Il y a les motivations intrinsèques et puis les motivations extrinsèques, l'envie de bien faire... Elles sont là donc si, en plus, on les soutient avec le levier. Ce n'est pas pour rien que je suis dans Peps et Ipep, c'est parce que je pense que ce sont des leviers puissants qui, peut-être, sont nos meilleurs atouts. »

Directeur de l'association Genne-Franc

Concernant les groupements portés par des structures hospitalières, nombreux parmi les groupements sélectionnés en première vague et certains comprenant des CPTS, leurs porteurs expliquent être à la recherche de ressources pour développer une « démarche territoriale » déjà existante (comité ville-hôpital, ambassadeurs santé...).

L'exemple du projet porté par la Fédération Chessois est intéressant à ce titre : les Groupements hospitaliers de territoires (GHT) qui entrent dans l'expérimentation propre à la Fédération de Chessois sont incités par cette dernière à proposer leur candidature. Certains d'entre eux sont visibles de la direction de la Fédération ayant déjà un œil ou un pied en dehors des murs de l'hôpital. Ces territoires sont déjà « pionniers ». Il peut s'agir par exemple de projets spécifiques qui s'ancrent en dehors de l'hôpital, ou de créations de pôles hospitaliers tournés vers l'extérieur de l'hôpital (pôle de santé publique par exemple).

« Ces territoires avaient déjà beaucoup de liens entre la ville et l'hôpital, ils avaient déjà décloisonné des choses donc ils étaient déjà dans d'autres démarches de relations entre professionnels de ville et professionnels hospitaliers. Donc, ils avaient déjà avancé, eux aussi, dans ces choses-là. Donc, je pense que la marche est plus haute pour certains territoires qui n'ont jamais commencé à dialoguer entre la ville et l'hôpital. »

Fédération de Chessois national 3

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

« [Le projet « Hôpital hors les murs »] est né en 2015 et finalement les interventions qui se passent sont les ponts dans les centres sociaux, dans les associations type restaurants du cœur, soupes populaires. [...] Suite à ça, il y a eu la mise en place d'un autre projet, un peu avant la responsabilité populationnelle, [...] [On] a formé des habitants à être un peu des relais sur les quartiers pour pouvoir transmettre l'information, pour pouvoir nous accompagner sur des actions de préventions. [...] J'étais coordinatrice du projet « Hôpital hors les murs ». J'étais à l'initiative du projet [avec les habitants]. »

Infirmière,

chargée de mission, projet Breguet, Fédération de Chessois

« Petit à petit, on a fait un Département d'information médicale (Dim) nouvelle génération [...] qui s'est transformé en pôle territorial maintenant [...], qui s'est transformé avec le déploiement d'une unité de recherche au sein de notre GHT, plus le déploiement de la responsabilité populationnelle en pôle territorial de santé publique. »

Médecin spécialiste,

Responsable du projet Charmois, Fédération de Chessois

« [Notre hôpital] était quand même déjà à l'origine assez précurseur, en partie parce qu'il avait déjà mis en place un pôle de santé publique, et donc très sensibilisé sur toutes les démarches de prévention, de promotion de la santé et de travail un p'tit peu aussi avec l'extérieur, j'veux dire l'extra-hospitalier, sortir un peu du sanitaire et de son champ habituel, [...] pour apporter des réponses assez concrètes à des populations qui peut-être ont des difficultés d'accès aux soins, ou des filières de soin un peu spécifiques, comme on connaît dans tous les pôles de santé publique quand ils ont la chance d'exister. [C]'étaient des secteurs où ils travaillaient déjà, voilà, sur la recherche, sur la tuberculose, sur les migrants, sur l'accès au soin, sur le sport santé. »

Responsable administratif,

Projet Fromentin, Fédération de Chessois

Sur chacun des cinq territoires, une approche intersectorielle était ainsi déjà engagée et la démarche d'entrée dans l'expérimentation portée par la Fédération de Chessois, toujours la même. Le Directeur de l'hôpital est contacté par la Fédération de Chessois et propose le projet à ses équipes.

Enfin, il est important de souligner que les projets portés par des fédérations professionnelles, qu'elles regroupent des acteurs salariés de soins primaires (Association Bantel) ou des acteurs hospitaliers (Fédération de Chessois), cherchent également de par leur pilotage national à influencer le changement en matière de politiques publiques elles-mêmes. Ce pilotage national se double d'un pilotage technique des projets.

4.2. Pratiques locales et appropriations de l'expérimentation Ipep

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 entre autres 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 dans les articles de Morize et al., 2021 et Bourgeois et al., 2021, déjà cités précédemment.

4.2.1. Des pratiques qui sont surtout rendues visibles, formalisées, renouvelées et plus rarement initiées dans les groupements

Dans les groupements portés par des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), l'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) permet un cofinancement pour des actions qui ne sont pas initiées par l'expérimentation. Elles étaient soit préexistantes et Ipep a permis de les prolonger, soit en sommeil et Ipep a permis de les réactiver. Toutes les situations intermédiaires sont possibles. Les projets concernés sont le plus souvent orientés vers la prise en charge — y compris sociale — des patients. Le travail réalisé est porté par des professionnelles paramédicales ou extra-médicales, et vient en marge du travail médical, sans réformer celui-ci, même si les médecins peuvent bénéficier de l'aide de ces professionnelles pour alléger leur charge de travail.

Dans les groupements portés par des Centres municipaux de santé (CMS), le financement Ipep est presque intégralement centralisé afin de créer un entrepôt de données et de développer de la recherche sur les Centres de santé (CDS). Ipep vient compléter d'autres financements, contribuant à rémunérer deux mi-temps de médecins généralistes dans les structures concernées, impliqués dans le développement de projets émergents.

Dans les groupements portés par des structures hospitalières, Ipep vient prolonger des initiatives hospitalières préexistantes de développement du travail ville-hôpital.

À noter : le début de la mise en œuvre de l'expérimentation a coïncidé avec la pandémie de Covid-19, et les groupements se sont engagés dans des actions collectives de dépistage et de vaccination. Celles-ci, tout en retardant la mise en œuvre des actions initialement prévues dans l'expérimentation, ont constitué des expériences de travail collectif et ont renforcé des dynamiques d'équipes (qui ont ensuite perduré ou au contraire se sont atténuées selon les cas).

Nous développons tout d'abord un exemple de projet mis en place dans une MSP dans le cadre d'Ipep : Dans la MSP de Servoisins, la candidature Ipep se fait dans le cadre d'une recherche de financement pour un programme de prévention à destination des patients jugés précaires ou vulnérables, sur des critères de santé, psychiques ou sociaux. Le programme de prévention consiste en la mise en place d'un suivi personnalisé de ces patients par un professionnel paramédical chargé de réaliser plusieurs entretiens motivationnels. Les patients peuvent ensuite être orientés vers des ateliers collectifs (notamment, un atelier de littéracie en santé, un atelier d'accompagnement pour des douleurs chroniques, un atelier de sophrologie, etc.) ou vers le médiateur en santé, en fonction de leurs besoins et motivations. Ce programme de prévention était mis en place à Servoisins depuis 2016, dans le cadre

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

d'une précédente expérimentation portant sur la participation des usagers dans le système de santé. Ipep vient en relais de ce financement qui prend fin en 2019. Lors d'une réunion avec les autres professionnels, un kinésithérapeute libéral, explique :

« Ipep nous a permis de maintenir le programme de prévention sereinement et de pouvoir continuer à le développer, et ça c'est quand même assez chouette, [avant de rajouter] : On se débrouille avec les financements qu'on a. »

Kinésithérapeute libéral,

observation, réunion de restitution, MSP de Servoisins, janvier 2023

En lien avec l'essor d'une CPTS sur le territoire, ce programme de prévention financé par Ipep est progressivement mis en place plus largement à l'échelle de la population rattachée par la CPTS, et non plus uniquement des patients de la MSP.

Dans les groupements portés par des CMS, le financement d'Ipep a peu d'impact sur les pratiques locales puisqu'il est presque intégralement reversé à une association (Genne-Franc) dédiée à la recherche afin de créer un entrepôt de données et de développer de la recherche sur les CDS. L'argent a donc servi à financer ce projet ainsi que le recrutement de son directeur scientifique. Néanmoins, la moitié des salaires des référentes Ipep des CMS de Bonnart et Jolyfont sont payés par cette association, en tant que salariées. Par ailleurs, l'une des médecins exerçait dans le CMS de Charmandy avant de passer dans le CMS de Bonnart, ce qui témoigne de la forte porosité entre les structures et de l'interconnaissance de ses membres. Cette dimension collective permet aux CDS municipaux d'échanger et d'apprendre de l'expérience de leurs voisins pour développer de nouvelles activités qui fonctionnent, depuis la manière de répondre à un appel à projets jusqu'à la mise en place de nouveaux modes d'organisation. C'est par exemple le cas de la permanence des soins primaires, initiée par le CMS de Charmandy, et qui est en cours d'élaboration au CMS de Bonnart. Dans cette dynamique, Ipep est un moyen de financement comme un autre pour réaliser des projets qui lui préexistent, éventuellement en complément d'autres types de financement :

« – Là, on est en train de monter un truc de permanence de soins ambulatoires, donc ça c'est plus sur le projet Ipep [...]. Sur l'objectif qui est de diminuer la fréquentation des urgences, on monte une permanence de soins ambulatoires.

– Donc en lien avec l'hôpital ?

– Alors oui c'est régulé par le 15. C'est une activité qui est régulée par le 15 et nous, ici, on va être ouverts les soirs et les week-ends.

– OK, ce qui n'était pas le cas avant ?

– Ce qui n'est pas le cas. On ferme à sept heures et demie. Et on est ouvert juste le samedi matin. Et du coup, pour essayer... donc ça c'était dans les tuyaux depuis des années. Et en gros, on se sert d'Ipep aussi, enfin on se sert... non, mais ça va remplir des cases Ipep. Et là, on répond à un appel à projets de l'ARS pour monter cette permanence. »

Médecin généraliste,

salariée au CMS de Bonnart

La spécificité d'Ipep en CDS municipaux est que l'argent est versé directement à l'association pour financer l'entrepôt de données. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas des activités mises en place dans la logique d'Ipep, comme par exemple la permanence des soins – des projets qui sont, de fait, financés autrement et qui dataient d'avant l'expérimentation Ipep. Néanmoins, la congruence entre le projet porté par les médecins de CDS municipaux et les objectifs nationaux est forte.

Dans les groupements portés par des structures hospitalières, le financement Ipep vient également nourrir une expérimentation portée par la Fédération de Chessois. Pour les cinq territoires qualifiés de « pionniers » par cette expérimentation, les financements Ipep s'ajoutent à, d'une part, des ressources cognitives (production de données territoriales par un médecin Dim de la Fédération) et pédagogiques (méthode d'animation de projets d'inspiration québécoise) mises à disposition par la Fédération, et, d'autre part, aux ressources humaines mises à disposition par les centres hospitaliers concernés pour développer la démarche.

Pour les autres projets Ipep portés par des acteurs hospitaliers (hors Fédération de Chessois), la logique est similaire comme le montrent les trois situations suivantes. L'hôpital a déjà en interne une réflexion ou un projet à visée territoriale. Les financements Ipep sont une opportunité pour les déployer.

« On s'est dit peut-être qu'avec l'ARS, il y a moyen de négocier une expérimentation locale. Et c'est à ce moment-là, quand se posaient ces questions-là, qu'est sorti, dans Ma santé 2022, l'appel à projets Ipep. Et bon, [...] ça fait des années que je ruminais un diagnostic que j'ai trouvé bien formulé dans le Ma santé 2022, le raisonnement : le travail isolé, la critique du paiement à l'acte, je n'en revenais pas du paiement à l'acte, qu'on ait ça au niveau des politiques publiques. Alors ça faisait quand même quelques années qu'on avait des rapports qui s'accumulaient sur ce [sujet]... mais j'ai trouvé ça génial ! »

Médecin spécialiste,
Projet Garlindoit

« [Notre territoire est très grand], avec des sites de santé éparpillés. Du coup, il y a toute une partie de la population qui a un accès très difficile aux soins. Donc, il y avait un gros challenge, celui de créer le service, évidemment, mais après, celui d'offrir un soin équivalent sur l'ensemble du territoire. On est trois centres hospitaliers [qui] sont quand même très loin, finalement, de beaucoup de centres hospitaliers. Donc, l'objectif était de mailler le territoire. Alors, sur l'hospitalier, on a monté le service et on a monté une équipe territoriale. Maintenant, il y a de l'endocrino-diabète sur les trois sites hospitaliers et on a mis des missions en place sur les centres de santé. Donc après, il nous manquait la ville. Et c'est comme cela que l'on est arrivé à l'Ipep. J'ai écrit un projet bien avant l'Ipep, en 2018, sur la nécessité d'avoir une filière de coordination ville-hôpital, que j'ai déposé à l'ARS. Et en 2019, l'ARS m'a contacté en disant : "Nous, on n'a pas forcément, voilà, tous les financements pour pouvoir vous aider sur la filière ambitieuse que vous voulez faire, mais il y a un appel à projets, c'est l'appel à projets Ipep". »

Médecin spécialiste,
Projet Harrowski

« Ben voilà, [Ipep] c'était pile-poil notre projet qui était basé sur un vrai projet de besoins et, à ce moment-là, la problématique était de trouver des interlocuteurs en ville. »

Médecin spécialiste,
Projet Inarrabon)

Pour les groupements hospitaliers, contrairement aux organisations de soins primaires, le financement Ipep représente une très faible part de leur budget. Cependant, pour les projets de la Fédération de Chessois, ce financement est décrit comme indispensable à la création de postes de chargé de mission dédiés à la démarche mise en place, dans un

contexte où les arbitrages en termes de ressources humaines sont délicats, et où seules des réorientations d'une part du travail de personnes déjà en poste sont envisageables, alors que le portage d'une telle démarche nécessite souvent un engagement à temps plein.

4.2.2. Quelles catégories de pratiques sont-elles attribuées à Ipep ?

L'expérimentation Ipep permet le développement, voire l'amplification, de certaines tâches dans les organisations de santé. Ces pratiques concernent deux catégories d'activité : de nouveaux services développés à l'intention des patients ; et la structuration de l'organisation du travail entre professionnels.

Renforcement ou amplification de services proposés aux patients ou aux habitants d'un territoire

Le financement Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) permet le maintien, voire l'amplification, de services proposés aux patients ou aux habitants d'un territoire, non rémunérés par le paiement à l'acte.

Dans les groupements libéraux (maisons de santé pluriprofessionnelles-MSP et Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS), cela se traduit notamment par la réalisation d'actions de suivi ou de prévention pour les patients par des professionnelles de santé paramédicales.

Dans les groupements salariés de soins primaires (CMS), des actions d'amélioration de l'accès aux soins et d'accompagnement des patients vivant avec une maladie chronique ont été mises en place, ainsi qu'un recueil de l'expérience des patients vulnérables concernant leur suivi. Ces actions sont décrites comme correspondant aux objectifs de la CTPS et d'Ipep.

Dans les groupements hospitaliers, on observe le développement d'actions de prévention et de dépistage, financées grâce à l'expérimentation, et qui, le plus souvent, s'articulent à des actions déjà en place.

Dans les groupements libéraux enquêtés, Ipep sert en premier lieu à financer des services pour les patients. Ces projets ne sont pas nécessairement impulsés par l'expérimentation, mais celle-ci permet de les maintenir, voire d'en accroître l'ampleur, lorsque les intéressements sont importants. Les services proposés aux patients sont très hétérogènes d'une organisation à l'autre. Ils peuvent concerner :

- Des activités de prévention ou de soins jusqu'alors non prises en charge par l'Assurance maladie (consultation de psychologie, dépistage, ateliers de prévention, ateliers de kinésithérapie sur les douleurs chroniques, ateliers d'activité physique adaptée, éducation thérapeutique du patient...).
- Des actions pour faciliter la prise en charge de patients jugés précaires ou vulnérables : médiation administrative, mise en place d'un service d'assistantes sociales au sein de l'organisation, accompagnement personnalisé du patient par une professionnelle paramédicale.
- Des actions pour faciliter la prise en charge de patients jugés complexes : mise en place d'un plan personnalisé de santé, gestion du parcours des personnes âgées, gestion des entrées et des sorties d'hôpital par une infirmière salariée.

Au-delà de ces actions orientées directement vers les patients, le financement Ipep permet également de rémunérer des professionnelles, souvent paramédicales, dont le travail est plus directement ciblé pour décharger les médecins de certaines de leurs tâches.

Dans la MSP de Mazernard, une infirmière salariée prend par exemple en charge l'élaboration des dossiers des patients nouvellement affiliés médecin traitant, tâche qui était auparavant effectuée par chaque médecin.

« On a réfléchi mon poste en essayant de décharger les médecins en termes de charge de travail [...]. L'accueil des nouveaux patients, c'est un truc qui n'était pas du tout dans mes missions initialement. Et puis, voilà, en en discutant (...), on s'était dit : "En fait, ce serait cool qu'avant que le patient vienne en première consultation chez le médecin, tout cela soit déjà fait" [...]. Enfin, parfois, les patients arrivent chez le médecin en ayant déjà passé deux, trois examens, en ayant eu une prise de sang et puis, en ayant fait leur automesure tensionnelle, cela fait gagner du temps. »

Infirmière de « parcours » salariée,
MSP de Mazernard, 11/21

Cette infirmière participe également à fluidifier les parcours des patients, en les aidant à réaliser des demandes administratives, en les accompagnant à certains rendez-vous médicaux et en réalisant un suivi téléphonique ou à domicile en cas d'hospitalisation.

Dans le projet mis en œuvre par la CPTS d'Eyrigues (lié au projet porté par un établissement hospitalier par la Fédération de Chessois), on retrouve le descriptif précis de ces actions qui sont également développées dans les autres territoires :

« Les actions de dépistage se déroulent en présentiel dans plusieurs lieux : dans les officines (infirmiers présents en demi-journée, une fois par mois dans les officines), à l'hôpital, dans des résidences seniors, dans les galeries marchandes, au sein des associations de patients, en partenariat avec les infirmières Asalée. Ces dépistages passent par une prise de la glycémie capillaire, la réalisation d'une cétonémie et la prise de la tension artérielle. Une fois les facteurs de risque identifiés, des conseils adaptés sont transmis. Si les valeurs sont anormales et avec accord du patient, une prise de contact avec le médecin traitant est réalisée et le patient est inscrit dans la cohorte suivie par les infirmiers de la cellule de coordination. Un suivi téléphonique de la cohorte est mis en place. Pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, ils sont intégrés dans la mission 1 de la CPTS. »

Compte rendu du colloque régional de la CPTS,
1^{er} juin 2023, Atelier 8 Portage d'un article 51 par la CPTS

Le groupement de deux CMS a initié en 2021 des actions (toujours effectives en 2024) à destination des patients : consultations d'infirmière de pratique avancée, accompagnement pluriprofessionnel en diététique, activité physique adaptée et psychologie pour les patients vivant avec des pathologies chroniques, recueil d'expérience des patients vulnérables sur l'accès et la prise en charge des soins (entretiens individuels), et mise en place d'un questionnaire de satisfaction des patients concernant leur prise en charge. Ces actions sont décrites comme relevant à la fois de la CPTS et d'Ipep.

Dans les groupements hospitaliers portés par la Fédération Chessois également, de tels services à l'intention des patients se développent. Certains groupements hospitaliers

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

développaient déjà des actions à destination de la population, d'autres les ont développées au démarrage d'Ipep, comme le montrent les deux exemples ci-dessous :

« Alors en fait, ce que je dirai, c'est que l'hôpital avait déjà une démarche de santé publique et finalement concernait déjà la strate zéro¹⁴, enfin on était déjà sur la prévention au niveau de la strate zéro des patients. Ça a été finalement c'est venu compléter le dispositif "Hôpital hors les murs" sur les patients qui sont déjà atteints des maladies. »

Chargée de mission projet Fédération de Chessois,
Groupement Breguet

« Depuis cette année, on a pris attache avec la Croix-Rouge pour proposer un dépistage par trimestre sur leurs centres d'accueil. Et là, je fais intervenir l'infirmière de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) de l'hôpital. La prochaine fois, je vais essayer d'avoir une diététicienne et, sinon, il y a l'Association française des diabétiques qui est avec nous. »

Chargée de mission projet Fédération de Chessois,
Groupement Charmois

Contribution à la structuration de l'organisation du travail entre professionnels au sein d'un groupement et/ou entre groupements

Le financement Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) peut contribuer à faciliter les dynamiques de coopération entre professionnels d'un même territoire, y compris de manière intersectorielle. Cependant, ces dynamiques dépassent Ipep et sont souvent antérieures à l'expérimentation.

Dans les groupements libéraux, les dynamiques territoriales observées s'inscrivent souvent dans un historique de collaboration avec l'hôpital, qui se trouve accéléré par le développement d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) sur le territoire, et amplifié par l'expérimentation Ipep.

Dans les groupements salariés en soins primaires (Centres municipaux de santé-CMS) : Ipep a accompagné la structuration d'une CPTS et sa contractualisation dans le cadre de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Cette synergie a conduit à des actions d'amélioration de l'accès aux soins : création d'une Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) ambulatoire, régulation téléphonique des soins non programmés, et coordination avec les hôpitaux de proximité autour des sorties d'hospitalisation.

Dans les groupements hospitaliers, les dynamiques territoriales peuvent prendre appui sur des initiatives hospitalières antérieures accompagnant la réforme des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et/ou sur un historique de collaboration avec des professionnels de santé libéraux. Le développement des CPTS, soutenu par le financement Ipep en complément de l'ACI CPTS, permet à ces dynamiques de se structurer.

¹⁴ La « strate zéro » correspond à la fraction de la population pour qui sont prévues des actions de prévention primaire.

Le financement Ipep peut également contribuer à organiser la coordination entre professionnels d'un même groupement ou de manière intersectorielle ou territoriale. Au sein d'un même groupement, les professionnels peuvent développer des protocoles de coopération autour de pathologies précises, mettre en place des réunions de concertation pluriprofessionnelles, ou encore organiser des délégations de tâches précises, à l'image de l'infirmière salariée de la MSP de Mazernard, ou de celle de la MSP Grand Nord :

« On a fait des protocoles de suivi avec l'Ipep et on essaie donc que ces patients soient suivis, par exemple le pied diabétique, il est examiné à chaque fois. Les pieds des diabétiques, ils sont examinés à chaque fois, que ça soit tous les mois, tous les trois mois, l'évaluation des risques cardio-vasculaires, les dépistages de mammographie, Hemocult, les dépistages EFR [Exploration fonctionnelle respiratoire], tout ce qui est tabac, consultation anti-tabac qu'elle peut faire, le gros boulot sur les vaccinations »

Médecin généraliste libéral,
MSP Grand Nord

À une échelle territoriale plus large, les professionnels peuvent être amenés à se coordonner pour organiser la permanence des soins. Ils peuvent également réguler l'accès aux soins, notamment avec l'aide de l'ARS ou de la Cnam. À Servoisins, par exemple, une organisation a été mise en place pour rediriger les patients sans médecins traitants détectés par la Cnam vers les médecins généralistes de la CPTS. Cette action n'est pas nécessairement attribuée à Ipep par les professionnels de Servoisins, et s'inscrit dans le développement de la CPTS. De manière intersectorielle, les professionnels peuvent également être amenés à développer la coordination avec l'hôpital, à l'image de la CPTS de Morancale citée ci-dessous. Dans la MSP de Touchard, une infirmière coordinatrice organise les entrées et les sorties d'hôpital :

« Dès qu'un patient entre ou sort de l'hôpital, l'infirmière coordinatrice est au courant. Elle a plusieurs missions : 1) s'enquérir de ce qu'il devient à l'hôpital ; 2) savoir quand il sort ; 3) savoir ce qu'il s'est passé pendant son hospitalisation. Deuxième mission : faire la fiche de l'équipe traitante du patient, c'est-à-dire que dans notre logiciel métier, on a créé une fiche pour savoir qui est le médecin, qui est l'infirmier, qui est le kiné, qui est le pharmacien, qui est l'assistante sociale, qui sont les aidants etc. Une fiche signalétique qui, dès qu'on allume le dossier, permet de faire le point sur ce patient qui, en gros, est fragile et à risque, par exemple, d'être réhospitalisé puisqu'un des indicateurs, par exemple, c'est le taux de réhospitalisation à trente jours. Donc quand il sort de l'hôpital, le but c'est qu'on ne le réhospitalise pas, mais pour ça, il faut un certain critère de qualité, c'est-à-dire que son médecin traitant le revoie au moins dans le mois qui suit, que son équipe soignante soit prévenue de sa sortie, etc. Donc ça, c'est le job de l'infirmière. Deuxième chose, sans parler d'hospitalisation, l'infirmière, elle peut inclure des patients Ipep dans ce projet-là que les médecins soient identifiés, ou les infirmiers, ou les kinés, qui disent : "Ce patient, il est à risque d'être hospitalisé, il est à risque de fragilité". Donc hop ! On prévient l'infirmière de coordination de Ipep, de notre maison de santé, qui va aussi mettre en place son équipe soignante, la fiche équipe soignante, équipe traitante et on peut parler des problématiques qu'ils rencontrent, avant l'hospitalisation. Et ensuite, en particulier quand ce patient est identifié Ipep, elle le contacte. Donc les médecins leur disent : "L'infirmière va vous contacter pour faire un point avec vous", et également, elle va les orienter vers les programmes de la maison de santé : diabète, obésité, etc. Donc elle va faire de la proactivité pour faire un point avec le patient, voir où sont ses degrés de difficulté, etc. Et même maintenant, on a un programme de plus dans la maison de santé qui est un programme de cancer, c'est-à-dire que tous les patients cancéreux de la maison de santé rentrent dans Ipep et sont branchés sur de l'éducation thérapeutique Ipep au sein de la maison de santé. »

Médecin généraliste libéral,
MSP de Touchard

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

Dans la CPTS de Morancale, tout commence avec un cabinet pluriprofessionnel fondé en 2006, par des médecins généralistes et des infirmières. Celui-ci se structure ensuite en MSP en 2012, à la suite de quoi les médecins généralistes développent des collaborations avec l'hôpital. D'abord, en effectuant des consultations de médecine générale dans l'hôpital de proximité, afin de faciliter la permanence des soins et de désengorger les urgences. Puis, l'hôpital leur propose la mise à disposition d'une infirmière hospitalière comme coordinatrice de la MSP, à hauteur de 30 % de son travail, contribuant ainsi à financer le développement de la MSP et à faciliter la collaboration entre secteurs. En 2018, les professionnels de Morancale sont interpellés par l'ARS qui leur propose de créer une CPTS, qui se concrétisera en 2019. En 2020, les professionnels de Morancale décident également de participer à Ipep :

« Le projet Ipep reprend les mêmes missions que la CPTS et donc les indicateurs sont légèrement différents pour ne pas avoir des indicateurs redondants, mais en fait, pour la même somme, là, pour le coup, on va être rémunéré deux fois pour les mêmes choses. Une fois par les ACI de la CPTS. Et l'autre fois par l'Ipep, mais ça a du sens en fait. Ça peut nous donner encore plus d'énergie pour alimenter le fonctionnement du projet de santé qui est hyper ambitieux. »

Médecin généraliste libéral,
CTPS de Morancale

L'expérimentation Ipep leur apporte des financements complémentaires pour poursuivre leurs actions avec l'hôpital, leur permettant notamment de travailler autour des parcours des patients âgés. Ipep permet ainsi de renforcer des dynamiques préexistantes, voire de leur donner de l'ampleur. Elle ne suffit cependant pas à les initier : certaines organisations libérales n'ont pas mis en place d'actions spécifiques tournées vers l'hôpital, malgré les incitations de l'équipe nationale.

Dans les CPTS, il existe une adéquation de l'ACI avec les indicateurs Ipep :

– *« Il n'y a pas vraiment de nouvelles actions qui ont été déployées ?*

– C'est plus de la structuration d'actions, on continue à structurer, à renforcer, à améliorer plutôt que... Alors si, on souhaite, on envisage de faire une formation pluripro, par exemple, sur les BPCO [Bronchopneumopathies chroniques obstructives] parce que c'est un des sujets. Il y a trois sujets, on a vu, où on pouvait éviter des hospitalisations. C'est la prévention de la déshydratation, c'est l'insuffisance cardiaque et la BPCO. Donc, ce sont trois sujets sur lesquels on va essayer d'abord de faire des formations pluripro et puis après, éventuellement, de protocoliser ce type de situations pour essayer d'avoir un impact sur le nombre d'hospitalisations [...]. Pareil, pour éviter les passages aux urgences, on travaille sur des protocoles de coopération pluriprofessionnelle dans certaines situations de soins non programmés. Mais ce sont déjà des choses que l'on fait depuis longtemps. Et puis, ce sont aussi des sujets qui sont des sujets même de l'ACI de CPTS. Il y a des choses qui sont un peu, non pas doublons, mais qui sont dans la continuité. On ne va pas forcément faire des actions spécifiques, en fait. »

Médecin généraliste libéral,
Association départementale Ensemble

Dans une autre CPTS, le financement Ipep rémunère les temps de concertation des professionnels autour de la prise en charge des patients :

« Quand il y a des réunions de coordination, la coordination, on considère que tout le monde est payé pareil. Donc sur une base qui pour l'instant est de 50 euros de l'heure, ou 60, je sais plus. Mais c'est pas énorme, voilà. Et pour, par exemple, les choses qui sont dans la nomenclature. Par exemple, le pharmacien, il peut faire un bilan de médication, c'est dans la nomenclature. Par contre, ce qui n'est pas prévu dans la nomenclature pour le pharmacien, et encore moins pour le médecin, c'est le temps de concertation entre le médecin et le pharmacien. Donc on file 50 euros, en plus, pour qu'ils se concertent, en gros 20 minutes, en présentiel ou en asynchrone, en distanciel, sur un échange sur un document, ou par messagerie de santé, pour se mettre d'accord, sur les changements de l'ordonnance après le bilan du pharmacien. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS Grézin

Cette même CPTS utilise les crédits liés à Ipep pour faire du lien avec les professionnels du groupement et expliquer son fonctionnement :

« On a embauché une chargée de mission plein temps sur Ipep [...], juriste de la santé. Je pense que ça va nous booster parce qu'un des gros problèmes qu'on a, c'est que même si les professionnels se réunissent et prennent plein de décisions, s'il n'y a personne pour les mettre en œuvre et assurer la mise en œuvre du projet entre deux réunions, ça n'avance pas, ou ça avance trop lentement. Donc là, maintenant, d'avoir une personne qui a la charge d'aller rencontrer chaque médecin généraliste du groupement pour lui montrer les visuels, pour lui expliquer les protocoles, pour lui expliquer comment on intègre le système régional d'information e-parcours, pour lui expliquer la manière dont les gens vont être rétribués, etc. etc. Je pense que quand même ça va avancer mieux. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Grézin

Dans les CMS enquêtés, où comme nous le disions précédemment (4.2.2.1), Ipep a accompagné la signature de l'ACI contractualisant la CPTS du groupement, la mise en place d'actions locales se double d'un travail de structuration de l'accès aux soins et de la prise en charge des patients de manière intersectorielle, entre les soignants de ville et les hospitaliers. Entrent ainsi dans le cadre d'Ipep, outre la mise en place d'une permanence des soins ambulatoires, des activités de coordination avec les hôpitaux de proximité : consultation systématique post-opératoire au CMS, lignes téléphoniques directes entre médecins, régulation des soins non programmés.

Pour les groupements portés par des structures hospitalières, le financement Ipep contribue à prolonger le décloisonnement intersectoriel entre les soignants d'un service hospitalier et les soignants libéraux dans la prise en charge de patients atteints d'une pathologie donnée.

Au CHU de Garlindoit, par exemple, des réunions de concertation pluriprofessionnelles et intersectorielles ont été mises en place, sous la dénomination de « Synthèses interprofessionnelles concertées » dans le cadre de l'expérimentation Ipep :

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

« Ce moment-là qu'on appelle la Synthèse interprofessionnelle concertée, la Sic, il est précédé d'une contribution un peu de chacun. Le patient a rempli, il a répondu à des questions, c'est un questionnaire qui été fait par Nicolas, qui est un patient assez formidable, qui est greffé du cœur, qui est super intelligent. [C]est hyper instructif pour les autres. Le médecin généraliste fait une petite note pour que tout le monde soit au même niveau. Le spécialiste, il peut faire une note, mais souvent c'est une contribution orale, on est moins exigeant pour le spécialiste. [...] L'infirmière, elle, fait un entretien qui est très inspiré des bilans éducatifs [...]. Et puis le pharmacien, il fait un bilan médicamenteux en officine, il voit le patient. »

Médecin spécialiste,
Projet Garlindoit

Ces réunions se sont mises en place dans la continuité de rencontres initiées depuis plusieurs années dans le cadre d'un réseau ville hôpital centré sur cette pathologie, et Ipep leur permet d'être plus fréquentes et d'inclure un nombre étendu de professionnels, et d'y associer des patients.

Concernant les groupements inscrits dans l'expérimentation portée par la Fédération de Chessois, le décloisonnement recherché est avant tout intersectoriel, entre professionnels de santé de l'hôpital et de la ville, et avec des acteurs du médico-social et des représentants des usagers, sur deux pathologies ciblées. Le travail intersectoriel s'appuie selon les cas sur les dispositifs territoriaux existants (Contrats locaux de santé (CLS)) ou en émergence (CPTS), ou sur des contacts directs avec des acteurs du territoire comme des pharmaciens, des associations de malades...

« Depuis le début, on a vraiment fait des groupes de travail et une méthodo très particulière, où [les professionnels de santé libéraux] étaient conviés [...], on a fait quelques réunions, en effet en fin de journée, pour s'adapter à leurs plannings hein, logiquement, et leur permettre l'accès à ces travaux. Évidemment, les membres de la CPTS, via leur président qui travaille avec nous et qu'on reçoit régulièrement. Et là ils ont aussi recruté une coordinatrice, sur la CPTS, donc qui fera aussi le lien, qui facilite aussi la com', les échanges. Donc ça c'est quelque chose qui fonctionne. Par exemple, il y a un groupe de travail nouveau avec les médecins libéraux [...], le cadre du pôle et puis l'infirmière coordinatrice seront à cette réunion de travail, qui est portée là par la CPTS. Donc il faut un peu refaire un point sur de nouveaux médecins qui arrivent, ou sur le lien et ce qu'on attend d'eux, et pourquoi on fait tout ça Il faut faire un peu de pédagogie parce qu'il faut toujours remettre un peu l'ouvrage, mais bon ça fonctionne plutôt pas mal. Au-delà de ça, on n'a une CPTS que sur la ville de [C], donc on n'a pas fermé les portes pour autant, on reste sur le territoire, on va rencontrer les cabinets, les cabinets regroupés, les médecins libéraux, on travaille aussi beaucoup... donc évidemment avec les médecins, avec les autres établissements du territoire, mais aussi avec les professions non-médicales, c'est-à-dire les kinés, les infirmières libérales, [...] les structures médico-sociales si besoin. On travaille avec les pharmaciens [...] pour faire aussi des actions de dépistage ou d'information, pour faire les liens [...], on a beaucoup aussi écouté ce que disaient les usagers, c'est-à-dire : quelles sont leurs demandes, qu'est-ce qu'ils attendent pour améliorer leur prise en charge ? Ce sont des choses simples, mais qui sont très concrètes, donc ça aide aussi à décider Le monde associatif, c'est eux qui sont malades et savent comment gérer leur maladie, surtout sur les maladies chroniques, mais ils ont des exigences et des demandes. Donc on a essayé de répondre au mieux. [...] Il faut qu'on soit sur du coordonné, du regroupé, donc il faut qu'on s'organise. »

Responsable administratif Projet Fromentin,
Fédération de Chessois

La CPTS peut être le point de rencontre de ce type de démarches :

« C'est très intéressant parce qu'en fait, c'est toute la matière créée au niveau macro-territorial qui va être déclinée sur les spécificités de ces CPTS [...]. On va signer la convention le 2 juillet et la mise en œuvre des premières actions commenceront en septembre ; ça c'est très très bien parce que c'est vraiment ce qu'on souhaitait, c'est l'appropriation par les professionnels de premier recours de cette démarche, de ce concept de façon opérationnelle. »

Responsable administratif,
projet Breguet, Fédération de Chessois

Dans le projet de Charmois, par exemple, les actions développées auprès des habitants s'appuient sur les ressources du territoire et amplifient des actions de prévention (notamment de dépistage du diabète). Ainsi, les CLS de plusieurs communes mentionnent de façon explicite la démarche de la Fédération de Chessois dans une « fiche action » qui vient nourrir des axes des CLS dédiés à l'organisation des parcours :

« Le fait qu'on soit dans les contrats locaux de santé, ça, c'est facilitant, et du coup on est connu, et c'est vrai que, du coup, on est quand même sollicité. Là, la communauté de communes de [A] nous a demandé en fait, de faire le Forum de la santé le mois dernier. »

Infirmière,
chargée de mission, projet de Charmois, Fédération de Chessois

Cela ne se fait pas sans résistances de la part de certains médecins hospitaliers :

« [Il y a eu] quelques résistances de certains médecins hospitalo-centrés, vous savez. Et ça... ça arrive un p'tit peu tout le temps, c'est-à-dire globalement, ils préfèrent que les moyens soient mis pour développer de l'offre parce que c'est l'ancienne version. [Mais à] force de preuves, de conviction et par contre une grosse mobilisation des acteurs de ville là-dedans. Et ça, on voit bien que ça a répondu finalement à un besoin. [...] Donc, j'ai eu des obstacles qu'on a levés progressivement qui étaient plutôt finalement du côté hospitalier sur certains médecins, vous voyez ? »

Responsable administratif,
Projet Breguet, Fédération de Chessois

Ce mouvement intersectoriel territorial, pour les projets portés par des groupements hospitaliers, se double d'un besoin de décloisonnement intra-hospitalier. Un des effets des démarches territoriales pour une structure hospitalière est, en effet, de modifier l'intérieur de son organisation traditionnellement cloisonnée par spécialité, pour être en mesure de dialoguer avec les autres professionnels du territoire et cela ne semble pas spécifique à l'expérimentation de Chessois, comme l'indique le témoignage du médecin en CHU attaché au projet Garlindoit :

« Entre-temps, grâce à Ipep qui a vraiment été vertueux, sur plein de sujets, on n'était pas tout seuls avec notre insuffisance cardiaque, on s'est retrouvés avec des gens qui faisaient un travail sur le diabète. Avec notamment un prof du CHU [que] je connaissais bien avant et qui était un promoteur de l'éducation, [au sein] du CHU, [...]. Du coup, on est partis sur des problèmes de santé, ce qui nous a beaucoup ouvert, [...] Ipep a souhaité prévenir tout risque d'enfermement dans une spécialité, avec des spécialistes qui dictent un peu le bon parcours. »

Médecin spécialiste,
Projet Garlindoit

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

4.2.3. Quelle utilisation des ressources liées à Ipep ?

Les financements de l'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) servent principalement à rémunérer des ressources humaines, mais peuvent également permettre de financer du matériel, des formations ou encore des frais de fonctionnement.

Dans les groupements libéraux, les financements Ipep permettent principalement la rémunération de professionnelles paramédicales pour des tâches non prises en charge par l'Assurance maladie. Les financements Ipep appuient notamment le développement du salariat infirmier en soins primaires, en permettant le recrutement local d'infirmières dites « de parcours » ou « de coordination ».

Dans les Centres de santé (CDS), les financements Ipep ont permis le développement d'un entrepôt de données et contribuent à la rémunération d'une part du temps de médecins généralistes référents pour l'expérimentation Ipep, développant des actions intersectorielles et effectuant un travail de codage de l'activité non nomenclaturée.

Dans les Groupements hospitaliers (GH), le financement Ipep est peu important dans le budget hospitalier (contrairement aux organisations libérales), mais permet d'embaucher des chargés de mission dédiés à la mise en œuvre du travail territorial qui construit le lien ville-hôpital....

Dans les organisations libérales, la masse salariale dépasse rarement deux ou trois employés. Les financements Ipep permettent ainsi de maintenir certains postes, voire d'en ouvrir de nouveaux lorsque l'intéressement reçu est important. Comme détaillé plus haut, dans la MSP de Vosgirard, le financement Ipep a permis de salarier une infirmière de parcours :

« Il m'embauchait dans le cadre de l'Ipep, en me disant : "Voilà, on a ce besoin, mais on n'a pas le personnel pour le gérer. On voudrait quelqu'un qui puisse suivre les patients insuffisants rénaux et insuffisants cardiaques". »

Infirmière salariée de parcours,
MSP de Vosgirard

C'est également le cas dans une MSP de l'association départementale Ensembles, où Ipep vient en relais d'un financement qui a pris fin :

– « Tout ce qui tourne autour de la gestion des parcours, c'était déjà des choses qui étaient en place dans le cadre de Paerpa, donc en fait, nous, on renforce les choses, on les structure davantage. Là, par exemple, on va recruter une infirmière de parcours supplémentaire pour que ce soit plus réactif. »

– D'accord ! Paerpa n'est plus financé, chez vous, à ce stade ?

– C'est cela. Ce n'est plus financé, mais, justement, je pense que les fonds Ipep servent aussi à cela, à continuer à faire. »

Médecin généraliste libéral,
association départementale Ensembles

Les financements Ipep sont versés sur les comptes bancaires collectifs des organisations libérales, puis utilisés sans nécessairement distinguer leur source de celle d'autres financements publics (aide à l'embauche d'assistants médicaux par exemple) : il est rare que les professionnels flèchent spécifiquement les crédits d'amorçage ou les intéressements Ipep pour un usage précis, parmi les usages qu'ils font de l'argent public. C'est cependant le cas lorsque les organisations ont besoin d'un relais de financement pour sécuriser un poste précis. Par exemple, à la MSP de Servoisins, Ipep a permis de prendre le relais d'un autre financement expérimental pour prolonger le contrat de travail d'un médiateur en santé. À la MSP de Vosgirard, Ipep est aussi utilisé pour rémunérer une diététicienne, et ainsi donner un accès gratuit à ses soins pour des patients qui ne pourraient assumer cette prise en charge non remboursée, permettant de lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins. Cependant, le caractère peu prévisible de l'intéressement rend également l'anticipation de son usage difficile pour les professionnels libéraux.

En Maison de santé, les paris sur l'intéressement à venir sont considérés comme risqués, même pour des professionnels qui ont l'habitude de solliciter des financements :

« On a une gestion à la papa, donc on met de côté, et si ça ne marche pas, on s'arrange avec le Fir [Fonds d'intervention régional] ARS en plan B. Mais ça provoque du stress, pour présenter le projet en équipe, rassurer, mais ne pas mentir, et pour les ressources humaines ce n'est pas évident. »

Médecin généraliste libéral en MSP,
séminaire de janvier 2024

Il en est de même dans la CPTS de Grézin, dont un médecin coordinateur explique que pour les personnes âgées, Ipep est venu ajouter des ressources à la CPTS préexistante avec le Dispositif d'appui à la coordination (Dac) et un e-parcours. Les porteurs attendent toutefois d'être sûrs d'avoir un intéressement avant d'engager des dépenses :

« On a copié la gouvernance de la CPTS, en se disant : "Ipep sera le moteur de ce qu'on était en train de construire". Ce qui est difficile, c'est de trouver la bonne personne dans chaque structure, qui comprend les enjeux et qui a l'oreille du directeur. [...] On regarde l'argent qu'on a et si on a besoin de personnel, on se sert d'une plateforme qu'on a montée et qui permet d'embaucher, mais seulement une fois qu'on a les sous. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Balachon, séminaire Ipep de janvier 2024

Dans la CPTS de Grézin, le souci est de partager l'intéressement avec tous les partenaires, une association a ainsi été créée pour rémunérer les professionnels hospitaliers engagés dans les projets communs :

« Qu'est-ce qui fait qu'un hospitalier a envie de donner du temps en plus, de travailler le soir et le week-end ? Chez nous, on a réfléchi, et finalement, on a demandé aux hospitaliers de créer une association pour être payés, pour que l'argent n'aille pas à l'hôpital et se perde. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Grézin, séminaire Ipep de janvier 2024

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

La coordinatrice de la CPTS de Balachon explique la manière dont sont articulés les financements de l'ACI CPTS et d'Ipep. Le financement Ipep est utilisé pour tester de nouvelles pratiques ou organisations, à l'échelle d'une commune, et si le test est concluant, l'ACI finance leur pérennisation et leur extension :

« Il y avait une association de groupement pour une commune, qui est restée. Les membres de cette association sont au CA de la CPTS. On s'est servi de Ipep pour déployer des choses sur une commune qui sert d'incubateur. Et si ça marche, on déploie sur les autres grâce aux financements CPTS. Le frein, c'était plutôt de toujours favoriser une des communes qui était plus en avance et donc ce sont toujours les mêmes qui ont les idées en premier et donc les sous. Ça crée des difficultés relationnelles à gérer. On finance aussi certaines actions a posteriori. Il y a un autre écueil : quand ça ne marche pas sur une commune, mais qu'on est sûr que c'est bien pour les autres, il faut arriver à les convaincre. Mais on ne se sert pas de l'intéressement pour fixer des objectifs. Les postes salariés sont sur les fonds CPTS et Ipep sert à lancer des choses. »

Coordinatrice CPTS de Balachon,
séminaire Ipep, 2024

Dans les centres municipaux de santé, les financements Ipep ont permis le développement d'un entrepôt de données, et contribuent à la rémunération d'une part du temps de travail de deux médecins généralistes référentes pour l'expérimentation Ipep. Elles sont impliquées dans le développement d'actions intersectorielles valorisées par Ipep, qui étaient déjà mises en place : prévention, suivi et adressage des patients, médiation et coordination des soins, notamment avec les acteurs du social sur le territoire (en plus des échanges avec l'équipe nationale projet Ipep). Une de ces actions de coordination ville-hôpital a été de créer une permanence de soins ambulatoires au niveau d'un CSM, activité régulée par le service d'aide médicale d'urgence. Concrètement, le CMS ouvre les soirs et week-ends dans l'objectif de diminuer la fréquentation des urgences hospitalière qui se trouvent à proximité.

Au centre hospitalier Harrowski, la médecin spécialiste porteuse du groupement, ayant un statut de praticien hospitalier, a créé une MSP avec une Sisa (qu'elle préside) et dans le bureau de laquelle figurent un autre médecin et deux infirmières. L'étude de besoins conduite initialement sur le territoire (très étendu et sous-doté) a montré que les médecins généralistes du territoire trouvaient difficile d'avoir des avis des confrères hospitaliers pour leurs patients, et de gérer les mises sous insuline. L'intéressement Ipep est donc utilisé pour rémunérer une diététicienne et un *coach* sportif, et financer une équipe mobile d'éducation thérapeutique qui intervient en ville et à l'hôpital. Huit praticiens hospitaliers s'organisent pour répondre aux demandes des médecins généralistes, en plus de leur travail, en échange du financement par Ipep de formations (et d'une prise en charge de frais de déplacement depuis un département d'Outre-mer pour participer à un diplôme d'université délivré en métropole). Ipep rémunère également des infirmières chargées de coder l'activité médicale. Ces activités entrent en synergie avec le développement d'un réseau diabète incluant tous les professionnels médecins et paramédicaux du territoire, y compris les pharmaciens.

Dans les projets hospitaliers portés par la Fédération de Chessois, les postes de chargés de mission dépendent très directement de la pérennisation des financements apportés par Ipep. Les structures hospitalières, très contraintes dans leurs budgets relevant des ressources humaines, ne peuvent pas apporter de certitude quant à la reprise du financement de ces postes en interne. La spécificité de ces projets doit cependant être soulignée puisqu'ils ont bénéficié d'une adaptation du modèle Ipep, qui a fonctionné jusqu'en 2023 sur des crédits d'amorçages et différents mécanismes de garanties budgétaires, dont certains ont été

mobilisés hors expérimentation Ipep, comme les « aides à la contractualisation » accordées par les ARS sur le Fonds d'intervention régional (Fir).

Sur un autre projet porté par un centre hospitalier hors Fédération Chessois, on retrouve un processus similaire : l'utilisation d'Ipep est dédiée au financement d'un poste de coordinateur :

« Le principal financement, c'est le poste de la coordinatrice. On a une coordinatrice du groupement qui, elle, coordonne tous les soignants entre eux, vérifie que quand, par exemple, un généraliste demande à l'ophtalmo qui est dans le groupement, un fond d'œil, que le rendez-vous soit bien donné, que le résultat soit bien mis sur le groupement. Enfin, elle est vraiment là pour voir que le groupement marche bien. »

Médecin spécialiste,
CH Harrowski

4.2.4. Quelle gestion/pilotage de l'expérimentation et des projets liés à Ipep ?

La gouvernance n'apparaît pas spécifique à l'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep). Elle se confond en général avec la gouvernance plus globale des organisations concernées (Groupements sanitaires de santé-GCS, Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS...), et elle évolue avec celle-ci.

La gestion de ces organisations (incluant Ipep) demande un travail important, à la fois relationnel, technique et politique.

Elle repose souvent sur l'engagement d'un acteur, capable d'évoluer dans des positions d'interface et de fédérer les acteurs locaux, ce qui la rend fragile.

Il a été précisé précédemment que les configurations des groupements évoluaient au fil de l'expérimentation, et que l'émergence des CPTS avait une part non négligeable dans cette évolution. Cependant, les dynamiques ont pu être différentes d'un lieu à l'autre, comme l'explique la coordinatrice de la CPTS d'Ambrolle :

« Sur le sujet CPTS versus Ipep, le vrai déploiement des CPTS est intervenu après l'arrivée d'Ipep. Mais certains groupements portés par des MSP ont voulu rester sur l'échelle locale, et ne pas faire de CPTS tout de suite, car ils sentaient que c'était pas mûr. Et dans d'autres, au contraire, Ipep a été moteur. »

Observation, coordinatrice de la CPTS d'Ambrolle,
séminaire Ipep de janvier 2024

Cette partie propose de revenir sur des exemples de gouvernance décrits dans les projets étudiés de façon plus approfondie, ceux qui ont fait l'objet de monographies, ainsi que dans d'autres rapportés par les porteurs de projets en entretien ou lors des séminaires rassemblant toutes les équipes expérimentatrices.

Le résultat principal est que la gouvernance n'apparaît pas spécifique à l'expérimentation Ipep. Elle se confond en général avec la gouvernance plus globale des organisations

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

concernées, et elle évolue avec celle-ci. Or les CPTS, qui se sont développées souvent de manière concomitante avec Ipep, ont des gouvernances pensées de manières très diverses :

« Quand on demande aux CPTS si elles sont une structure de gouvernance ? de coordination ? de gestion ? personne ne répond la même chose. Tout va dépendre de comment on positionne les CPTS. »

Observation, coordinatrice, MSP de Fréjoul,
séminaire Ipep, janvier 2024

En libéral, dans la CPTS de Balachon, un médecin explique que la gouvernance d'Ipep est calquée sur celle de la CPTS :

« La gouvernance d'Ipep [c'est] pareil, même schéma que la CPTS, donc on a une assemblée générale constitutive en juin, avec un conseil d'administration beaucoup plus restreint, donc beaucoup moins de monde, et puis gestion à distance, donc, du coup, de la part des membres du bureau me faisant confiance, donc c'est plutôt moi qui le gère avec le coordinateur. Voilà, et alors après c'est une gestion bicéphale, c'est donc URPS [Unions régionales des professionnels de santé] et CPTS qui gèrent ce projet Ipep. »

Médecin généraliste libéral,
CPTS de Balachon

Pour l'Association départementale Ensemble, Ipep est considérée comme une action dont la mise en œuvre est discutée dans les instances de gouvernance du Groupement de coopération sanitaire (GCS) : ce GCS regroupe des MSP adossées à des hôpitaux, souhaitant mutualiser leurs moyens :

« On a un comité de suivi du GCS qui a le management de toutes les actions, et Ipep est une des actions. L'AG choisit la ventilation des sous. Un exemple de choix : développer des outils de repérage de la fragilité des personnes âgées pour diminuer le recours aux urgences... il n'y a pas de mystère, c'est ça qui permet de faire de l'efficacité. Mais il faut voir aussi comment on récompense les professionnels de santé : une rémunération augmentée ? Ou des charges abaissées ? On a choisi plutôt ça, une diminution du chèque que doivent donner les collègues pour les charges professionnelles de la structure. L'hôpital qui perd de l'argent si on est efficaces, il faut lui donner une partie d'intéressement. C'est quand même du bonus, mais les gens doivent en avoir une visibilité pour continuer à être engagés. »

Médecin généraliste libéral,
Association départementale Ensemble, Séminaire Ipep de janvier 2024

Le porteur d'un projet hospitalier soutenu par la Fédération de Chessois (CH de Fromentin) explique également avoir créé un GCS sur son territoire :

« Le GCS permet de faire des comités de pilotage ville/hôpital, des choses difficiles à mettre en place. Il faut des porteurs forts avec des idées auxquelles les gens adhèrent. Le financement a permis mon recrutement pour communication, actions, dépistage, et participation des patients, sur deux pathologies : diabète et insuffisance cardiaque. »

Porteur du projet Fromentin

Les porteurs Ipep en CPTS expriment le poids et la complexité du travail de construction d'une gouvernance à l'échelle d'un territoire :

« Il nous fallait créer la gouvernance ; on a mis plus longtemps qu'un GHT [Groupe-ment hospitalier de territoire]. D'où l'importance de la temporalité. Comment on crée une gouvernance ? Il faut réfléchir ensemble comment construire ou favoriser des gouvernances qui permettent ces expérimentations. Cinq ans, c'est trop court pour nous [...]. On passe beaucoup de temps à construire une gouvernance et pas suffisamment de temps à valoriser ce qu'on fait par ailleurs. »

Observation, médecin généraliste,
CPTS de Grézin, plénière janvier 2024

Une coordinatrice de CPTS souligne que ces structures n'en sont pas toutes au même stade de développement et qu'elles ont toutes des modalités de déploiement différentes. Le temps long d'Ipep leur a permis de déployer certaines actions, en articulation avec d'autres dynamiques, dans une démarche d'ajustements permanents :

« Il y a des nuances dans les CPTS : niveau de maturité, CPTS rurale ou urbaine. Il faudrait documenter cela, dans un souci de mesurabilité de l'atteinte de nos objectifs qui peuvent être très différents. Nous, on a utilisé l'intéressement de manière complémentaire à nos financements. On a pratiquement absorbé une partie de l'expé dans nos actions. L'intérêt de cette durée d'expérimentation nous permet de mettre en place les actions et de proposer une intégration sur d'autres terrains d'expérimentation sur notre territoire [...], mais nos moyens sont atomisés, les centres hospitaliers ont une meilleure capacité à administrer [...]. Nous avons créé un groupement d'employeurs. Ipep nous a aidés sur le lien ville-hôpital. C'est difficilement quantifiable. On se positionne pour intégrer une nouvelle expérimentation. »

Observation, coordinatrice salariée de la CPTS d'Ambrolle,
plénière Ipep, janvier 2024

Les porteurs mettent tous en avant la nécessité d'un travail de gestion de projet important et complexe, qu'il serait intéressant selon eux de professionnaliser. Une porteuse de CPTS l'exprime ainsi :

« L'argent d'Ipep, il faut l'utiliser dans l'esprit du projet. Nous, libéraux, on ne veut pas un truc "clé en main", on veut pouvoir réfléchir et regarder les effets. Je gère 8 personnes toute seule pour la CPTS, c'est du délire. Je ne peux pas embaucher, personne ne comprend qui on est et ce qu'on fait. Il faut passer du temps à faire des actions plutôt que de gérer des gens [...]. La gouvernance, c'est l'avenir de ce type de projet. On a mis trop longtemps pour s'en apercevoir, il faut travailler dessus rapidement, de manière intelligente, avec des formateurs. »

Observation, médecin généraliste libéral,
CPTS de Grézin, plénière Ipep, janvier 2024

Les porteurs Ipep soulignent la fragilité de ces configurations, qui dépendent souvent de personnalités fortement engagées, comme le montre l'exemple du projet de Charmois, pour lequel une association ville-hôpital avait été créée au démarrage pour éviter l'effet hospitalo-centré d'une démarche portée par l'hôpital. Cette association était présidée par un médecin généraliste, artisan de la MSP installée en face de l'hôpital de proximité faisant partie du GHT porteur de la démarche expérimentale de la Fédération de Chessois et président de la Commission médicale d'établissement (CME) de l'hôpital de proximité. Le décès

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

de ce médecin en 2021, couplé à l'épidémie de Covid, a fortement freiné la vivacité de cette association dont la présidence a été reprise par un autre médecin, exerçant dans le centre d'examen de santé de la Cnam. Entre-temps, différents dispositifs territoriaux (CPTS, Dac) ont vu le jour, et les promoteurs du projet Charmois se tournent à présent vers ces organisations pour le développement du projet :

« [Le médecin qui présidait l'association qui portait le projet est décédé et c'est un autre médecin qui a repris la présidence].

– Mais du coup, est-ce qu'elle, c'est une question un peu... Elle sert à quelque chose cette association ? Parce que, au final, euh...

– Beaucoup moins en fait, depuis que le docteur [A] n'est plus là. Beaucoup moins, et puis là avec, en fait, elle a été créée parce qu'on n'avait pas de Dac ni de CPTS, à l'origine, et c'était ce qui permettait de faire le lien avec la ville et l'hôpital. Et de ne pas être trop hospitalo-centré sur cette démarche, du coup, c'était vraiment pas le but. Donc elle a servi au démarrage, après rien ne dit qu'elle va perdurer dans le temps parce que, bah ! Faut le temps pour animer cette association, et ça donne un peu un côté redondant avec les CPTS qui sont en train de se créer et le futur Dac. »

Infirmière,

chargée de mission Fédération de Chessois, Projet Charmois 2023

4.2.5. Quelle évolution de rôles professionnels

Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) participe au financement de certaines tâches de soins qui se développent en soins primaires.

Dans les organisations libérales, la plupart des évolutions de l'organisation du travail reposent sur le travail de professionnelles paramédicales ou extra médicales (médiatrices en santé, assistantes sociales, coordinatrices).

En Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), les médecins généralistes sont peu concernés par le développement de ces nouvelles tâches, mais voient généralement leur travail recentré sur des tâches curatives.

En MSP et dans les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des médecins s'investissent dans la supervision de l'organisation pluriprofessionnelle et intersectorielle du travail des membres des équipes.

Dans les Centres de santé (CDS), les médecins généralistes référents Ipep ont une part de leur activité dédiée au développement d'actions intersectorielles, entre le Centre municipal de santé (CMS) et l'hôpital. Un directeur scientifique a été recruté pour gérer un entrepôt visant à remonter les données d'activité clinique des CDS engagés dans l'expérimentation vers l'Assurance maladie, à aider les professionnels de ces structures pour le pilotage clinique et populationnel et, à terme, à développer une activité de recherche.

Dans les groupements hospitaliers associés à la Fédération Chessois, les acteurs principaux sont les chargés de mission (souvent des infirmières) attachés à l'expérimentation portée par la Fédération.

Nous proposons un focus sur quelques groupes professionnels : celui des infirmières, celui des responsables administratifs et des médecins hospitaliers, et celui des médecins généralistes dans les structures de soins primaires.

Le rôle des infirmières

Le financement incitation à une prise en charge partagée (Ipep) participe à rémunérer des infirmières (le plus souvent salariées) en soins primaires, qui réalisent de nombreuses tâches de prévention, d'accompagnement des patients ou encore de travail social. Le financement Ipep ne parvient cependant pas toujours à financer ces postes à lui seul.

Dans les organisations libérales, les professionnelles paramédicales sont en première ligne des activités développées en lien avec l'expérimentation Ipep. Dans de nombreuses MSP ou CPTS, les financements servent au recrutement d'une infirmière salariée, souvent appelée « de parcours » ou « de coordination ». Ces infirmières ont un faisceau de tâches flou et adaptable aux situations locales. Elles réalisent souvent des tâches qui sortent d'une activité clinique classique, effectuant davantage de travail administratif, de coordination et de suivi des patients. Elles se voient également déléguer des tâches par les médecins et participent à leur libérer du temps clinique. L'expérimentation Ipep accompagne ainsi un mouvement plus large de transformation de l'exercice infirmier en soins primaires, en participant à financer ces postes. Elle s'inscrit cependant dans un ensemble d'évolutions qui lui précèdent, avec le développement des infirmières de santé publique salariées de l'association Asalée (Fournier *et al.*, 2018) ou des infirmières en pratique avancée (Luan *et al.*, 2023 ; Schlegel, 2023). De plus, selon l'allocation ou non d'intéressements, les financements Ipep ne suffisent pas toujours à financer ces postes et restent peu stables, contraignant les professionnels libéraux à rechercher d'autres sources de financements en complément.

À la MSP de Mazernard, par exemple, le financement Ipep permet l'embauche d'une infirmière dite de « parcours ». Celle-ci complète les dossiers administratifs de patients nouvellement affiliés aux médecins généralistes, elle aide les patients à réaliser leurs demandes administratives (Aide médicale de l'État-AME, Complémentaire santé solidaire-CSS, prise en charge d'une Affection de longue durée-ALD, dossier pour la maison départementale pour les personnes handicapées), elle réalise un suivi des patients par téléphone ou à domicile après une hospitalisation. Cette infirmière est financée en partie par Ipep, en partie par un financement d'aide à l'embauche d'assistants médicaux (bien que personne ne l'appelle ainsi au sein de la MSP), qui permet de compléter le financement d'Ipep. Par ailleurs, la définition locale de son travail la place également dans une position de subordination vis-à-vis des médecins, la conduisant à devenir dépendante d'eux et des patients qu'ils orientent vers elle pour la définition quotidienne de son travail.

Les cinq groupements hospitaliers participant à Ipep sous la houlette de la Fédération Chessois emploient des chargées de mission attachées à l'expérimentation de la Fédération (le plus souvent des infirmières). Elles assurent, en allant à la rencontre des acteurs extra hospitalier, l'insertion de l'hôpital dans le maillage territorial local.

« Mon travail moi c'est de faire du lien. Si je sais que je vais faire un stand du côté de [R], je vais demander aux infirmières d'éducation du GHT si elles veulent venir avec moi, ou à la diététicienne. Donc on me dit : "Oui", on me dit : "Non", mais... je demande. Les infirmières Asalée du secteur, je les sollicite. L'Association française des diabétiques, je la sollicite aussi. On avait demandé à faire [un stand de prévention sur] le marché à [R], et finalement, celle qui est cheffe de projet sur le contrat local de santé de [R] nous a dit : "Bah ! Je vous conseille plutôt d'aller dans la galerie marchande de [L]. Vous aurez plus de personnes cibles que sur le marché, qui est un peu déserté" [...].

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

Là, vendredi, on va à la pharmacie, une pharmacie qui est à [R] et on va faire un stand chez eux [...]. C'est le fait de discuter avec des gens, de... c'est parce qu'on s'est retrouvé [à] une formation... Et, en fait, en discutant avec les personnes, bah au final : "Ah [...] mais oui ! Vous faites du dépistage du diabète, ah bah si vous voulez, je peux vous accueillir dans ma pharmacie". Ça se passe vraiment comme ça. C'est comme sur les contrats locaux de santé. Au final, on apprend à connaître les gens, on se fait un peu identifier, et du coup c'est là où on se fait un peu tirer par la manche. »

Infirmière, chargée de mission Fédération Chessois,
Groupement Charmois

Il est à noter que ces professionnelles circulent de poste en poste sur le territoire local. Par exemple, la chargée de mission attachée à l'expérimentation du projet Deveroux était auparavant employée par une association préfiguratrice du Dac. Elle partage à présent son temps entre l'expérimentation et un poste de coordinatrice de la CPTS. Dans le projet Bréguet, la chargée de mission de l'expérimentation est devenue coordinatrice du Dac.

Le rôle des responsables administratifs et des médecins hospitaliers dans certains projets

Dans les projets spécifiques de la fédération de Chessois, des chargés de mission hospitaliers assurent un travail de mise en lien des professionnels du territoire et également en interne à l'hôpital avec le soutien des responsables administratifs. Des médecins du Département d'information médicale (Dim) réalisent également un travail d'analyse des données de santé de la population, en vue de stratifier la population et de proposer des interventions de prévention, de dépistage, et de prise en charge organisée.

Nous développons ici un point que nous avons observé dans les groupements inclus dans l'expérimentation de la Fédération de Chessois. Les rôles décrits ne peuvent pas être détachés de cette expérimentation parallèle, qui repose sur une méthode spécifique.

Les chargés de mission hospitaliers assurent le portage « technique » du projet en réalisant un travail territorial de lien avec les acteurs locaux. Les directeurs des hôpitaux et les responsables administratifs assurent pour leur part un portage « politique » local du projet. Comme pour les autres « porteurs », ils ont souvent un parcours qui les a amenés à se poser la question de l'insertion territoriale de l'hôpital, si bien qu'ils sont moteurs et en position hiérarchique pour développer un tel projet. Ils agissent au niveau des instances locales et fixent le cadre. Ici par exemple, la Directrice générale adjointe (DGA) du GHT Charmois indique comment se formalise l'organisation territoriale du GHT en lien avec l'hôpital de proximité et les professionnels de santé libéraux locaux :

« On a la chance d'avoir cet hôpital de proximité et il se trouve qu'en 2022, je pense en début d'année, on avait la labellisation des hôpitaux de proximité qui nécessitait de passer deux types de conventions pour déposer le dossier de labellisation : une convention entre l'hôpital de proximité et le GHT et une convention entre l'hôpital de proximité et la CPTS donc, là, les acteurs libéraux. Il se trouve que sur [la commune de B], nous avons une CPTS qui intègre l'hôpital de proximité et la MSP de [B]. Et donc, lors de ces discussions et à la Commission médicale d'établissement de l'hôpital de proximité, quand cela a été discuté, ils étaient présents, et où sont présents des médecins

libéraux, ils ont d'ailleurs décidé qu'il y ait un médecin libéral qui en soit le vice-président, donc voilà, pour vraiment faciliter les liens. Voilà ! On a échangé sur tout cela et je me suis dit : "C'est quand même aussi l'occasion, prenons un territoire au sein de ce territoire GHT qui a une dimension projets pour faire connaître et développer" [l'expérimentation de la Fédération de Chessois]. "Prenons peut-être un micro-territoire où là, les acteurs travaillent entre eux, ont vraiment une ambition forte". »

Directrice générale adjointe du GHT Charmois

Plusieurs médecins hospitaliers sont impliqués dans le projet Charmois, dont un médecin de santé publique qui est le médecin référent de la Fédération de Chessois pour son expérimentation et interlocuteur des équipes nationales projet. Il côtoie deux autres médecins dans le GHT qui s'impliquent dans le projet Charmois : un endocrinologue italien ayant une expérience de travail en Suède similaire à l'expérimentation en cours et moteur sur l'expérimentation :

« On avait plusieurs intervenants, soit c'étaient les médecins généralistes, on avait les infirmières Asalée, on avait des diététiciennes, des infirmières en ville, des infirmières des consultations, ici. Parce qu'ici, on a quatre infirmières d'éducation, plus trois diététiciennes. L'équipe est constituée de médecins, plus quatre infirmières, trois diététiciennes, un psychologue, et deux podologues. Voilà, donc on a mis autour de la table, soit les moyens hospitaliers, soit les moyens de la ville, et donc on a cherché à discuter comment on pouvait faire pour la mise en place de ces projets, que je trouve, c'est très intéressant. »

Médecin spécialiste

Projet Charmois

Enfin, il nous semble intéressant de mettre en valeur le volet développé spécifiquement par la Fédération de Chessois autour de l'information en santé. Les groupements hospitaliers sont engagés dans une démarche d'analyse de l'état de santé de la population de leur territoire, et les risques de cette population de développer certaines maladies, en vue de lui proposer des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge :

« On est rentré avec cette casquette d'information médicale parce qu'au départ, [notre expérimentation] stratifie à partir du PMSI [Programme de médicalisation des systèmes d'information, qui décrit de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé], donc y avait besoin d'un groupe d'expert pour le PMSI. Ça c'est la première raison, c'est qu'on s'est posé comme animateur avec une casquette plus large de médecin de santé publique, donc comme animateur des réunions cliniques avec la méthode Compass. »

Médecin spécialiste,

Projet Charmois Fédération de Chessois

Des médecins généralistes holistes parfois recentrés sur un rôle curatif

Dans les groupements libéraux (Maisons de santé pluriprofessionnelles-MSP/ Communautés professionnelles territoriales de santé-CPTS), notamment, l'accroissement de délégations de tâches aux infirmières ou à d'autres professionnelles peut conduire les médecins généralistes à réduire le contenu de leur travail aux tâches de diagnostic et de prescription, qui leur sont propres. Cependant, pour ces médecins porteurs d'une vision holiste de la santé, ces évolutions ne se font pas sans résistance.

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

L'accroissement de la coordination pluriprofessionnelle s'accompagne d'une augmentation des délégations de tâches entre professionnels de santé. Ipep contribue à amplifier cet effet, déjà présent dans les MSP enquêtées avec, entre autres, le développement d'infirmières salariées dont le travail consiste en partie à décharger les médecins d'un surplus d'activités, jugées non spécifiquement médicales.

« La maison de santé nous a permis très rapidement de comprendre en y réfléchissant qu'il vaut mieux payer un toubib à faire de la médecine que [premièrement] conduire une bagnole, deuxièmement, répondre au téléphone, troisièmement, commander des draps d'examen, quatrièmement, faire de la compta', etc. Donc, on a de plus en plus délégué toutes les tâches, je dirais extra médicales, jusqu'à la maison de santé qui a permis aussi de déléguer des tâches médicales, mais, surtout, de déléguer les tâches extra-médicales. »

Médecin généraliste libéral,
MSP de Vosgirard

L'accroissement de ces délégations de tâches revient cependant à concentrer l'activité médicale autour des tâches de diagnostic et de prescription, que seuls les médecins peuvent effectuer (hormis certaines prescriptions de renouvellement, pouvant être effectuées depuis peu par les IPA).

« J'adore faire de l'éducation thérapeutique en consult', mais je n'ai pas le temps et je sens cette pression sur mes épaules de consultations où il faut être rentable sur le territoire. »

Médecin généraliste libéral,
MSP de Vosgirard

Cette nouvelle organisation du travail devrait permettre d'augmenter le nombre de patients affiliés médecins traitant. Cependant, cette injonction n'est pas toujours bien reçue par les différents médecins généralistes, au-delà des porteurs qui la promeuvent. En effet, certains professionnels ne souhaitent pas limiter leur activité médicale aux tâches de diagnostic et de prescription, préférant conserver une prise en charge globale du patient, une diversité dans leur activité, et un suivi dans le temps de leur patientèle. Plusieurs stratégies permettent alors une pérennité de ce rôle de généraliste.

Certains médecins généralistes délèguent des tâches tout en assurant un contrôle régulier du travail des infirmières salariées, comme ce médecin généraliste de la MSP de Mazernard. Lors d'une réunion pluriprofessionnelle, un des médecins généralistes explique :

« Moi, j'ai pas l'impression quand je délègue, par exemple à l'infirmière Asalée formée à la pratique avancée, de perdre en qualité de suivi. Je me positionne à un autre niveau de suivi. Ça vient de m'arriver ce matin, elle a vu une personne, elle a fait exactement le boulot que moi j'aurais fait, et en débriefant, je me suis rendu compte qu'il y avait en fait un bilan à faire, le fait de pas avoir le nez dans le guidon des patients, je prends de la hauteur. Donc, elle a fait vraiment le boulot que j'aurais fait en tant que médecin sur les pathologies chroniques, mais sur les à-côtés du dossier sur la prise en charge globale, y a des choses que moi j'ai pas du tout l'impression de perdre en plus-value. »

Observation,
réunion, MSP de Mazernard, 12/22

En assurant un contrôle plus distancié des consultations déléguées, ce médecin généraliste garantit de ne pas perdre un rôle « pivot » dans le parcours des patients. Par ailleurs, plusieurs médecins résistent plus frontalement aux délégations de tâches, en refusant plus simplement de déléguer des tâches aux infirmières, craignant de perdre en qualité dans leur travail.

« Moi, quand l'infirmière de parcours remplit les dossiers de nouveaux patients, je les connais moins bien que quand c'est moi qui l'ai fait. Quand tu remplis d'emblée, c'est toi qui le connais, c'est toi qui l'as mis, tu le mémorises bien mieux que quand il faut le lire, souvent on le lit pas trop parce qu'on se dit c'est fait, et c'est pas forcément un plus hein ! »

Médecin généraliste libérale,
MSP de Mazernard, 12/22

De plus, certains médecins généralistes investissent des rôles stratégiques dans la réforme des soins primaires (en développant des relations avec les membres des administrations sanitaires) et dans l'organisation locale des soins primaires (Schlegel, 2022)¹⁵. Ce rôle est décrit dans les parties 4.2.3 et 4.2.4, qui montrent l'investissement de certains médecins dans les CPTS, aux côtés de coordinateurs, déployant un important travail pour tisser des liens entre acteurs de différents secteurs : MSP et CDS, CPTS, Dac, PTA, CH et CHU, CLS... Il s'accompagne pour certains médecins ou pour des groupes d'acteurs (Fédérations professionnelles) d'un rôle au niveau national que nous avons également déjà évoqué précédemment.

4.2.6. Quels rapports à l'expérimentation Ipep et au modèle économique ?

L'expérimentation est plébiscitée par les porteurs des équipes engagées dans l'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) qui, dans les séances plénières, manifestent leur appréciation positive des échanges avec l'équipe nationale et trouvent dans Ipep un soutien à leurs projets. Tous souhaitent sa poursuite. Cependant, l'utilisation explicite du modèle économique Ipep lui-même est finalement assez réduite de la part des différents professionnels engagés, qui tendent à développer les projets qui font sens pour eux localement, sans nécessairement chercher à répondre explicitement aux attendus du modèle économique. D'ailleurs, seuls un ou deux professionnels par organisation ont connaissance du modèle économique.

Dans les groupements libéraux, les professionnels sont satisfaits d'obtenir des marges de financement pour développer des projets qui font sens localement pour eux. Cependant, ils considèrent Ipep comme un financement parmi d'autres et ne cherchent généralement pas à répondre aux différents incitatifs. Certains professionnels critiquent le concept de gains d'efficience en lui-même, alors que les indicateurs de qualité apparaissent davantage consensuels. Le modèle est jugé complexe et l'usage des données d'activité reste rare.

Les Centres de santé (CDS) poursuivent l'objectif de disposer de données leur permettant de piloter leur activité pour en améliorer la qualité, ce qui rejoint l'un des objectifs de l'expérimentation Ipep. Les expérimentateurs adhèrent aux objectifs de l'expérimentation, notamment celui d'améliorer la coordination des soins, tout en soulignant une certaine redondance avec ceux d'autres

¹⁵ <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-273-des-medecins-entrepreneurs-de-la-transformation-des-soins-primaires.html>

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

dispositifs comme les CPTS. Les porteurs évoquent aussi les limites du modèle économique lui-même dont les calculs, selon eux, conduisent à un financement insuffisant au vu des objectifs, ce qui rend nécessaire la recherche de sources complémentaires.

Pour les hôpitaux, la taille des expérimentations hospitalières induit un rapport temporel critique à l'expérimentation Ipep, qui est jugée trop rapide pour avoir le temps de montrer des changements s'appliquant à un territoire de « grande taille ». Les groupements portés par la Fédération de Chessois s'investissent dans la production et l'analyse de données de santé et d'activité au service d'un projet propre.

Dans les organisations libérales, la plupart des professionnels sont favorables à la poursuite de l'expérimentation Ipep. En effet, les médecins généralistes expliquent que l'expérimentation leur a permis de regagner des marges d'autonomie dans l'organisation locale des soins et de financer des projets qui font sens pour eux. Cela est permis par le fait que les financements Ipep sont laissés libres d'utilisation, les professionnels de santé devant simplement fournir un compte rendu déclaratif de leur allocation. Lors d'une plénière Ipep, un atelier porte sur les évolutions dans l'organisation et le travail de soins découlant de la mise en place des financements expérimentaux. Un médecin généraliste libéral, exerçant au sein d'une MSP, déclare :

« Je ne vois pas de grande différence, mais la vérité c'est qu'on est englué dans un système très XX^e siècle avec une diminution des ressources et qu'Ipep ça a été une bouffée d'oxygène qui a permis de créer des emplois et libérer des professions qui étaient sous l'eau. » Un autre médecin généraliste renchérit : « Les équipes voient ce dont elles ont besoin, moi j'ai une infirmière en pratique avancée, et Ipep permet aussi de rémunérer des temps de travail administratif [effectué par les médecins] comme l'écriture des dossiers, la correction des ordonnances, qui ne sont pas rémunérés par le paiement à l'acte. »

Observation,
plénière Ipep, 03/22

Les financements Ipep offrent ainsi de la souplesse aux professionnels de santé dans l'organisation locale de leur travail et sa rémunération. Ipep vient également soutenir les dynamiques émergentes de structuration des liens intersectoriels, sur les territoires.

« La valence positive, c'est que, d'emblée, il y a un partage avec des professionnels de santé du territoire et une capacité de mobilisation. Il y a aussi une appétence récente des établissements de santé. On n'a pas encore d'organisation stable, mais le poids de ces expérimentations de grande qualité est important. Je suis très reconnaissante. 51 c'était génial. Ça nous a donné une validation, une reconnaissance. »

Médecin généraliste libérale,
CPTS de Grézins, séminaire Ipep, de janvier 2024

En revanche, cette satisfaction générale n'implique pas une adhésion globale au modèle économique Ipep en lui-même. En effet, dans les organisations libérales, les professionnels tendent à mettre à distance ces modèles économiques et à le dissocier de leur pratique. Ainsi, en dehors des quelques professionnels qui participent directement aux échanges avec les équipes nationales, les professionnels libéraux ne connaissent pas le modèle économique Ipep et ne savent parfois pas que leur organisation y participe.

« Pour Ipep, je ne sais même pas ce que c'est ! Donc, je ne savais même pas que j'avais signé pour Ipep. Alors bon [...] ! »

Infirmière salariée Asalée,

formée en pratique avancée, MSP de Mazernard, 12/22

Dans les organisations libérales enquêtées, les résultats quantitatifs diffusés par les équipes nationales ne sont pas relayés au sein des organisations, et ne sont pas utilisés pour mettre en place des actions ciblées, même si quelques structures ont produit des analyses de leurs données d'activité, avec l'aide pour l'une d'elles d'une Plateforme territoriale d'appui (PTA). Deux éléments apparaissent centraux dans l'analyse de ce résultat. Tout d'abord, les professionnels libéraux sont attachés à leur autonomie professionnelle, et s'estiment les seuls légitimes dans la définition quotidienne de leur exercice. Les professionnels de santé « porteurs », qui participent régulièrement aux réunions avec les pouvoirs publics, estiment par ailleurs que les modèles économiques sont éloignés à la fois de leurs compétences, mais aussi de leurs pratiques.

« Après, il y avait tout le travail, là, il fallait prendre du doliprane ou de l'aspirine avant d'y aller, sur les indicateurs. Comment ils sont calculés. Très honnêtement, moi je ne suis pas spécialiste en statistique, mais ils ne m'ont pas énormément convaincue, mais en même temps, il fallait trouver une manière de faire. »

Médecin généraliste libérale,

CPTS de Grézin, 11/21

Ensuite, l'absence de relais sur les modèles et leurs résultats est également une manière pour les porteurs de protéger l'autonomie des professionnels au sein des organisations libérales, et de s'assurer ainsi la confiance de leurs collègues dans les relations avec les pouvoirs publics – alors que celles-ci peuvent susciter une forme de méfiance.

« Je restitue mes premiers résultats à la MSP de Servoisins, parlant notamment du rapport distancié aux incitations du modèle économique Ipep. Suite à ma présentation, le coordinateur salarié intervient pour expliquer cette distance à la trentaine de professionnels présents : Je voulais revenir aussi, cette histoire qu'Ipep n'est pas très connu, du coup que les professionnels ne changent pas leurs pratiques par rapport aux indicateurs, c'est absolument voulu ! C'est-à-dire qu'on ne veut pas que vous travailliez pour des indicateurs ! On est vraiment dans cette idée d'aller chercher des financements. C'est l'objectif, c'est pour pas que vous modifiez vos pratiques pour une expérience principalement médico-éco, enfin économique. »

Observation,

réunion de restitution, MSP de Servoisins, 01/23

Si dans les réunions nationales, les porteurs expriment leur intérêt pour l'expérimentation et le modèle économique proposé, en entretien, ils admettent aisément se détacher des orientations nationales pour privilégier une forme d'autorégulation professionnelle, en favorisant des projets de santé locaux qu'ils pensent pertinents. D'autre part, les professionnels de santé attendent des pouvoirs publics un investissement dans les soins primaires. Or le modèle économique Ipep repose sur une répartition de gains liés à une réduction des dépenses de santé. Pour certains professionnels libéraux, cela heurte leurs valeurs professionnelles, et notamment une logique de désintéressement qu'ils revendiquent. En outre, ces professionnels cherchent à développer des pratiques qualitatives, qui demanderaient un investissement. Pour eux, les objectifs de réaliser des économies et d'améliorer la qualité des soins s'opposent.

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

4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep

Irdes - mars 2025

« Ma participation dans Ipep à moi, depuis le début, je suis en boucle là-dessus, à chaque fois que je vais dans une réunion [elle rit nerveusement] : "Vous [l'équipe nationale] parlez de qualité des soins, mais en vrai vous parlez de faire des économies". En fait c'est pas synonyme ! Chaque réunion où j'ai participé, je suis revenue là-dessus à un moment ou un autre [...]. "Si vous produisez moins de dépenses, chers petits praticiens, vous allez toucher un intéressement". Vu qu'on est convaincu qu'on met la qualité des soins en premier et que, de toute façon, il faut se contorsionner pour obtenir les financements pour faire perdurer cette qualité des soins là, je suis prête à des contorsions, du moins je l'étais. »

Médecin généraliste libérale,

MSP de Servoisins, 12/21

Les professionnels libéraux enquêtés se montrent ainsi critiques face au modèle économique, et cherchent à en limiter les effets localement. En contrepoint, les indicateurs de qualité sont plus facilement acceptés par les professionnels de santé. Lors du déjeuner de la plénière en janvier 2023, un médecin généraliste libéral explique que le problème d'Ipep, c'est « l'entrée sur l'efficience ». Il souligne que :

« C'est difficile de motiver les médecins généralistes à travailler sur les dépenses globales, il faut les faire travailler à la limite sur les indicateurs de qualité ».

Observations,

plénière Ipep, 01/23

Dans certaines organisations libérales, les professionnels « porteurs » développent ainsi une ou deux actions autour d'un indicateur de qualité spécifique : dans la MSP de Vosgirard citée précédemment, l'amélioration de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques ou rénaux est pensée comme un moyen d'éviter les ré-hospitalisations. Ces indicateurs restent cependant trop nombreux pour être appréhendés dans leur ensemble. Globalement, les professionnels libéraux « porteurs » ont l'impression d'un modèle économique déconnecté de leur pratique, qui ne serait pas capable de saisir les effets de leurs actions. Certains parlent d'une « loterie » quant à l'allocation de l'intéressement Ipep, dont les ressorts restent obscurs pour les professionnels de santé.

En MSP, des porteurs se disent intéressés par la mise à disposition de données sur l'activité de leur groupement, et auraient souhaité pouvoir se comparer aux autres groupements ou aux territoires voisins :

« On a regretté dans notre gouvernance de ne pas disposer de la totalité des comparatifs pour tous les groupements. Les chiffres qui nous sont donnés individuellement, on ne peut rien en tirer pour notre gouvernance. Si j'essaye d'identifier les 30 patients qui sont responsables de l'explosion des hospitalisations, je n'ai pas les données. Et je ne peux pas me comparer à un autre secteur. »

Médecin généraliste,

MSP de Mazernard, séminaire Ipep de janvier 2024

Les **CDS** ont décidé de mutualiser les financements Ipep au niveau de l'association Genne-Franc pour développer des recherches sur leur activité. En effet, les porteurs des CDS souhaitent disposer de données pour piloter leur activité, d'où l'attribution du financement Ipep à la création d'un entrepôt de données :

« On veut travailler sur les indicateurs : les données cliniques nous permettent de produire nos propres données en discussions avec l'Assurance maladie [...]. Nous souhaitons mettre en place un pilotage clinique, grâce à l'embauche d'un ingénieur analysant les données cliniques produites par les centres. »

Médecin généraliste salarié,
Association Genne-Franc, janvier 2024

Les référentes locales des projets Ipep en **CDS** évoquent néanmoins les limites du modèle économique lui-même, dont les calculs selon eux conduisent à un financement insuffisant au vu des objectifs qui lui sont assignés, ce qui rend nécessaire la recherche de sources complémentaires (en l'occurrence, la permanence des soins a fait l'objet d'une demande de financement ARS en parallèle).

L'expérimentation hospitalière portée par la Fédération de Chessois et ayant bénéficié de crédits Ipep a suivi un développement selon un calendrier et des indicateurs qui lui sont spécifiques. Les indicateurs produits par les sites dits « pionniers » de la Fédération sont soit des indicateurs de suivi de projet (nombre de professionnels ayant participé à..., nombre d'actions menées, nombre de personnes sensibilisées, etc.), soit des indicateurs d'inclusion dans un programme clinique, conformément à la logique de cette expérimentation (nombre de patients inclus). Par ailleurs, la taille des groupements expliquerait selon ses porteurs, mais également d'autres porteurs de groupements hospitaliers (hors Fédération Chessois) le fait qu'il est difficile d'atteindre en cinq ans les résultats souhaités par Ipep :

« Pour l'[ENP Ipep], les mécanismes d'incitation devaient être quasiment immédiats. Il y avait un an d'aide au démarrage [...] et après, ça produisait des effets sur la consommation de santé. On a trouvé ça, à peu près tous, assez choquant. »

Médecin généraliste
Projet Garlindoit

« Le modèle a comme objectif d'être d'abord poussé vers des fonds d'amorçage puis de s'auto financer. Il est possible qu'il y ait plusieurs phases de ce point de vue-là : phase où on va découvrir une partie des problèmes de santé, on va découvrir des diabétiques qui s'ignorent. Certains coûts pourraient augmenter avant de se réduire. Il faudrait un suivi en coût unitaire de personnes diabétiques. Ce n'est que dans la deuxième phase en aplatissant la pyramide que les coûts vont se réduire. La logique [expérimentale de la Fédération Chessois] est en train de se développer. »

Responsable administratif national
Fédération Chessois

5. Résultats de l'enquête Efpop volet MSP

Les analyses portent sur l'ensemble des MSP ayant répondu à l'enquête Efpop et sur la comparaison de deux groupes de répondants : les MSP expérimentatrices Ipep, en tant que porteuses de projet ou partenaires, et les MSP ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) au début des années 2010, mais non participant à Ipep ou Peps. Les ENMR avaient pour objectif de cofinancer le fonctionnement de maisons, pôles et centres de santé de 2009 à 2013 en expérimentant de nouvelles rémunérations pour les structures ambulatoires développant un projet de santé axé sur la coordination pluri-professionnelle autour des patients (Mousquès, 2014). La participation aux ENMR des MSP non-expérimentatrices est un moyen d'appréhender la maturité de ces structures, entendue ici à la fois par l'ancienneté et leur engagement dans la restructuration des soins primaires, de ce point de vue plus comparables aux structures expérimentatrices pour lesquelles la maturité a constitué un critère d'éligibilité aux expérimentations. Les réponses ont été collectées principalement entre décembre 2022 et juin 2023, et l'enquête a été définitivement clôturée en février 2024.

5.1. Quelles caractéristiques des MSP Ipep (porteuses ou partenaires) dans Efpop ?

Parmi les 122 MSP répondant à l'enquête Efpop, 17 MSP ont participé à l'expérimentation Ipep en tant que porteuses de projet ou en tant que partenaires et appartiennent à 14 groupements Ipep différents. Il s'agissait pour 6 d'entre elles de MSP porteuses des projets, pour 7 de MSP appartenant à des groupements de MSP, et pour les 4 autres de MSP appartenant à des CPTS ou des groupements ville-hôpital.

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), porteuses ou partenaires des projets Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), sont plus anciennes et ont participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) pour la quasi-totalité des porteuses créées avant 2015. Elles se situent dans des territoires contrastés du point de vue socio-économique et d'offre de soins.

Au démarrage du projet de MSP, les motivations ou préoccupations des professionnels de santé portaient plus souvent sur l'amélioration de l'accessibilité aux soins des patients, le partage des frais d'investissement et de fonctionnement et moins souvent sur l'attraction des jeunes professionnels par rapport aux autres MSP ayant participé aux ENMR.

Elles ont déclaré plus de difficultés dans la mise en place et le fonctionnement de leur MSP pour tisser des partenariats avec d'autres offreurs de soins ou services de santé, obtenir des financements pour mettre en œuvre des actions et de réunir (et conserver) un nombre suffisant de professionnels de santé, ce qui reflète probablement des différences d'ambitions et d'objectifs en matière de partenariat et de financement des structures Ipep.

Les MSP Ipep sont de taille plus importante, en nombre de médecins généralistes et d'infirmières, bien que cette différence soit surtout portée par des extrêmes. Elles diffèrent dans leur composition, avec plus souvent des assistants médicaux, des infirmières en pratique avancée (IPA) et des médiateurs en santé.

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

5. Résultats de l'enquête Efof volet MSP

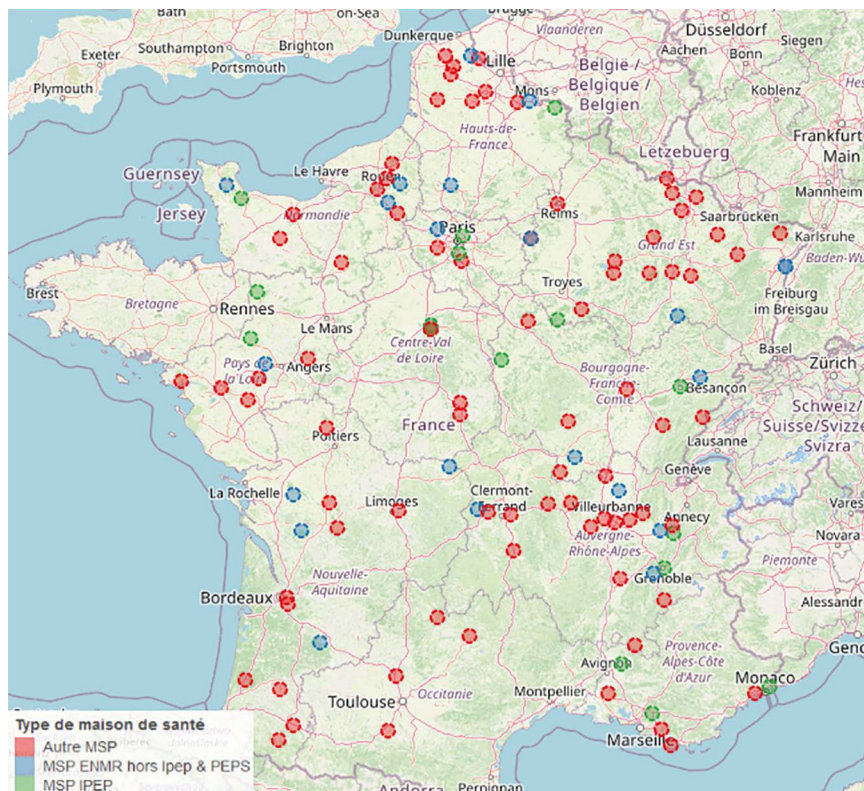
Irdes - mars 2025

5.1.1. Des MSP plus anciennes et ayant participé aux ENMR pour les porteurs de projet Ipep

Les MSP participant à Ipep sont souvent plus anciennes, avec 65 % d'entre elles ouvertes avant 2015, contre 37 % pour l'ensemble de l'échantillon. Parmi celles-ci, la quasi-totalité avait participé aux ENMR, ce qui témoigne de la pertinence du choix de ce groupe pour les comparaisons, en cohérence avec la recherche de structures matures pour porter les projets. Les MSP expérimentatrices sont plus souvent dans une configuration multisite que les autres ENMR hors Ipep et Peps, avec plus souvent plusieurs sites pluriprofessionnels. Seules 88 % des MSP Ipep ont indiqué avoir signé l'ACI des MSP, mais certains non-signataires sont signataires à un autre niveau de groupements de professionnels autres que celui de la MSP participant à Ipep, qu'ils soient plus petits ou plus grands, et une MSP nouvellement créée est en cours de signature. Si toutes les MSP sont constituées en Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), les MSP expérimentatrices sont moins souvent constituées en association loi 1901 : 24 % contre 35 % pour les autres ENMR.

Les MSP Ipep se distinguent aussi par leur localisation (carte 2, tableau A1 en annexe), qui est contrastée à la fois socio-économiquement et en termes d'offre de soins, avec une part importante d'entre elles situées dans des villes centres hétérogènes socio-économiquement dont l'offre de soins est abondante (47 % vs 9 %), alors que les autres MSP Ipep sont implantées dans les marges rurales peu attractives et avec des populations fragiles (29 %) de façon similaire à l'ensemble des MSP.

Carte 2 Localisation des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) répondant à l'enquête Efof^a selon les groupes d'analyses – France métropolitaine, Martinique et Guyane



Source : Enquête Efof (Irdes).

^a Enquête sur le fonctionnement et l'organisation des structures pluriprofessionnelles en soins primaires (Efof).

5.1.2. Motivations plus importantes des professionnels pour améliorer l'accessibilité aux soins

Au démarrage du projet de MSP, les motivations ou préoccupations des professionnels de santé étaient plus importantes pour les MSP Ipep pour : améliorer l'accessibilité aux soins des patients (71 % *vs* 44 %), partager des frais d'investissement et de fonctionnement (35 % *vs* 4 %) et moins pour attirer des jeunes professionnels (41 % *vs* 52 %) par rapport aux autres ENMR. Pour la mise en place du projet de la MSP, les acteurs principaux ayant contribué au soutien technique pour l'ensemble des structures sont les professionnels de santé eux-mêmes qu'ils soient médicaux, paramédicaux, ainsi que les autres professionnels de santé. L'ensemble des MSP soulignent aussi l'importance des acteurs institutionnels, que ce soit l'ARS ou l'Assurance maladie, mais aussi la Fédération des MSP, ainsi que les élus locaux. Bien qu'ils aient eu une importance moindre, il faut souligner une différence notable pour les MSP Ipep sur l'importance des Unions ou syndicats de professionnels de santé (national, régional) et, au contraire, une moindre importance des autres représentants ou services de l'État en région ou département par rapport aux autres MSP ENMR. Concernant le soutien financier au projet, l'ensemble des structures a souligné le rôle prépondérant des professionnels médicaux et paramédicaux, ainsi que de l'ARS et de l'Assurance maladie. Par rapport aux autres ENMR, les MSP Ipep ont davantage souligné le rôle des autres professionnels (ni médicaux, ni paramédicaux) et moins celui des élus locaux.

5.1.3. Des difficultés rencontrées probablement liées à leur dynamique sur la mise en place de partenariats et la recherche de financements

Parmi les difficultés majeures rencontrées dans la mise en place ou le fonctionnement de la MSP, les MSP Ipep ont été confrontées plus que les MSP ENMR hors Ipep à la difficulté de tisser des partenariats avec d'autres offreurs de soins ou services de santé (41 % *vs* 13 %), d'obtenir des financements pour des actions mises en œuvre par les membres de la MSP (53 % *vs* 30 %) et de réunir (et conserver) un nombre suffisant de professionnels de santé (29 % *vs* 9 %) pour les différences les plus marquantes. Sans nécessairement signifier que des obstacles plus importants ont été rencontrés, ces écarts sont probablement la manifestation de différents ambitions et objectifs en matière de partenariat et de financement des structures Ipep, qui y auraient alors été plus souvent confrontées, voire de différences dans le contexte local.

Plus des trois quarts des MSP ont mis en œuvre un projet immobilier ou architectural depuis 2007. Le dernier projet des structures Ipep concernait plus souvent une réhabilitation ou extension d'une précédente structure médicale ou autre type de projet alors que les structures ENMR hors Ipep ont plus souvent réalisé une implantation nouvelle. Les aides financières, la proximité des anciens locaux à des services sociaux et municipaux sont les facteurs les plus importants considérés par l'ensemble des structures. Les MSP Ipep ont plus souvent pris en considération de façon très importante les préférences des professionnels, et moins la proximité à d'autres services ou équipements de santé ou un diagnostic déficitaire de l'offre de soins. Les locaux des MSP sont le plus souvent à proximité immédiate d'une pharmacie d'officine pour 70 % de l'ensemble des structures. Les MSP Ipep se distinguent, car elles sont aussi plus souvent à proximité immédiate d'un laboratoire de biologie médicale et d'une structure de services médicaux et médico-sociaux que les MSP ENMR hors Ipep.

Les propriétaires ou copropriétaires des locaux des MSP sont le plus souvent une collectivité locale ou un ou plusieurs professionnels de santé et cela pour l'ensemble des structures. Une partie des MSP Ipep ont aussi pour propriétaires des investisseurs privés, ce qui n'est pas le cas des ENMR hors Ipep. La quasi-totalité des structures participant à l'enquête paie un loyer, que ce soit elle-même au niveau de la structure, ou par l'intermédiaire des

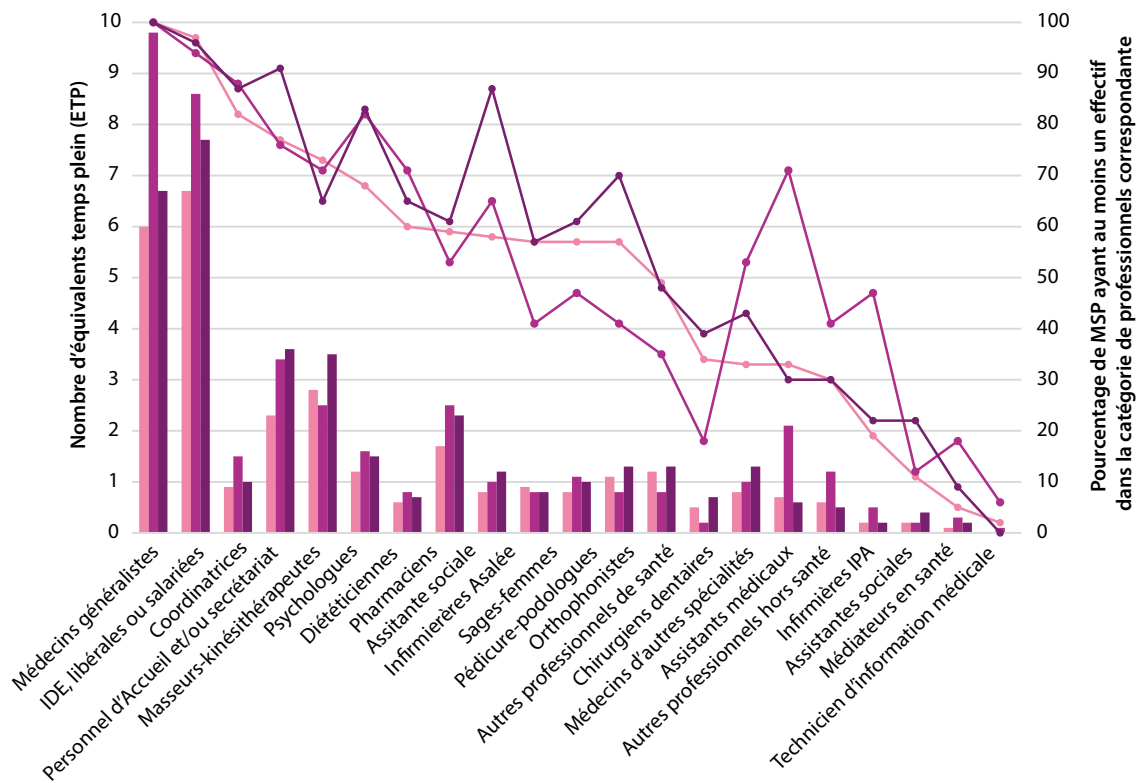
professionnels de la structure. Les MSP Ipep se distinguent ayant plus souvent contracté un bail unique avec la structure juridique de la MSP alors que les MSP ENMR disposent plus souvent de baux multiples pour les différentes catégories de professionnels ou des baux individuels avec chaque professionnel.

Des structures de taille plus importante, avec plus d'assistants médicaux et d'IPA

Alors que les MSP répondantes comptent en moyenne 6 médecins généralistes et 7,7 infirmiers (IDE : libérale ou Idel, Asalée ou IPA), les MSP Ipep sont de taille plus importante avec davantage de médecins généralistes et d'infirmiers, notamment, mais ces différences de taille moyenne sont surtout portées par quelques extrêmes. Ainsi, le nombre moyen de médecins généralistes est de 9,8 pour les MSP Ipep et de 6,7 pour les MSP ENMR, alors qu'il est respectivement de 6 et 5 si on considère le nombre médian de médecins généralistes. Le constat est similaire pour le nombre moyen d'infirmières, mais avec une médiane supérieure pour les MSP ENMR et une médiane de 7 infirmières si l'on considère à la fois les IdeL, les infirmières Asalée et les IPA alors que la médiane est de 6 pour l'ensemble des infirmières pour les MSP Ipep (graphique 2). Des différences de composition sont également observées. Les MSP Ipep ont plus souvent des médecins spécialistes d'autres disciplines (53 % vs 43 %), mais moins souvent des sages-femmes et des chirurgiens dentaires. Elles ont aussi plus souvent des assistants médicaux (71 % vs 30 %), mais aussi plus souvent des IPA (47 % vs 22 %) bien qu'elles aient légèrement moins d'infirmières Asalée (65 % vs 87 %) que les autres MSP ENMR. En revanche, on remarque une moindre présence de pédicures, de podologues et d'orthophonistes, même si sur ce point elles sont proches de la composition moyenne de l'ensemble des MSP participantes à l'enquête (graphique 2).

Concernant les professionnels hors santé, les MSP Ipep ont moins systématiquement de personnels de secrétariat et d'accueil que les autres ENMR (76 % vs 91 %) et se rapprochent sur ce point de l'ensemble des MSP. Elles ont pour 88 % d'entre elles au moins une coordinatrice, ce qui est similaire aux autres structures, mais avec des effectifs moyens plus élevés (1,5 vs 1). Les MSP Ipep ont enfin plus souvent des médiateurs en santé que les autres structures ENMR (18 % vs 9 %) [graphique 2].

Graphique 2 Composition professionnelle des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)



Nombre d'ETP (CDI + CDD)

- Toutes les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) – Nombre de professionnels
- MSP Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) – Nombre de professionnels
- MSP Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR hors Ipep et Peps) – Nombre de professionnels

Pourcentage de MSP ayant au moins un effectif dans la catégorie de professionnels correspondante

- MSP Ipep – % avec au moins 1
- MSP Ipep – % avec au moins 1
- ENMR hors Ipep et Paiement en équipe de santé (Peps) – % avec au moins 1

Lecture : Les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participant au dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) comptent en moyenne près de 8,5 Équivalents temps plein (ETP) d'Infirmières diplômées d'État (IDE), libérales ou salariées et près de 95 % en comptent au moins 1.

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.2. Quelles actions et utilisations des ressources dans le cadre d'Ipep ?

5.2.1. Thématiques des actions des MSP dans Ipep

Les MSP expérimentatrices déclarent avoir mis en œuvre pour la quasi-totalité d'entre elles des actions de renforcement du lien ville-hôpital, de façon diverse et à des degrés de renforcement de la coopération différents : des partenariats sur la prise en charge des soins non programmés ; des contacts et échanges d'information avec les spécialistes et établissements du territoire.

Les actions ont aussi visé le renforcement de la coopération entre les professionnels de la MSP, par la délégation des tâches, le développement d'outils de coordination et de partage d'information avec un renforcement de la prise en

charge pluriprofessionnelle autour des parcours complexes, des pathologies chroniques et des soins non programmés.

Pour un peu plus de la moitié des structures Ipep, les actions ont aussi porté sur la mise en place de dispositifs de prévention et de promotion de la santé et de nouveaux protocoles de prise en charge.

Dans le cadre de l'expérimentation Ipep, les MSP expérimentatrices déclarent avoir mis en œuvre pour la quasi-totalité (87 %) des actions de renforcement du lien ville/hôpital ou avec d'autres institutions et services hors de la MSP. Ces actions sont décrites comme relativement diverses selon les MSP et avec des degrés différents dans le renforcement de la coopération. Par exemple, si pour certaines d'entre elles cela a permis de mettre en place des protocoles et conventions de coopération dans la prise en charge des soins non programmés, d'autres disent avoir commencé par initier des contacts avec certains spécialistes à l'hôpital ou avec les différents établissements de soins du territoire. L'objectif de certaines actions a aussi été d'améliorer l'information sur les entrées et sorties des urgences et de l'hôpital. Dans plusieurs projets de MSP, un appui à la coordination des parcours ville-hôpital et un suivi des patients hospitalisés ont aussi été mis en place et pris en charge par les infirmières des structures. Ce renforcement de la coordination a aussi consisté en un projet à installer des systèmes d'information partagés avec l'hôpital.

Les actions introduites dans le cadre d'Ipep relèvent aussi d'un renforcement de la coopération entre les professionnels de la MSP pour 80 % d'entre-elles, encore ici grâce à des initiatives diverses (tableau 6). Cela a pu par exemple passer par une plus forte délégation des tâches, mais aussi par la mise en place d'outils de coordination comme les RCP ou consultations conjointes, la structuration des dossiers patients, ou l'utilisation de formulaires de suivi et de logiciels communs aux différents professionnels. D'autres MSP expérimentatrices disent s'être concentrées sur l'instauration d'une prise en charge approfondie et renforcée du patient autour des pathologies chroniques par plusieurs professionnels. Le temps d'appui à la coordination et la coordination médecin/IDE a aussi été renforcé pour les parcours complexes et les demandes de soins non programmés (tableau 6).

Tableau 5 Types d'actions mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Ipep^a

Quels types d'actions avez-vous mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Ipep ?	Oui (%)
1. Élaboration de protocoles de prise en charge	53
2. Activités en dehors du panier de soins habituellement remboursé (hors nomenclature)	47
3. Actions de prévention et de promotion de la santé (dépistage, éducation du patient, etc.)	60
4. Renforcement de la coopération/coordination entre les professionnels de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [autour des malades chroniques ou des parcours complexes par exemple]	80
5. Renforcement du lien ville/hôpital ou avec d'autres institutions et services hors de la MSP	87
6. Investissement dans du matériel (y compris informatique et système d'information)	13
7. Autres types d'action	6

^a Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

Source : Enquête Efop (Irdes).

Pour un peu plus de la moitié des structures Ipep, les actions décrites ont aussi concerné la mise en place de dispositifs de prévention et de promotion de la santé (60 %). Il s'agissait d'actions de prévention et de dépistage sur des thématiques variées par le biais de journées de sensibilisation ou de campagnes de dépistage, mais aussi par une formation des professionnels de santé dans plusieurs projets. Cela s'est aussi traduit par l'élaboration et la mise en place de protocoles d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de pathologies chroniques. De nouveaux protocoles de prise en charge ont également été élaborés dans plusieurs projets (53 %) pour accueillir de nouveaux patients, pour une prise en charge des patients en équipe coordonnée médecin/infirmier, ou pour une prise en charge psychologique. Des activités en dehors du panier de soins habituellement remboursé ont aussi été proposées concernant les soins non programmés, la prise en charge des soins aigus par les infirmières libérales et les médecins, la prévention hors Rosp, la prise en charge des soins de diététicienne et par une médiatrice en santé. Enfin, des MSP expérimentatrices ont aussi investi dans du matériel médical et informatique.

5.2.2. Ressources financières et utilisation des financements

Les ressources globales des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) sont beaucoup plus importantes, avec des financements moins dépendants de l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI). Cela peut s'expliquer par un abondement des membres et des financements supplémentaires plus fréquents et conséquents.

Les MSP Ipep ont déclaré avoir utilisé les financements reçus dans le cadre d'Ipep de façon similaire entre les crédits d'amorçage et les intéressements, et cohérente avec leurs projets. Concernant le travail en équipe et le renforcement de la coordination, les financements ont été utilisés pour : le recrutement d'infirmières de coordination, la rémunération de temps de coordination pour les professionnels de santé et pour le salaire du coordinateur. Les financements ont aussi été utilisés pour les salaires d'infirmières, d'Infirmières en pratique avancée (IPA), de diététiciennes, de psychologues, d'orthophonistes, de coordinateurs et de médiateurs en santé, ainsi que pour le financement d'activités d'éducation thérapeutique. Enfin, ils ont aussi servi au travail d'administration de l'expérimentation, c'est-à-dire à la gestion de projet, au pilotage, au versement d'indemnités et à la prise en charge de frais de déplacement.

Nous nous intéressons ici aux ressources financières globales des MSP et à l'utilisation qu'elles en font, notamment dans le cadre d'Ipep pour celles qui y participent, entre 2019 et 2021, et avec plus de détails pour l'année 2021. L'exercice est difficile, car la nature et l'étendue du partage des ressources et des charges peuvent être très différentes selon les structures. C'est d'ailleurs pour cette raison, et à la suite des premiers tests auprès des partenaires que l'on a choisi une approche par les ressources et non par les charges. Ces dernières peuvent en effet être sur des périmètres différents et supportés, pour certains postes de charge, directement au niveau de chaque professionnel ou groupe de professionnels sans que ce soit directement au niveau de la MSP. Pour les ressources considérées ici, nous nous intéressons ainsi seulement à celles qui ont été déclarées comme reçues directement au titre de la MSP. L'autre principale difficulté est l'affectation d'une ressource ou d'un financement à un poste de dépense, lorsqu'il n'est pas fléché par nature, car plusieurs logiques d'utilisation des financements peuvent exister, soit en affectant un financement à un poste ou plusieurs postes de façon explicite par un fléchage, soit par une approche en budget global qui

rend plus difficile l'analyse. Des logiques de substitution peuvent alors prévaloir entre postes ou sources de financement, un nouveau financement permettant par exemple de financer un poste déjà supporté précédemment par un autre financement.

Le premier constat est que les ressources globales de la MSP (abondement des membres, ACI, *bonus*, subventions, aides, etc.) sont beaucoup plus importantes dans les MSP Ipep que dans les MSP ENMR hors Ipep : 2,5 fois plus importantes en 2019 et 3 fois plus en 2021. Si l'on considère les ressources par médecin généraliste, pour tenir compte de l'effet de taille, les ratios sont de 1,4 en 2019 et de 1,7 en 2021. En 2019, avant que les MSP Ipep ne reçoivent de l'intéressement, les financements des structures Ipep étaient nettement moins dépendantes de ceux de l'ACI qui représentaient environ 60 % de leurs ressources, contre environ 85 % des ressources pour les MSP ENMR hors Ipep. Elles le deviennent encore moins en 2021 avec l'arrivée des intéressements Ipep pour ceux qui en bénéficient. Pour expliquer cela, on constate qu'elles déclarent bénéficier plus souvent d'un abondement de leurs membres (50 % d'entre elles *vs* 27 % pour les structures ENMR hors Ipep) et plus souvent d'autres financements (60 % *vs* 55 %), bien que l'écart pour les autres financements soit moindre avec les MSP ENMR qu'il l'est avec les autres structures (40 % pour l'ensemble des MSP). Supérieurs en valeur globale pour les MSP répondantes, les financements ACI seraient cependant moindres pour les MSP Ipep si on les calcule par médecin généraliste en 2019, mais deviendraient plus importants par médecin généraliste en 2021 par rapport aux structures ENMR hors Ipep. Cette dynamique plus favorable pour les financements ACI des structures participant à Ipep serait à analyser de plus près à partir de données plus complètes pour la confirmer et en comprendre les causes.

Bien que de nature et d'ampleur différentes, les postes d'utilisation des crédits d'amorçage et de l'intéressement apparaissent similaires, ce qui pourrait traduire une utilisation cohérente dans le temps en lien avec les projets des structures et les charges liées à l'administration de l'expérimentation. Les ressources financières reçues au titre d'Ipep (crédits d'amorçage et intéressement) dans la MSP ont été utilisées majoritairement pour le recrutement ou la rémunération des professionnels de santé de la MSP pour le travail en équipe, et pour mettre en place des activités de soins et de prévention hors du panier de soins habituellement remboursés. Pour le travail en équipe, les financements ont été utilisés pour le recrutement d'infirmières de coordination, de temps de coordination pour les professionnels de santé et pour le salaire du coordinateur. Pour les activités de soins et de prévention hors du panier de soins habituellement remboursés, les financements ont été utilisés pour les salaires d'infirmières, d'IPA, de diététiciennes, de psychologues, d'orthophonistes, de coordinateurs et de médiateurs en santé, ainsi que pour le financement d'activités d'éducation thérapeutique. Les financements ont aussi été utilisés pour l'administration de l'expérimentation concernant la gestion de projet, le pilotage, des indemnités et frais de déplacement. Enfin, de façon plus limitée, ils ont servi au financement de formation et aux frais de fonctionnement de la MSP.

Tableau 6 Postes de dépenses utilisés pour les financements reçus au titre du dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) dans la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [en %]

	Crédit d'amorçage entre 2019 et 2021		Intéressement en 2021	
	Oui (%)	Part des montants déclarés (En %)	Oui (%)	Part des montants déclarés (En %)
Recrutement ou indemnisation/rémunération des autres professionnels de santé de la MSP pour des activités de soins et de prévention hors du panier de soins habituellement remboursés (hors nomenclature)	73	25	75	31
Recrutement ou indemnisation/rémunération de professionnels de santé de la MSP pour le travail en équipe (coordination, protocole)	90	38	78	31
Administration de l'expérimentation (suivi, gestion de projet, saisie des données)	80	19	67	20
Matériel, équipement et communication (dont informatique et système d'information)	50	13	60	15
Formation	67	4	50	0
Frais de fonctionnement de la MSP (locaux, frais juridiques, comptabilité, frais bancaires)	38	1	33	3
Autre utilisation	0	0	50	0

Source : Enquête Efp (Irdes).

5.3. Quelles spécificités des MSP Ipep sur une sélection de thématiques ?

Dans cette partie, nous nous intéressons aux spécificités des MSP Ipep sur une sélection de thématiques en rapport avec les actions mises en œuvre dans le cadre d'Ipep. L'objectif est 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 MSP, dans une optique descriptive et sans vocation à établir une causalité avec l'expérimentation Ipep.

5.3.1. Coordination entre les professionnels de la MSP

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) inscrites dans le dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) se distinguent par un usage plus étendu des outils de coordination ou de coopération (protocoles pluriprofessionnels, Plan personnalisé de santé (PPS), consultation conjointe).

Les réunions et échanges entre les professionnels de santé sont plus fréquents pour les professionnels de santé dans les MSP Ipep, quel que soit le type de réunion. Elles sont aussi plus pluriprofessionnelles, en particulier concernant le suivi coordonné, avec une plus forte participation des professionnels extérieurs à ces réunions.

Un usage plus étendu des outils de coordination ou de coopération

Les MSP Ipep se distinguent par un usage plus étendu des outils de coordination ou de coopération par les professionnels de santé pour le suivi ou la prise en charge des patients. Elles utilisent plus souvent les protocoles de suivi et de prise en charge pluriprofessionnels (88 % vs 70 %), le Plan personnalisé de santé (PPS) [59 % vs 13 %], la consultation conjointe (59 % vs 30 %) et les protocoles de coopération Asalée (65 % vs 52 %) par rapport aux MSP ENMR hors Ipep.

Tableau 7 Outils de coordination ou de coopération utilisés par les professionnels de santé pour le suivi ou la prise en charge des patients (en %)

	Toutes	Ipep ^a	ENMR ^b hors Ipep
1. Échanges directement dans les dossiers patients informatisés	84	88	87
2. Protocoles de suivi et prise en charge pluriprofessionnels (selon catégorie de patient et/ou problème de santé)	75	88	70
3. Protocoles de coopération Asalée	48	65	52
4. Réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) ou staff	98	100	100
5. Consultation conjointe : professionnels et patient (et/ou aidant)	28	59	30
6. Plan personnalisé de santé (PPS)	15	59	13

^a Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

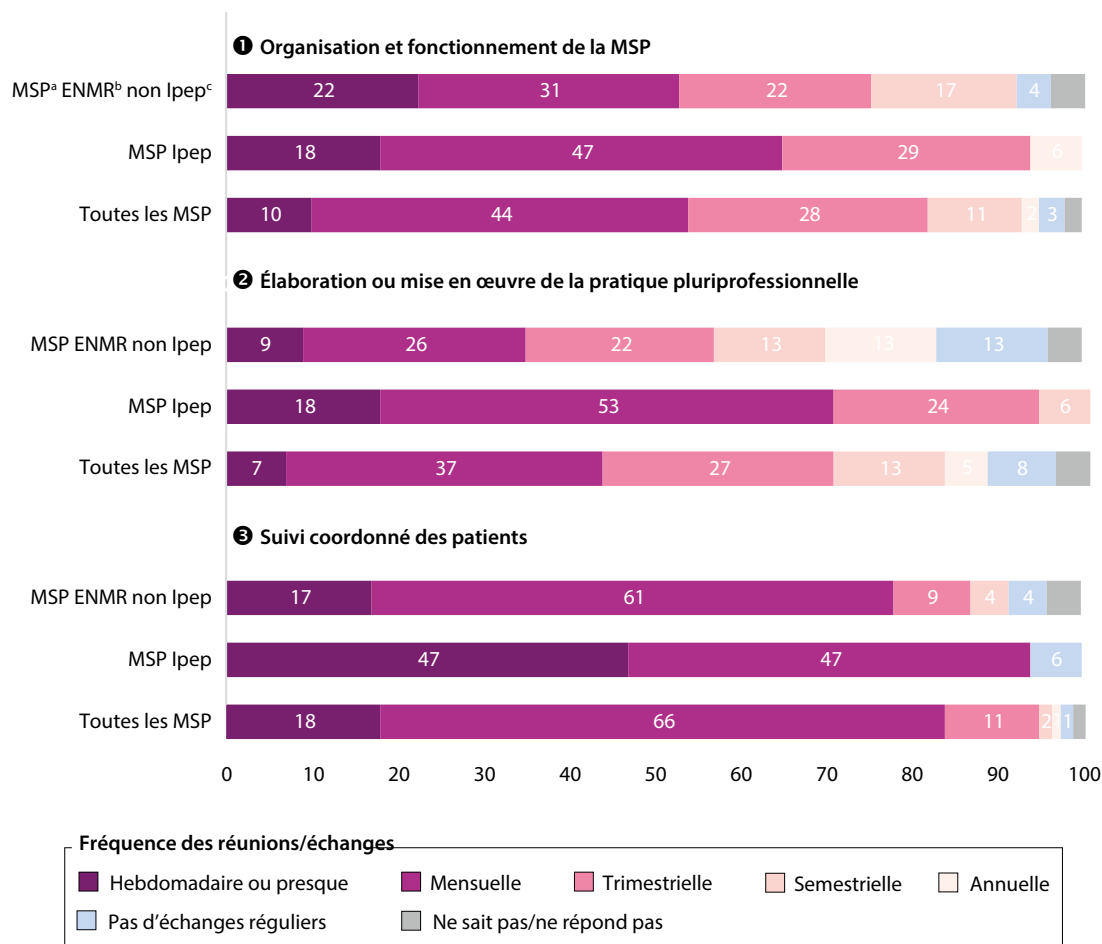
^b Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Efop (Irdes).

Des réunions et échanges entre les professionnels de santé plus fréquents

Les réunions et échanges entre les professionnels de santé sont plus fréquents pour les professionnels de santé dans les MSP Ipep quel que soit le type de réunion (graphique 3). Concernant l'organisation et le fonctionnement de la MSP, la proportion de MSP avec des réunions toutes les semaines ou presque est légèrement inférieure, voire équivalente (18 % vs 22 %) comparativement aux MSP ENMR hors Ipep. Mais les MSP Ipep sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des réunions au moins une fois par mois (65 % vs 52 %), les deux types de MSP se distinguant par une plus grande régularité de ce type de réunions par rapport aux autres MSP. Concernant l'élaboration et la mise en œuvre de la pratique pluriprofessionnelle, les MSP Ipep ont des échanges deux fois plus fréquents que ce soit en considérant la fréquence toutes les semaines ou presque (18 % vs 9 %) ou au moins une fois par mois (71 % vs 36 %). Pour le suivi coordonné des patients, le constat est encore plus fort en faveur d'une plus grande régularité des réunions entre professionnels dans les MSP Ipep toutes les semaines ou presque (47 % vs 17 %) ou au moins une fois par mois (94 % vs 78 %). Sur ces deux derniers types de réunions, les MSP Ipep se distinguent donc fortement des autres MSP, alors que les MSP ENMR sont assez proches des autres MSP.

Graphique 3 Régularité des réunions et échanges entre professionnels de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)



^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).
^b Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).
^c Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

Lecture : 72 % des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participant au dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), soit 8 sur 11, échangent sur l'élaboration ou la mise en œuvre de la pratique pluriprofessionnelle au moins une fois par mois, contre 35 % des MSP ayant participé aux Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ne participant pas à Ipep.

Source : Enquête Efop (Irdes).

Des réunions de suivi coordonné des patients plus pluriprofessionnelles

En complément de la fréquence annuelle des réunions, le questionnaire apporte un éclairage sur la fréquence de participation de 9 professions de santé aux différents types de réunions (graphique 4). Un score a alors pu être construit pour évaluer la fréquence annuelle de représentation des différentes professions à chaque type de réunion. Il apparaît ainsi que, quel que soit le type de réunion des MSP répondantes, les professions qu'on y rencontre le plus souvent dans l'année sont les médecins généralistes, les coordinateurs et les infirmiers de tous types (IPA, Asalée, ou non), tandis que les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les pharmaciens seraient présents à de moins nombreuses réunions. Si on laisse de côté la fonction particulière des coordinateurs, la composition des réunions est cohérente avec la composition professionnelle des structures (graphique 2). En effet, lorsque des réunions sont organisées et qu'un type

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

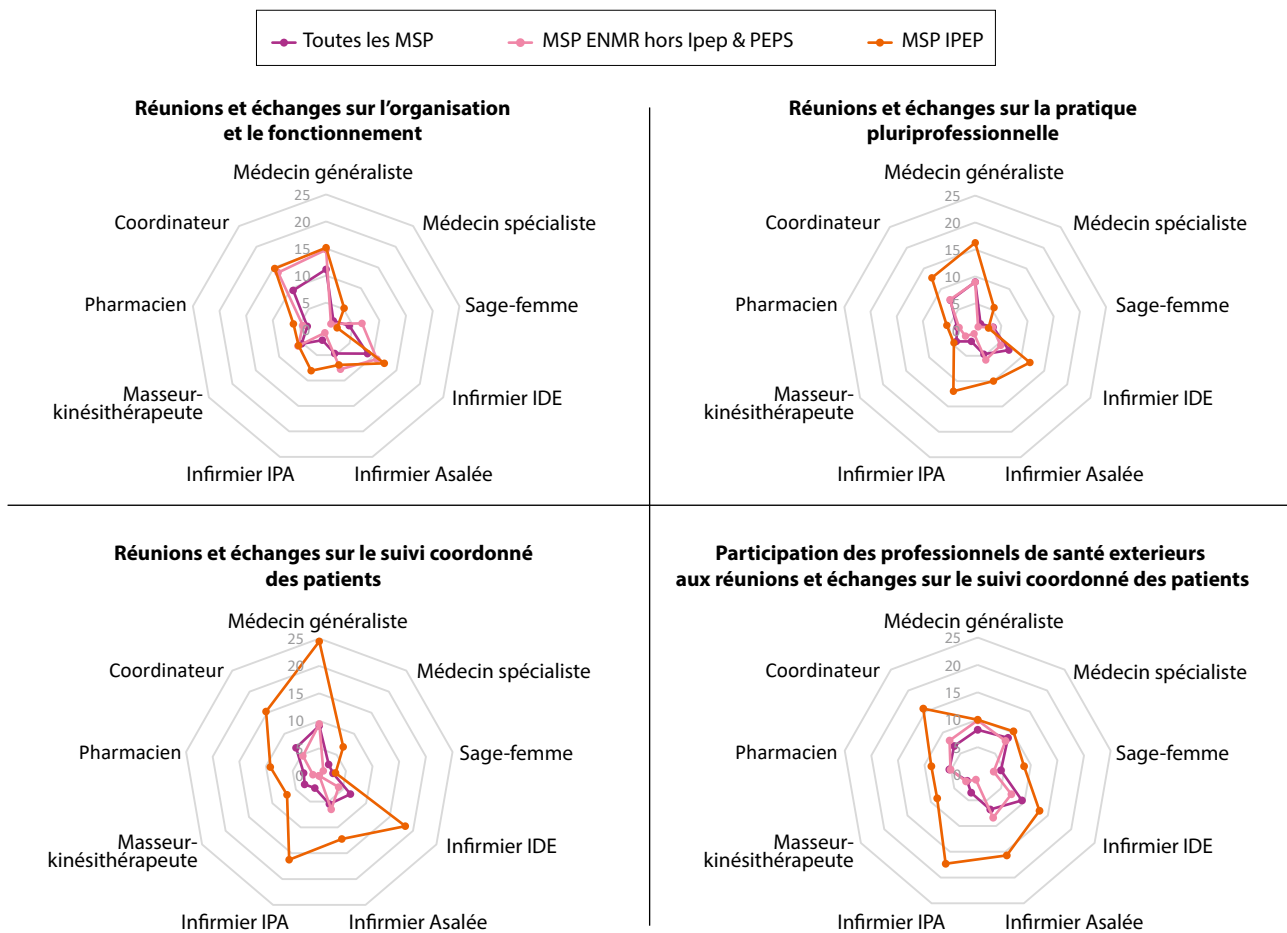
5. Résultats de l'enquête Efop volet MSP

Irdes - mars 2025

de professionnels est présent dans la structure, leur participation aux réunions n'est pas très différente d'un type de structure à l'autre : par exemple, les structures composées de pharmaciens déclarent qu'ils participent toujours (52 %) ou souvent (23 %) aux réunions ou échanges organisés sur le suivi coordonné des patients sans différences marquées chez les structures participant à l'Ipep. Les différences de scores annuels observées dans le graphique 4 traduisent donc plutôt la plus grande fréquence d'organisation de ces réunions et la plus grande variété de professions dans les structures expérimentatrices.

Il en ressort néanmoins que les réunions plus nombreuses organisées dans les structures expérimentatrices sont aussi plus pluriprofessionnelles, en particulier concernant le suivi coordonné et la participation des professionnels extérieurs à ces réunions, hormis les sage-femmes, qui participent à peu de ces réunions quel que soit le type de structure considérée, les réunions des structures expérimentatrices sont plus fréquentes pour chacune des autres professions considérées. Si plus de réunions sur la pratique pluriprofessionnelle ont aussi été organisées par les MSP Ipep, celles-ci restaient surtout composées de médecins généralistes et d'infirmiers.

Graphique 4 Score annuel de composition des réunions



Lecture : Dans les structures expérimentatrices du dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), il y a eu davantage de réunions sur le suivi coordonné des patients auxquelles ont participé des Infirmiers diplômés d'État (IDE) que dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ayant participé aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ou non-ENMR. De plus, il y a eu davantage de réunions sur ces suivis coordonnés auxquelles ont plus souvent participé des infirmiers IDE que des masseurs-kinésithérapeutes, et ce quel que soit le type de structures.

Source : Enquête Efop (Irdes).

5.3.2. Collaboration avec les services et institutions du territoire

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) inscrites dans le dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) se distinguent des autres MSP relevant des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) par une collaboration plus fréquente avec certains services ou institutions du territoire, comme par exemple avec les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie, avec lesquels elles ont aussi plus souvent mis en place des interfaces électroniques d'échange, mais aussi avec la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Avec l'hôpital, on n'observe pas de différence dans la fréquence de la collaboration, mais celle-ci est davantage structurée, avec plus souvent la mise en place de conventions, de réunions d'échange et de concertation. Cela se traduit aussi par la déclaration d'une transmission de l'information plus systématique et rapide qu'au sein des autres MSP et des autres MSP ENMR après un passage aux urgences, la sortie de l'hôpital et lorsque les patients ont été vus par un spécialiste.

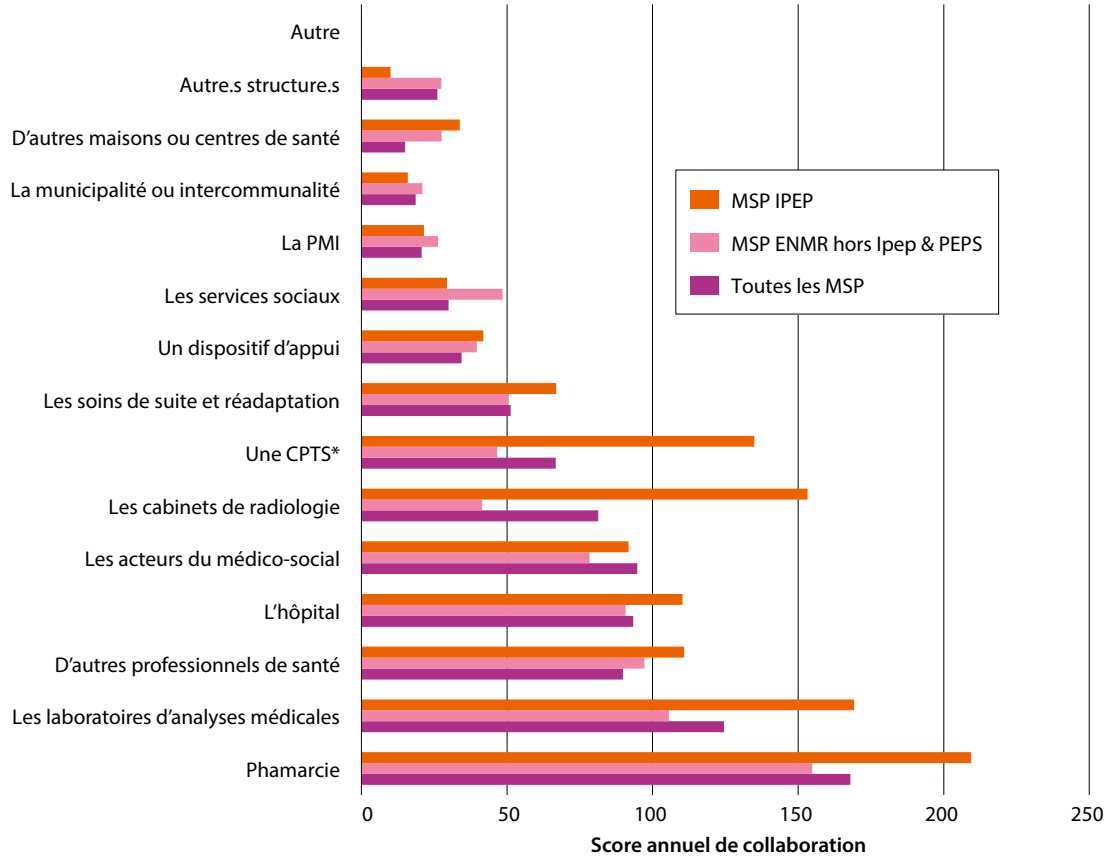
Environ 60 % des MSP Ipep participaient à une CPTS au moment de l'enquête, au titre de la MSP dans son ensemble ou à travers la participation de certains professionnels, ce qui est similaire aux autres MSP interrogées. En revanche, les MSP Ipep, comme les MSP ENMR hors Ipep, sont plus souvent à l'initiative de la CPTS lorsqu'elles y participent par rapport aux autres MSP, sans doute en lien avec l'ancienneté et la maturité des structures. Comme pour la CPTS, elles sont environ 60 % à participer à un Contrat local de santé (CLS), ce qui est similaire aux autres MSP aussi, mais elles se distinguent par une participation plus fréquente de la MSP dans son ensemble.

Une collaboration plus fréquente et un meilleur partage d'information avec les laboratoires d'analyse et les cabinets de radiologie

Les MSP Ipep se distinguent des autres MSP ENMR par une collaboration plus fréquente avec certains services ou institutions du territoire, comme par exemple avec les laboratoires d'analyses médicales (53 % vs 39 %) et les cabinets de radiologie (53 % vs 26 %) pour la collaboration au moins une fois par semaine (tableau A7 en annexe). La collaboration avec les laboratoires d'analyses médicales et les cabinets de radiologie se retrouve aussi dans les ressources informatiques des MSP Ipep qui ont plus souvent que les MSP ENMR des interfaces électroniques d'échange avec les laboratoires de biologie et les cabinets de radiologie.

La fréquence des contacts est aussi plus importante avec la CPTS du territoire (35 % vs 13 %) alors qu'elle est légèrement inférieure avec les acteurs du médico-social. Ces mêmes écarts de fréquence de collaboration sont retrouvés lorsque l'on construit un score de collaboration (graphique 5) qui souligne toutefois la plus fréquente collaboration des MSP Ipep avec les pharmacies en raison de collaborations plus souvent quotidiennes : 86 % vs 52 % dans les autres MSP.

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



* Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)

Note : 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 la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a déclaré ne jamais collaborer avec le service ou l'institution considéré.

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

Une collaboration plus structurée avec l'hôpital

La fréquence de la collaboration avec l'hôpital est similaire entre les MSP Ipep et ENMR bien qu'elle soit supérieure à l'ensemble des MSP (graphique 5 et tableau A6 en annexe). En revanche, la nature de la collaboration avec l'hôpital est différente pour les MSP Ipep par rapport aux autres ENMR. Elle est plus structurée, avec plus souvent la mise en place de conventions (50 % vs 32 %), de réunions d'échange et de concertation (78 % vs 32 %), en plus des collaborations plus fréquentes liées à l'expertise ou à la formation et les interventions et communications, alors que celles liées à l'activité de soins sont équivalentes (tableau 5). Cette structuration est associée à la déclaration d'une transmission de l'information plus systématique et rapide que les autres MSP et les autres MSP ENMR après un passage aux urgences, la sortie de l'hôpital et lorsque les patients ont été vus par un spécialiste.

Tableau 8 Nature de la collaboration avec l'hôpital (hôpital de proximité, CH^a ou CHU^b, cliniques privées, etc.) pour les MSP^c avec une collaboration au moins occasionnelle (en %)

	Toutes MSP ^c	Ipep ^d	ENMR ^e hors Ipep-Peps ^f
1. Convention	25	50	32
2. Réunion d'échange/ concertation	41	79	32
3. Intervention et communication	24	43	32
4. Expertise et/ou formation	25	50	37
5. Activité de soins	63	64	74
6. Autre, précisez :	3	14	5

^a CH : Centre hospitalier.

^b CHU : Centre hospitalier universitaire.

^c MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

^d Ipep : Incitation à une prise en charge partagée.

^e ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

^f Peps : Paiement en équipe de professionnels de santé.

Source : Enquête Efop (Irdes)

5.3.3. Accessibilité aux soins, paniers de soins et services

La taille des patientèles inscrites médecin traitant est nettement plus importante dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) que dans le dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), mais lorsque l'on tient compte du nombre de médecins généralistes, la patientèle médecin traitant est relativement proche entre les divers types de structure.

Elles ont plus souvent que les autres structures mis en place une modalité de tiers payant pour les consultations de médecins généralistes.

Les médecins des MSP Ipep déclarent réaliser plus souvent des téléconsultations que dans les autres MSP. Ils s'organisent pour assurer une réponse aux soins non programmés dans la quasi-totalité des structures sans différence notable avec les autres MSP.

Les MSP Ipep déclarent mettre en place des actions de promotion de la santé ou de prévention de façon régulière plus souvent et en plus grand nombre que les autres MSP, mais de façon similaire aux MSP ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) hors Ipep. Elles ont en moyenne plus souvent déclaré que les autres MSP ENMR la mise en place d'activités auprès des patients et des protocoles pour l'ensemble des thèmes.

La taille des patientèles inscrites médecin traitant est nettement plus importante dans les MSP Ipep, mais lorsque l'on tient compte du nombre de médecins généralistes, la patientèle médecin traitant est relativement proche entre les divers types de structures avec une moyenne légèrement supérieure pour les MSP Ipep (1 141 vs 1 015 patients par médecin généraliste) par rapport aux MSP ENRM hors Ipep et avec une médiane égale avec 1 000 patients par médecin généraliste. Les MSP Ipep mettent en place plus souvent que les MSP ENMR hors Ipep des restrictions à l'acceptation de nouveaux patients médecin traitant mais

dans une ampleur similaire à celle des autres MSP (tableau en A6 en annexe). Le type de restriction dépend néanmoins le plus souvent de chaque médecin et, lorsqu'il est commun à la MSP, il est souvent lié à une zone géographique. Les MSP Ipep ont plus souvent que les autres structures mis en place une modalité de tiers payant pour les consultations de médecins généralistes. En revanche, elles ont plus souvent mis en œuvre le tiers payant de la part de l'Assurance maladie obligatoire (53 % vs 17 %), mais moins souvent le tiers payant intégral que les MSP ENMR hors Ipep.

Téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés

Les médecins des MSP Ipep réalisent plus souvent des téléconsultations que dans les autres MSP (35 % pour tous les médecins vs 20 % dans l'ensemble des MSP). Comme pour l'ensemble des MSP, les professionnels des MSP Ipep réalisent des visites à domicile (selon les types de professionnels). Les médecins des MSP s'organisent pour assurer une réponse aux demandes de soins non programmés (consultations le jour même ou le lendemain), tous les jours dans les MSP Ipep comme dans la quasi-totalité des MSP, et dans les MSP ENMR hors Ipep (96 %). Cela passe par des plages sans rendez-vous dans les agendas (40 %) et par l'ouverture de créneaux quotidiens pour les soins non programmés (73 %), organisation similaire dans les autres MSP. Pour plus de la majorité des MSP (53 %), cette organisation bénéficie à tous les patients de la MSP inscrits médecin traitant ou non. Seule une minorité de structures des MSP Ipep (20 %) déclare cette organisation uniquement pour la patientèle médecin traitant, ce qui est légèrement supérieur aux taux des MSP ENMR hors Ipep (13 %). Enfin, les MSP Ipep ont déclaré plus souvent que leurs médecins étaient organisés collectivement afin de participer à la permanence des soins ambulatoires (gardes/astreintes) ou à la régulation médicale (79 % vs 70 %) par rapport aux MSP ENMR hors Ipep, mais en proportion équivalente à celle des autres MSP.

Actions de promotion de la santé ou de prévention

Les MSP Ipep déclarent mettre en place des actions de promotion de la santé ou de prévention de façon régulière pour 85 % d'entre elles comme pour les MSP ENMR hors Ipep, soit plus souvent que l'ensemble des MSP (67 %) [tableau 10]. Bien que les MSP Ipep aient légèrement plus souvent détaillé leurs actions que les MSP ENMR, les ordres de grandeur sont proches et ne permettent pas de dire si ces structures se distinguent entre elles dans le développement des actions de promotion de la santé et de prévention. Les MSP Ipep et ENMR se différencient des autres MSP avec environ trois actions détaillées en moyenne, contre deux.

Tableau 9 Activité régulière de promotion de la santé (telle l'éducation à la santé à l'école) ou de prévention (tel le dépistage des infections sexuellement transmissibles)

		Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Mise en place régulière d'actions de promotion de la santé ou de prévention				
	Oui (en %)	67	85	86
Nombre d'actions détaillées (entre 0 et 5 max) en %				
	0	34	15	19
	1	7	0	0
	2	12	8	10
	3	18	23	29
	4	19	31	24
	5	10	23	19
Nombre moyen d'actions détaillées		2,1	3,2	3,0

^a MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

^b Ipep : Incitation à une prise en charge partagée.

^c ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

Source : Enquête Efop (Irdes).

Protocoles et activités auprès des patients

Les MSP participant à Ipep ont en moyenne plus souvent déclaré que les autres MSP ENMR la mise en place d'activités auprès des patients pour l'ensemble des thèmes en moyenne (46 % *vs* 36 %) ainsi que des protocoles (33 % *vs* 28 %) [tableau 11]. Pour les activités, les thématiques plus souvent déclarées par les MSP ENMR concernent les pathologies chroniques, la situation de handicap ou la perte d'autonomie, la petite enfance, l'adolescence et la parentalité ainsi que la traumatologie et les soins palliatifs. Pour les protocoles, les différences avec les MSP ENMR hors Ipep sont plus marquées concernant la situation de handicap ou la perte d'autonomie, la santé mentale, le dépistage et la vaccination.

Tableau 10 Fréquence de mise en place d'activités auprès des patients ou de protocoles dans les domaines suivants (en %)

	Toutes MSP ^a		Ipep ^b		ENMR ^c hors Ipep	
	Activités	Protocoles	Activités	Protocoles	Activités	Protocoles
1. Maternité (ex. préparation à la naissance, soins <i>post partum</i> ...)	30	7	18	0	30	4
2. Petite enfance et adolescence/ Parentalité	30	19	47	18	26	26
3. Dépistage et vaccination (ex. dépistage cancer du col de l'utérus, vaccination HPV)	52	29	59	53	57	39
4. Pathologie chronique	47	69	59	71	48	83
5. Situation de handicap/ Perte d'autonomie	26	18	59	47	26	13
6. Santé mentale	25	15	41	41	39	17
7. Prise en charge sociale	23	7	53	12	30	13
8. Comportement à risque et addiction (ex. alcool, tabac, drogue)	52	26	59	41	65	48
9. Obésité	43	36	53	47	48	44
10. Traumatologie (ex. suture, entorse, plâtre)	12	4	29	12	13	9
11. Soins palliatifs	15	12	29	24	13	17
12. Autres domaines	10	24	18	24	4	22
Moyenne des 11 thèmes	32	22	46	33	36	28

^a MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

^b Ipep : Incitation à une prise en charge partagée.

^c ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

Source : Enquête Efop (Irdes)

5.3.4. Fonction et périmètre d'activité des professionnels

Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) inscrites dans le dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) n'ont pas systématiquement déclaré la présence d'un personnel d'accueil ou de secrétariat, mais lorsqu'il est présent, il est plus souvent dédié à l'ensemble des professionnels de santé et pas seulement aux médecins. Il a aussi un rôle et des fonctions plus étendues dans les MSP Ipep que dans les autres MSP, notamment en ce qui concerne l'appui à la coordination des parcours et aux activités de la structure.

Les infirmières, salariées ou libérales, des MSP Ipep ont aussi des fonctions plus étendues reflétant une coopération accrue avec les médecins avec, notamment, un soutien à l'amont ou l'aval de la consultation médicale, des activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué et l'aide aux patients à domicile pour la réalisation de téléconsultation avec le médecin. Elles réalisent aussi plus souvent le renouvellement des prescriptions et participent à l'accueil et à l'orientation des patients sans rendez-vous.

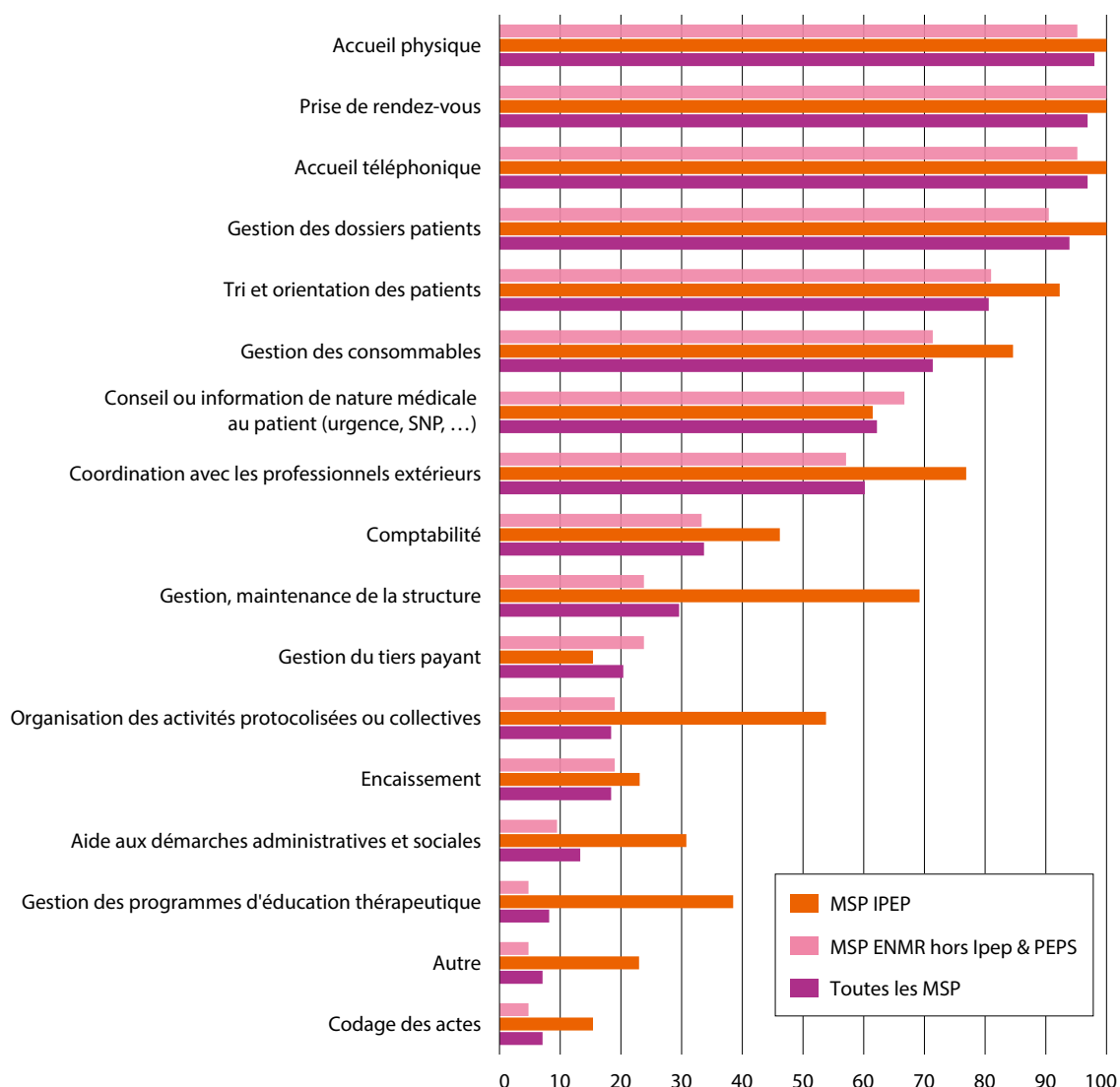
Ces actions sont sans doute permises par une plus grande présence d'infirmières salariées dans les MSP Ipep que dans les autres structures, avec des fonctions d'infirmières de parcours ou de coordination.

Rôle et fonctions du secrétariat et de l'accueil

Les MSP Ipep déclarent moins souvent la présence d'un personnel d'accueil ou de secrétariat par rapport aux autres ENMR (77 % vs 91 %), mais lorsqu'il est présent, les effectifs du personnel sont relativement proches de ceux des autres MSP (tableau A4 en annexe). L'accueil est plus souvent et majoritairement dédié à l'ensemble des patients des professionnels de santé des MSP Ipep (62 % vs 47 %) par rapport aux autres ENMR même si, pour environ un tiers des MSP, ces tâches sont exclusivement réservées aux patients des médecins (Graphique 6, tableau A8 en annexe). Le secrétariat est aussi plus souvent consacré à l'ensemble des professionnels de santé des MSP Ipep (4 % vs 24 %) par rapport aux ENMR, bien qu'il soit plus souvent dédié uniquement aux médecins que l'accueil.

Dans les MSP Ipep, le personnel d'accueil ou de secrétariat a un rôle et des fonctions plus étendues que dans les autres MSP, notamment en termes d'appui à la coordination des parcours et aux activités de la structure (tableau A8 en annexe). Il effectue plus souvent la coordination (ex. téléphone, courrier) avec les professionnels extérieurs au site ou en institution (77 % vs 57 %), l'organisation des activités protocolisées ou collectives de la structure (54 % vs 19 %) et la gestion des programmes d'éducation thérapeutique (39 % vs 5 %). Mais il intervient aussi plus souvent pour l'aide à l'ouverture de droits ou à l'accompagnement dans les démarches administratives et sociales (31 % vs 10 %). Ceci confirme le développement plus important de ces actions et activités dans les MSP Ipep et témoigne d'un rôle accru de cette catégorie de personnel dans leur mise en place. On constate aussi que le personnel d'accueil et de secrétariat est plus souvent mobilisé dans les MSP Ipep sur la gestion et la maintenance de la structure, la gestion des consommables et la comptabilité.

Graphique 6 Rôle et fonction du personnel de secrétariat et/ou accueil



Champ : Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) qui disposent de personnel ou de secrétariat.

Lecture : Près de 75 % des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participant au dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) déclarent que la coordination avec les professionnels extérieurs fait partie des rôles et fonctions du personnel de secrétariat ou d'accueil.

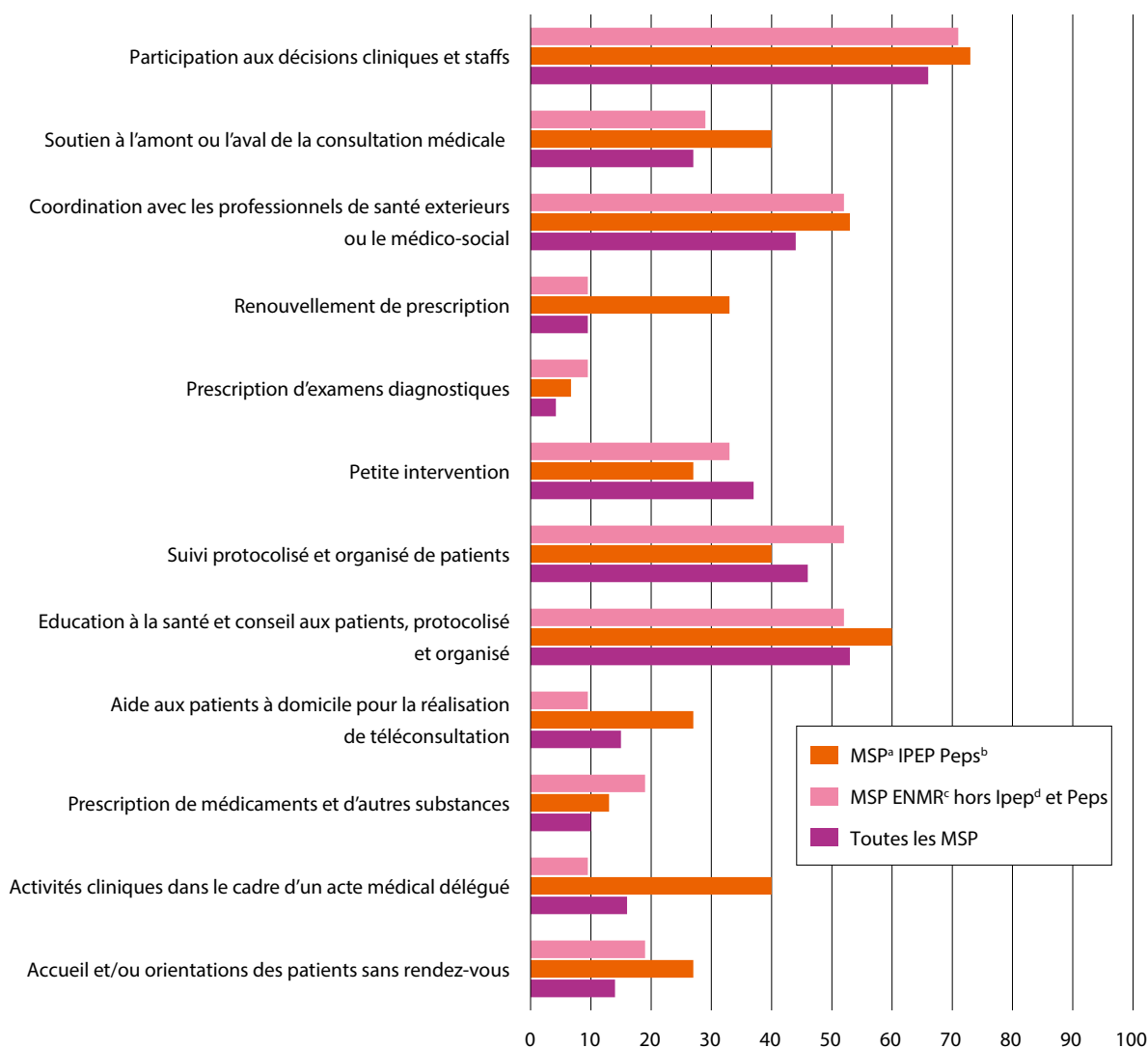
Source : Enquête Efop MSP.

Rôle et fonctions des infirmières salariées ou libérales

Les infirmières, salariées ou libérales, des MSP Ipep ont aussi des fonctions étendues en lien avec les différentes actions développées par les structures (graphique 7 et tableau A9 en annexe). Il s'agit pour la plupart de fonctions reflétant une coopération accrue avec les médecins comme le soutien en amont ou en aval de la consultation médicale (40 % vs 29 %), des activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué (40 % vs 10 %) et l'aide aux patients à domicile pour la réalisation de téléconsultations avec le médecin (27 % vs 10 %) plus fréquente dans les MSP Ipep que dans les autres ENMR. Elles réalisent plus souvent aussi un renouvellement de prescriptions (33 % vs 10 %) et participent également plus souvent à l'accueil ou à l'orientation des patients sans rendez-vous (27 % vs 19 %) par rapport aux autres ENMR.

Ces actions sont sans doute permises par une plus grande présence d'infirmières salariées dans les MSP Ipep (48 % vs 30 %) et d'IPA que dans les autres structures. La présence de ces professionnelles a été en partie rendue possible par les financements d'Ipep. Elles occupent des fonctions d'infirmières de parcours ou de coordination.

Graphique 7 Rôle et fonctions des Infirmières diplômées d'État (IDE), libérales ou salariées



^a MSP : Maisons de santé pluriprofessionnelles.

^b Peps : Participation à une équipe de professionnels de santé.

^c ENMR : Expérimentation des nouveaux modes de rémunération.

^d Ipep : Incitation à une prise en charge partagée.

Lecture : Près de 40 % des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) participant au dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) déclarent que les activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué font partie des rôles et fonctions infirmières de leurs structures, contre moins de 10 % des MSP Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) non participant à Ipep.

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

6. Analyses croisées et éléments de synthèse

6.1. Ce que le profil des porteurs d'Ipep révèle

L'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) a été volontairement mise en place dans des groupements diversifiés. Leurs porteurs ont des profils spécifiques, et cherchent à réorganiser localement le système de santé, en développant la coordination entre professionnels et/ou entre secteurs. Cette démarche dépasse l'expérimentation Ipep : les professionnels enquêtés sont engagés dans de multiples partenariats avec les pouvoirs publics.

Deux points d'attention sont à souligner pour envisager la dissémination du modèle économique :

1. Le financement Ipep s'inscrit avant tout dans des dynamiques antérieures, qui rendent possible sa mise en place. Du fait de la multiplicité des partenariats auxquels participent les professionnels de santé enquêtés, il reste difficile d'identifier les effets propres à l'incitation Ipep.

2. Le modèle Ipep repose sur la volonté des professionnels de santé de le mettre en œuvre, et dépend de leur capacité à se saisir du modèle. Si celui-ci n'est pas disséminé de manière à en garantir l'accessibilité dans tous les types de territoires, avec une attention renforcée dans les territoires ayant des besoins de coordination accrus, il pourrait contribuer à renforcer certaines inégalités territoriales.

L'expérimentation Ipep a été mise en place dans 29 groupements, avec des porteurs venant de types d'organisations différentes : MSP, CPTS, CDS municipaux, groupements hospitaliers... Cette diversité était recherchée par l'équipe nationale de l'expérimentation, avec l'intention de tester le modèle dans plusieurs configurations et d'en évaluer l'intérêt selon ces différents contextes. Les groupements sélectionnés sont portés par des médecins ou par des responsables administratifs (dans le cadre hospitalier) ayant des profils atypiques. Il s'agit dans l'ensemble de professionnels qui cherchent à transformer l'organisation du système de santé par le développement de nouvelles pratiques à l'échelle de leur organisation.

Parmi les professionnels dits de soins primaires, on retrouve des professionnels qui partagent trois caractéristiques principales. Premièrement, ils sont convaincus par la nécessité d'accroître la coordination entre professionnels de santé, d'abord à l'échelle des soins primaires, et, dans certains cas, de manière intersectorielle avec le secteur hospitalier, mais également les secteurs médico-social et social. Deuxièmement, ces professionnels sont ouverts au développement de nouveaux modes de rémunération complémentaires (aux rémunérations de droit commun principalement à l'acte), qui ne demanderaient pas de contreparties trop lourdes. Troisièmement, ces professionnels sont déjà engagés dans des logiques de cumul de financements, dans le cadre de nombreux partenariats avec les pouvoirs publics, à l'échelle locale (politiques de la ville), régionale ou nationale. Les analyses quantitatives de l'enquête Etop renforcent ce constat relevé par les enquêtes qualitatives, en soulignant que les MSP Ipep sont de taille plus importante que la moyenne (en termes de nombre de médecins généralistes et d'infirmières) et qu'elles possèdent, au-delà d'Ipep, des financements

beaucoup plus importants que les MSP ayant participé à l'évaluation de nouveaux modes de rémunération au début des années 2010 (ENMR) ne participant pas à Ipep : 2,5 fois plus importants en 2019 et 3 fois plus en 2023.

Dans les groupements hospitaliers, les porteurs sont caractérisés par des trajectoires professionnelles les ayant amenés à porter un regard hors de l'hôpital, et ils souhaitent développer la coordination avec les professionnels de soins primaires afin d'améliorer la prise en charge des patients, la prévention et le dépistage de certaines maladies chroniques.

La spécificité de ces profils fait probablement partie des prérequis à l'expérimentation Ipep, qui repose sur une démarche volontaire de certains professionnels d'impulser des changements. Elle soulève cependant deux questions principales dans le cadre de l'évaluation de cette expérimentation appuyée sur la construction d'un modèle économique.

Tout d'abord, l'expérimentation Ipep s'inscrit dans des dynamiques antérieures, qui vont au-delà de cette seule expérimentation. Celle-ci permet de développer des projets qui avaient été conçus, voire mis en place, en amont, avec souvent le soutien de financements, le plus fréquemment ponctuels, issus d'autres projets. Lorsque les équipes reçoivent des intéressements, ceux-ci leur permettent d'amplifier ces projets, en procédant, entre autres, à de nouveaux recrutements de professionnels. Ipep a alors des effets en ce qu'il permet un investissement dans les soins primaires et dans son organisation locale. **Il est cependant difficile d'identifier, à ce stade des analyses, des effets spécifiques au modèle économique Ipep tel que développé, au regard d'autres types de financements ne comportant pas les mêmes incitations.**

Ensuite, la mise en œuvre d'Ipep dans ces organisations de santé aux profils spécifiques a pour conséquence une **allocation de financements supplémentaires dans des territoires où les professionnels sont capables de se saisir de telles expérimentations, plus que dans des territoires où il y en aurait spécifiquement besoin.** Cet effet est connu dans la littérature sur les appels à projets, au-delà du financement du système de santé (Aust, 2016 ; Epstein, 2021 ; Harroche, 2021). Cela soulève un point d'attention pour la dissémination du modèle Ipep : sa simplicité et sa lisibilité apparaissent comme des conditions nécessaires pour que des porteurs potentiels puissent s'en saisir facilement et uniformément dans des configurations territoriales variées, avec un point de vigilance dans les territoires qui demanderaient plus de coordination, ou dans lesquels les professionnels sont déjà en surcharge, afin de limiter le risque de reconduire ou renforcer des inégalités territoriales.

6.2. Ce que les pratiques locales et les appropriations de l'expérimentation mettent en lumière

L'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), par un investissement dans des organisations locales de soins, a favorisé une structuration du travail au sein des organisations et entre organisations et secteurs. Les financements reçus par les organisations *via* cette expérimentation sont principalement alloués à du temps de travail, soit à travers l'accroissement de ressources humaines (salarial de professionnels de santé), soit au moyen d'une rémunération de professionnels libéraux pour leur travail pour le collectif. Les actions mises en œuvre visent à renforcer la coordination intersectorielle et/

ou la coopération interprofessionnelle autour d'actions de soins, de prévention ou encore de médiation en santé, destinées aux patients.

Ipep contribue également à redéfinir des rôles professionnels déjà en évolution dans les structures d'exercice regroupé (Maisons de santé pluriprofessionnelles-MSP, Centres de santé-CDS) et dans les organisations intersectorielles comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Les infirmières en soins primaires voient par exemple leur faisceau de tâches s'élargir avec la prise en charge d'une variété croissante d'activités tournées vers les patients. Les évolutions de répartition de ces tâches ne se font toutefois pas sans tensions, avec notamment des résistances de la part de médecins généralistes qui craignent d'être restreints à un rôle curatif.

Les groupements expérimentateurs soulignent de plus le caractère incertain du financement à l'intéressement, dont ils attendent de connaître le montant en fin d'année avant de l'attribuer.

Partant de ces constats, les enquêtes permettent de souligner quatre points d'attention pour la dissémination du modèle économique Ipep :

1. L'intéressement Ipep est un financement au résultat, donc par nature incertain. Dans la perspective d'une dissémination, il peut difficilement financer à lui seul les ressources humaines qu'il semble permettre de financer (en partie toutefois) dans le cadre expérimental.
2. Si les professionnels de santé enquêtés apprécient les possibilités ouvertes par leur participation à l'expérimentation, ils affichent dans l'ensemble un rapport distancié au modèle économique en lui-même, et ne cherchent pas toujours explicitement à répondre à ses incitations. Lorsqu'ils s'y intéressent, les objectifs de qualité leur semblent plus appropriables que les objectifs d'efficience.
3. Au-delà de l'intérêt exprimé par une partie des expérimentateurs à disposer de données chiffrées sur leur activité, leur interprétation reste rare dans les organisations libérales, qui n'ont pas de ressources dédiées en interne pour réaliser ce travail, et ne semblent pas suffisamment outillées pour s'en saisir dans une démarche de pilotage de leur activité. De leur côté, les CDS ont initié grâce à Ipep une démarche qui va dans ce sens. Les groupements hospitaliers développent pour leur part plus facilement des analyses de leur activité, à partir des données mises à disposition, en raison de la présence de médecins responsables de l'information médicale (Dim) dédiés à ce rôle.
4. Enfin le travail de structuration de la coordination interprofessionnelle et intersectorielle dans le cadre d'Ipep demande un travail important et sans cesse renouvelé de la part des porteurs de groupements et des professionnels engagés dans cette coordination, qu'il convient de reconnaître et de prendre en compte dans la perspective d'une dissémination du modèle. La réussite du modèle repose également sur un travail d'accompagnement conséquent fourni par l'équipe nationale pour comprendre les organisations, inciter à l'impulsion de nouvelles organisations du travail, et renouveler les incitatifs au fur et à mesure des améliorations évaluées au sein des groupements.

Les financements issus de l'expérimentation Ipep sont systématiquement réinvestis dans un travail d'organisation locale des soins, dont les enquêtes qualitatives comme quantitatives montrent qu'il est réalisé grâce à la rémunération de temps de travail. Sans distinction entre crédits d'amorçage et intéressement, Ipep permet ainsi de rémunérer des professionnels libéraux pour le développement de la coordination, mais aussi de salarier de nouveaux professionnels : infirmières, psychologues, médiateurs en santé, coordinateurs,

orthophonistes, diététiciennes ou encore animateurs d'activité physique adaptée. De manière moins importante, les financements Ipep peuvent être également utilisés pour donner accès aux professionnels à des formations, payer du matériel médical, être investis dans la gestion de la structure (locaux, frais juridiques, comptable, etc.) ou du projet (frais de déplacement, pilotage, etc.). L'enquête Efop souligne que 87 % des MSP Ipep déclarent avoir mis en place des actions visant à renforcer le lien avec l'hôpital ou d'autres institutions et services en dehors de la MSP, et 80 % déclarent également avoir renforcé la coopération ou la coordination entre les professionnels de la MSP. 60 % déclarent également avoir développé des actions de prévention et de promotion de la santé.

En cela, l'expérimentation Ipep participe à des évolutions des rôles professionnels en cours dans les soins primaires qui dépassent cependant la seule expérimentation : le rôle de certaines professionnelles, et notamment des infirmières, s'étend ainsi avec le développement de nouvelles tâches. Le financement Ipep semble contribuer au développement de nouveaux services aux patients, facilitant potentiellement leurs parcours, développant l'offre de prévention, et même favorisant l'accès aux droits des patients. Les financements Ipep permettent également de rémunérer des professionnelles pour des tâches visant *a priori* plus directement à décharger les médecins généralistes, de manière à potentiellement libérer du temps médical (résultat à quantifier avec des analyses d'impact à partir des données du SNDS). Elles prennent par exemple en charge des consultations de suivi, des activités d'ETP, ou encore la complétion des nouveaux dossiers des patients. Si ces développements vont dans le sens des attendus du modèle économique, ils ne se font pas sans résistance localement, notamment pour ce qui est de l'accroissement des délégations de tâches. Ce résultat n'est pas surprenant au regard de la littérature sociologique (Abbott, 1988) et de travaux récents en soins primaires. La mise en question du partage des tâches entre groupes professionnels entraîne des tensions, que ce soit du côté de certains médecins qui ne souhaitent pas se voir restreints à un rôle uniquement curatif, ou du côté de certaines infirmières qui craignent (parfois à raison) de ne se voir déléguer que le « sale boulot ».

Par ailleurs, l'expérimentation Ipep a également accompagné le mouvement des CPTS, tout autant que la mise en place des CPTS a permis de renforcer des projets de coordination entre la ville et l'hôpital dans le cadre d'Ipep. Les différents professionnels engagés dans Ipep ont identifié la concomitance des objectifs des deux dispositifs, qui se retrouve parfois dans les indicateurs utilisés. La combinaison des financements reçus dans le cadre de l'ACI CPTS et dans le cadre d'Ipep a permis le développement accru des projets locaux.

Partant de ces constats, nous souhaitons revenir sur quatre points d'attention quant aux appropriations locales du financement Ipep.

- Tout d'abord, Ipep est pensé comme un financement au résultat, mais il est utilisé principalement pour l'embauche de professionnels. Cela n'est pas nécessairement incohérent avec l'incitation, une infirmière pouvant, par exemple, permettre de réduire le coût moyen d'une prise en charge si son action vient en substitution d'un acte du médecin. En revanche, du point de vue des professionnels de santé, cela entraîne beaucoup d'incertitudes comptables. En effet, les professionnels de santé ne peuvent pas prédire le montant d'intéressement qu'ils obtiendront, ne connaissant pas à l'avance leurs résultats. Ils embauchent donc des professionnels, sans pouvoir nécessairement garantir dans le temps long le financement de leur poste. Dans le cadre de l'expérimentation, les crédits d'amorçage puis le mécanisme de garantie budgétaire mis en place les trois premières années de l'expérimentation pour la vague 1, et les deux premières sinon, a permis d'atténuer cette incertitude. Localement, les professionnels multiplient également les recherches de financement afin de s'assurer du maintien des postes salariés. Au regard de l'usage d'Ipep dans les groupements, on

peut alors questionner la pertinence d'un financement uniquement au résultat pour financer des ressources humaines, par rapport à d'autres modes de financement plus prévisibles.

- Ensuite, il s'agit de souligner le rapport distancié des professionnels de santé au modèle économique en lui-même. Dans l'ensemble des organisations enquêtées, seuls les porteurs de projet avaient connaissance du contenu du modèle économique Ipep, avec peu d'information diffusée auprès des autres professionnels. Certains professionnels ont cherché à développer des actions pour répondre à certaines dimensions du modèle économique, en se concentrant par exemple sur quelques indicateurs de qualité ou sur des pathologies coûteuses. Les professionnels travaillent alors plus volontiers autour des indicateurs de qualité, qui font facilement consensus au sein des groupements, qu'autour de l'objectif de réduction des dépenses des patients, qui leur apparaît parfois aller à l'encontre de leur éthique professionnelle. D'autres professionnels se sont en revanche peu appuyés sur le modèle et les données mises à disposition par l'équipe nationale pour élaborer leurs actions. En libéral, le principe selon lequel les professionnels de santé sont les plus légitimes pour décider de l'organisation des soins primaires reste en effet très affirmé.
- De plus, dans la grande majorité des MSP et des CPTS, les professionnels de santé possèdent peu de compétences en interne (et peu de moyens pour rémunérer ce travail s'il était confié à un prestataire) pour analyser leurs données d'activité et être ainsi en mesure de développer des actions en conséquence. Toutefois, Ipep intègre une remontée et une mise à disposition de données pour les groupements, dont quelques porteurs soulignent l'intérêt de disposer, afin de comprendre leur activité, voire de mieux la piloter. Ce souhait avait déjà été exprimé lors de l'évaluation des ENMR par certaines MSP qui demandaient ces données aux Cnam. Mais, à l'époque, le manque de structuration d'un système d'information partagé et de bases de données en soins primaires représentaient des freins majeurs, qui restent aujourd'hui prégnants. Dans les groupements hospitaliers, la présence de médecins Dim formés à la statistique permet en revanche de développer des actions davantage fondées sur les données. Dans les CDS également, le projet Ipep s'est concentré sur le développement d'un entrepôt de données, concordant avec le développement d'une analyse des données de santé par les professionnels. Toutefois, ce projet s'est heurté également à des difficultés importantes et l'entrepôt n'est pas encore opérationnel.
- Enfin, l'expérimentation Ipep entraîne un travail important (coordination de la mise en place et des pratiques, remontées pour le suivi des indicateurs...) de la part des porteurs de projet – médecins porteurs et personnel administratif – dans les groupements expérimentateurs, qui s'ajoute au travail d'expérimentation (accompagnement de l'équipe, interactions avec l'équipe nationale, participation à l'évaluation). L'activité des porteurs de ce travail collectif sera importante à reconnaître et à prendre en compte dans le cadre d'une pérennisation des financements. Il en est de même pour l'accompagnement conséquent fourni par l'équipe nationale pour comprendre les organisations, inciter à l'impulsion de nouvelles organisations du travail, et renouveler les incitatifs au fur et à mesure des améliorations évaluées au sein des groupements, qui devra se poursuivre même après un passage de l'expérimentation dans le droit commun.

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

Le modèle d'intéressement Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) est basé sur des objectifs en termes de maîtrise, voire de réduction des dépenses, de maintien, voire d'amélioration de la qualité. Il est combiné à une liberté d'utilisation des ressources laissant aux groupements la liberté d'identifier et de prioriser les leviers d'action les plus pertinents.

Cette approche en termes de dépenses globales peut néanmoins s'avérer limitée si les efforts des groupements sont dilués entre des postes de dépense qu'ils peuvent en partie maîtriser et d'autres moins ou pas. Pour améliorer la lisibilité du modèle et son appropriation, il apparaît essentiel de mieux comprendre sur quels postes de dépense les groupements ont pu générer des gains d'efficience.

Les premiers résultats qualitatifs et quantitatifs mettent en évidence des actions et des changements organisationnels en ligne avec les attendus théoriques, notamment en termes de réallocation des rôles et fonctions au sein des structures et de développement de pratiques de coordination. Les analyses d'impact à venir permettront de vérifier si ces changements se traduisent par des effets sur l'activité des professionnels, les recours, parcours et dépenses et, enfin, la qualité des soins et services rendus. Les approches mobilisées pour ce faire sont des approches quasi-expérimentales avec des contrefactuels, classiques dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques.

Entre théorie et mise en œuvre, le système d'intéressement Ipep confronte deux incitatifs en apparence simples (la maîtrise, voire la réduction des dépenses par patient et le maintien, voire l'amélioration de la qualité) à une grande variété de moyens pour y répondre. On attend de l'intéressement qu'il incite les groupements à assumer une partie de la gestion du risque maladie pour diminuer la survenue de pathologies, comme par exemple celles en lien avec les pathologies chroniques et à risque de complications. Il s'agit de développer une capacité à identifier d'éventuels problèmes d'efficience et/ou de qualité, d'en comprendre les origines et de mettre en œuvre des actions appropriées pour générer des gains d'efficience, sans perte en termes de qualité, voire au contraire avec des gains en la matière. Les moyens ainsi mis en œuvre vont de la coopération interprofessionnelle à la coopération ville-hôpital, en passant notamment par l'établissement de nouveaux protocoles de prise en charge pluri-professionnels, des dispositifs de suivi, des programmes d'ETP. En se basant sur des objectifs larges sans spécifier les moyens, l'Ipep laisse aux expérimentateurs la liberté d'identifier et de prioriser des leviers d'action les plus pertinents, et de les mettre en œuvre, compte tenu des spécificités et besoins de leurs structures, de leur patientèle et de leur territoire, qu'ils sont les mieux à même d'évaluer.

Cette diversité des moyens présente toutefois le risque de rendre plus complexe la compréhension des possibilités ouvertes par le modèle économique pour les professionnels, des difficultés d'appropriation du modèle étant constatées. Cette limite demande de prendre en compte l'adéquation entre le périmètre des dépenses mesurées et la responsabilité des expérimentateurs dans la génération de ces dépenses, puisque les gains d'efficience réalisés sur certains segments des soins peuvent être contrebalancés par des reculs dans d'autres segments. Cette problématique pourrait être particulièrement saillante pour l'analyse des relations entre la ville et l'hôpital. L'analyse quantitative à venir des effets de l'expérimen-

tation mobilisera autant d'indicateurs que de leviers de réduction de dépenses pour comprendre ces évolutions. À ces difficultés de lisibilité s'ajoute enfin l'enjeu pour les structures de mobiliser des ressources propres et celles en lien avec l'Ipep (crédits d'amorçage et intéressement), dont la pérennité est par construction incertaine dans une phase expérimentale, pour mettre en œuvre des réorganisations pérennes qui devront à terme être en grande partie financées par les économies qu'elles génèrent. Il paraît ainsi important de donner une bonne visibilité aux structures sur la finalité de ces crédits comme sur l'évolution des paramètres du modèle d'intéressement, notamment sur la part donnée à l'évolution absolue et relative des dépenses dans le calcul des gains d'efficience pour pouvoir se projeter.

Les premiers résultats des enquêtes qualitatives et quantitatives indiquent que des projets et des actions ont été mis en œuvre et répondent aux attendus théoriques, notamment en termes de réallocation des tâches au sein des structures. Ce constat invite à creuser ces résultats avec des méthodes à même de tenir compte des hétérogénéités et biais de sélection des expérimentateurs. Il s'agira d'évaluer l'évolution des pratiques en termes d'activité, de parcours, mais aussi de qualité des soins pour déterminer dans quelle mesure les réductions de dépenses rémunérées génèrent des gains d'efficience pour l'Assurance maladie, et si elles sont liées à l'expérimentation Ipep. Bien qu'elle se heurte à des difficultés de mesure, l'étude de l'évolution de la qualité des soins sera d'autant plus déterminante que les mécanismes prévus et liés aux indicateurs de qualité n'ont pas été entièrement déployés à ce stade, bien que prévus pour 2023-2024. Ils n'ont donc pas été en mesure de jouer leur rôle de modulation des intéressements liés aux dépenses afin de modérer les risques de détérioration de la qualité (Figure 3.1), même si les différents éléments de terrains à notre disposition soient plutôt rassurants.

La mobilisation des données fines du SNDS, tant au niveau de l'activité des professionnels que des parcours des patients permettra également d'enrichir et de préciser nos analyses des leviers d'action envisagés. Elle offrira la possibilité d'ajouter des dimensions jusqu'ici difficiles à mesurer et objectiver par des enquêtes comme : les prescriptions, le référencement et l'adressage, et l'intersection des patientèles. À ces questions s'ajoutent l'hétérogénéité des expérimentateurs et les enjeux d'estimer quelle serait la bonne échelle ou le bon modèle de portage d'un projet Ipep (MSP, CDS, CPTS, GCS, etc.). Si ces questions restent probablement difficiles à explorer en raison du petit nombre d'expérimentateurs à ce stade, les analyses d'impact pourront en tenir compte pour la définition de comparateurs pertinents. Au même titre, la prise en compte des spécificités des territoires et de leur patientèle constituera un autre enjeu majeur de ces évaluations et de la constitution de ces témoins. Il s'agira en premier lieu d'éviter d'attribuer aux structures Ipep des propriétés liées aux territoires dans lesquels elles opèrent, mais aussi d'éclairer les questions relatives à la prise en compte des inégalités territoriales dans le modèle d'intéressement et des possibles effets d'aubaine.

7. Publications / valorisation des travaux d'évaluation

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, *Question d'économie de la santé*, n° 260, juillet-août.

Morize N., Bourgeois I., Fournier C. (2021). « Renouveler l'action publique en santé : un article (51) pour expérimenter avec les organisations de santé ». Irdes *Question d'économie de la santé*, n° 261, septembre.

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, octobre.

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, décembre.

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, janvier.

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, janvier.

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, mai.

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

8. Bibliographie

- Abbott A.** (1988). "The system of Professions: An Essay on the Division of expert Labor". USA: *The University of Chicago Press*.
- Akrich M., Callon M., Latour B.** (2006). *Sociologie de la traduction : textes fondateurs*. Paris, : Presses de l'École des mines, 401 p.
- Anderson A.C., Chen J.** (2019). "ACO Affiliated Hospitals Increase Implementation of Care Coordination Strategies". *Medical Care*, vol. 57(4), p. 300-304.
- Aust J.** (2016). « Des appels d'offre pour la recherche : genèse et transformations d'un dispositif de gouvernement », dans Castel P., Hénaut L., Marchal E., (dir), *Faire la concurrence, retour sur un phénomène social et économique*. Paris : *Presses des Mines*, p. 79-97.
- 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.
- Barnes A.J. et al.** (2014). "Accountable Care Organizations in the USA: Types, Developments and Challenges". *Health Policy*, 118(1): p. 1-7.
- Barry C.L., Stuart E.A., Donohue J.M., Greenfield S.F., Kouri E., et al.** (2015). "The Early Impact of the 'Alternative Quality Contract' on Mental Health Service Use and Spending in Massachusetts". *Health Affairs (Millwood)*, 34(12):2077- 85.
- 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.
- Bertillot H.** (2016). « Des indicateurs pour gouverner la qualité hospitalière. Sociogenèse d'une rationalisation en douceur : premier prix ». *Sociologie du travail*, n° 58, vol. 3, p. 227-252.
- Berwick D.M.** (2011). "Launching accountable care organizations. The proposed rule for the Medicare Shared Savings Program". *The New England Journal of Medicine*, 364(16), e32.

- Blewett L.A., Owen R.A.** (2015). "Accountable Care for the Poor and Underserved: Minnesota's Hennepin Health Model". *American Journal of Public Health*, 105(4):622-4.
- 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.
- 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.
- Brown T. T., Hague E., Neumann A., Rodriguez H. P., Shortell S. M.** (2023). "Impact of a selective narrow network with comprehensive patient navigation on access, utilization, expenditures, and enrollee experiences". *Health services research*, 58(2), p. 332-342.
- Brunn M.** (2020). « Diviser et récompenser ? La régulation des médecins de ville via les instruments d'action publique en France et en Allemagne ». Drees, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, vol. 1, p. 215-236.
- Busse R., Stahl J.** (2014). "Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England". *Health affairs (Project Hope)*, 33(9), p. 1549-1558.
- Carter R., Riverin B., Levesque J.F., Garipey 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.
- Chandra A., Cutler D., S. Zirui** (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.
- Cassou M., Mousquès J., Franc C.** (2021). « Exercer en maison de santé pluriprofessionnelle a un effet positif sur les revenus des médecins généralistes ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 258, mai.
- Certain M.H., Lautman A., Gilardi H.** (2023). « Tour de France des CPTS : bilan et propositions pour le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Rapport ». Ministère de la Santé et de la Prévention.
- Chevillard G., Mousquès J.** (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français ». *Cybergeogeo*, p. 1-28.

- Colla C.H., Fisher E.S.** (2017). "Moving Forward with Accountable Care Organizations: Some Answers, More Questions". *JAMA Internal Medicine*, 177(4), p. 527-528.
- Comfort L.N., Shortell S.M., Rodriguez H.P., Colla C.H.** (2018). "Medicare Accountable Care Organizations of Diverse Structures Achieve Comparable Quality and Cost Performance". *Health Services Research*, 53(4), p. 2 303-2 323.
- Contandriopoulos D., Duhoux A., Roy B. et al.** (2015). "Integrated Primary Care Teams (IPCT) pilot project in Quebec: A protocol paper". *BMJ Open*, 5, doi:10.1136/bmjopen-2015-010559
- Curry L., Nunez-Smith M.** (2015). *Mixed Methods in Health Sciences Research*. SAGE Publications, Inc.
- D'Aunno T., Broffman L., Sparer M., Kumar, S. R.** (2018). "Factors That Distinguish High-Performing Accountable Care Organizations in the Medicare Shared Savings Program". *Health services research*, 53(1), p. 120-137.
- De Pourvoirville 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.
- Delahais T., Devaux-Spatarakis A., Revillard A., Ridde V.** (2021). *Évaluation. Fondements, controverses, perspectives*. Science et bien commun.
- Dyer Z., Alcusky M., Himmelstein J., Ash A., Kerrissey M.** (2024). "Practice Site Heterogeneity within and between Medicaid Accountable Care Organizations. *Health-care* (Basel, Switzerland), 12(2), 266.
- Erler A., Bodenheimer T., Baker R., Goodwin N., Spreuwenberg C., et al.** (2011). "Preparing Primary Care for the Future - Perspectives from the Netherlands, England, and USA" *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 105(8):571-80, doi: 10.1016/j.zefq.2011.09.029.
- Fisher E.S., McClellan M.B., Bertko J., Lieberman S.M., Lee J.J., Lewis J.L., et al.** (2009). "Fostering accountable health care: Moving forward in Medicare". *Health Affairs*, 28(2).
- Fournier C.** (2014). « Concevoir une maison de santé pluriprofessionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes ». *Sciences sociales et santé*, 2014/2, vol .32, 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'Harmattan, 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.
- Fournier C., Bourgeois I., Naiditch M.** (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 232, p. 1-8.
- 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.
- Fraze T.K., Beidler L.B., Briggs A.D.M., Colla C.H.** (2019). "Eyes In The Home': ACOs Use Home Visits To Improve Care Management, Identify Needs, and Reduce Hospital Use". *Health Affairs (Millwood)*, 38(6), p. 1021-1027.
- 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*, n° 21, hs1, p. 7-16.
- Givord P.** (2014). « Méthodes économétriques pour l'évaluation de politiques publiques ». La Documentation française, *Économie & prévision*, vol 1, n° 204-205, pp. 1-28.
- Gonzalez-Smith J., Saunders R.S., Bleser W.K., Muhlestein D., McClellan M.B.** (2020). "The Medicare Shared Savings Program in 2019: Positive results during major transitions and on the eve of a pandemic". *Health Affairs Blog*.
- Harroche A.** (2021). « Gouverner par les inégalités : la mise en œuvre d'une initiative d'excellence dans l'enseignement supérieur et la recherche », Thèse de Sociologie, Paris, Institut d'Études Politiques de Paris.
- 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.
- 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.
- 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*, 76(3), p. 255-290.
- Kennedy G., Lewis V.A., Kundu S., Mousqués J., Colla C.H.** (2018). "Accountable Care Organizations and Post-Acute Care: A Focus on Preferred SNF Networks", *Medical Care Research and Review*, p. 1-19.
- Khullar D., Schpero W. L., Casalino L. P., Pierre R., Carter S., Civelek Y., Zhang M., Bond A. M.** (2024). "Accountable Care Organization Leader Perspectives on the Medicare Shared Savings Program: A Qualitative Study". *JAMA Health Forum*, 5(3), e240126.

- 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.
- Lascoumes P., Simard L.** (2011). « L'action publique au prisme de ses instruments ». *Revue française de science politique*, vol. 61, n° 1, p. 5-22.
- Lemaire N.** (2017). « Expériences étrangères de coordination des soins : les Accountable Care Organizations de Medicare aux États-Unis ». Secrétariat général des ministères sociaux.
- Luan L., Fournier C., avec la collaboration d'Afrite A.** (2023). « Infirmière en pratique avancée (IPA) en soins primaires : la construction difficile d'une question fragile ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 277, p. 1-8.
- McClellan M., Kent J., Beales S.J., Cohen S.I., Macdonnell M., et al.** (2014). "Accountable Care around the World: A Framework to Guide Reform Strategies". *Health Affairs (Millwood)*, 33(9):1507-15.
- McClellan M., McKethan A.N., Lewis J.L., Roski J., Fisher E.S.** (2010) "A National Strategy to Put Accountable Care into Practice" *Health Affairs*, 29(5): 982-90.
- McConnell K.J., Renfro S., Chan B.K., Meath TH, Mendelson A, et al.** (2017). "Early Performance in Medicaid Accountable Care Organizations: A Comparison of Oregon and Colorado". *JAMA Intern Med.* 2017;177(4):538-45. 31.
- McGuire T. G.** (2000). "Physician Agency", In A.J. Culyer, J.P. Newhouse, (Eds.), *The Handbook of Health Economics, vol 1*, Chapter 9, Elsevier Science B.V., 461-536.
- McGuire T.G., Pauly M. V.** (1991). "Physician response to fee changes with multiple payers". *Journal of Health Economics*, 10(4), p. 385-410.
- McWilliams J.M., Chernew M.E., Zaslavsky A.M., Hamed P., Landon B.E.** (2013). "Delivery System Integration and Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries" *JAMA International Medicine*, 173(15), p. 1447-1456.
- McWilliams J.M., Landon B.E., Chernew M.E.** (2013). "Changes in Health Care Spending and Quality for Medicare Beneficiaries Associated with a Commercial ACO Contract", *JAMA*, 310(8), p. 829-836.
- McWilliams J.M., Chernew M.E., Zaslavsky A.M.** (2014). "Changes in Patients' Experiences in Medicare Accountable Care Organizations". *The New England Journal of Medicine*, 371(18), p. 1715-1724.
- McWilliams J.M., Hatfield L.A., Landon B.E., Hamed P., Chernew M.E.** (2018). "Medicare Spending after 3 Years of the Medicare Shared Savings Program". *The New England Journal of Medicine*, 379(12), p. 1139-1149

- McWilliams J.M., Landon B.E., Rathi V.K., Chernew M.E.** (2019). "Getting More Savings from ACOs - Can the Pace Be Pushed?". *The New England Journal of Medicine*, 380(23), p. 2190-2192
- McWilliams J.M., Chen A.J.** (2020a). "Understanding the Latest ACO 'Savings': Curb Your Enthusiasm and Sharpen Your Pencils-Part 1." *Health Affairs Blog*.
- McWilliams J.M., Chen A.J.** (2020b). "Understanding the Latest ACO 'Savings': Curb Your Enthusiasm and Sharpen Your Pencils-Part 2." *Health Affairs Blog*.
- McWilliams J.M., Hatfield L.A., Landon B. E., Chernew, M.E.** (2020c). "Savings or Selection? Initial Spending Reductions in the Medicare Shared Savings Program and Considerations for Reform". *The Milbank Quarterly*, 98(3), p. 847-907.
- Millenson M. L., Mulhstein D. B., O'Donnell E. M., Northam Jones D. A., Haring R. S., Merrill T., Weissman J. S.** (2019) "Patient-centered care innovations by accountable care organizations: Lessons from leaders". *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 7(4).
- Morciano M., Checkland K., Billings J., Coleman A., Stokes J., Tallack C., Sutton M.** (2020). "New integrated care models in England associated with small reduction in hospital admissions in longer-term: A difference-in-differences analysis". *Health Policy*.
- 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., 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.
- 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.
- Muhlestein D., Gardner P., Merrill T., Petersen M., Tu T.** (2014). *A Taxonomy of Accountable Care Organizations: Different Approaches to Achieve the Triple Aim*. Leavitt Partners.
- Naiditch M.** (2020). « Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? ». *Revue française des affaires sociales*, n° 1, p. 237-262.
- Nolte E. F.A., Hildebrandt H., Pimperl A., Schulpen G.J., Vrijhoef H.J.M.** (2016). "Implementing Integrated Care: A Synthesis of Experiences in Three European Countries". *International Journal of Care Coordination*.

- Nyweide D.J., Lee W., Cuerdon T.T., Pham H.H., Cox M., Rajkumar R., Conway P. H., 2015, “Association of Pioneer Accountable Care Organizations vs traditional Medicare fee for service with spending, utilization, and patient experience”, *JAMA*, 313(21), p. 2152–2161.**
- O’Malley A.S., Rich E.C., Sarwar R., Schultz E., Warren W.C., et al. (2019).** “How Accountable Care Organizations Use Population Segmentation to Care for High-Need, High-Cost Patients”. *The Commonwealth Fund*, Issue Brief, 17 p.
- OECD, 2016, “Better ways to pay health care”, *OECD Health Policy Studies*, OEC Publishing, Paris.**
- Ouayogodé M.H., Mainor A.J., Meara E., Bynum J.P.W., Colla C.H., 2019, “Association Between Care Management and Outcomes Among Patients with Complex Needs in Medicare Accountable Care Organizations”, *JAMA Network Open*, 2(7).**
- Ouayogodé M.H., Colla C.H., Lewis V.A., 2017, “Determinants of Success in Shared Savings Programs: An Analysis of ACO and Market Characteristics”, *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 5(1-2), p. 53–61.**
- 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”, *Guilford Press*, New York, USA.**
- Peck K.A., Usad B.I., Mainor A.J., Fisher E.S., Colla C.H., 2019, “ACO Contracts with Downside Financial Risk Growing, But Still in the Minority”, *Health Affairs*, 38 (7), p. 1201–1206**
- Peckham, A., Rudoler, D., Bhatia, D., Allin, S., Abdelhalim, R., & Marchildon, G. P. (2022).** “What Can Canada Learn from Accountable Care Organizations: A Comparative Policy Analysis”. *International Journal of Integrated Care*, 22(2), 1. <https://doi.org/10.5334/ijic.5677>
- Peiris D., News M., Nallaiah K. (2018).** “Accountable Care Organizations: An Evidence Check Rapid Review”. *The Sax Institute for the NSW Agency for Clinical Innovation*.
- Pham H.H., Cohen M., Conway P.H. (2014).** “The Pioneer Accountable Care Organization Model: Improving Quality and Lowering Costs”. *JAMA*, 312(16), p. 1635-1636.
- Pollock A. M., Roderick P. (2018).** “Why We Should Be Concerned About Accountable Care Organisations in England’s NHS”. *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, k343.
- 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.

- Robelet M.** (2003). « La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvée », dans J. De Kervasdoué (dir), *La crise des professions de santé*. Paris : Dunod.
- Rosenthal M., Shortell S., Shah N. D., Peiris D., Lewis V. A., Barrera J. A., Usadi B., Colla C. H.** (2019). "Physician practices in Accountable Care Organizations are more likely to collect and use physician performance information, yet base only a small proportion of compensation on performance data". *Health Services Research*, 54(6), p. 1214-1222.
- Rutledge R.I., Romaine M.A., Hersey C.L., Parish W.J., Kissam S.M., Lloyd J.T., 2019, "Medicaid Accountable Care Organizations in Four States: Implementation and Early Impacts" Milbank Quaterly**, 97(2), p. 583-619.
- Sabatino M. J., Mick E. O., Ash A. S., Himmelstein J., Alcusky M. J.** (2023). "Changes in Health Care Utilization During the First 2 Years of Massachusetts Medicaid Accountable Care Organizations". *Population Health Management*, 26(6), p. 420-429.
- Salmon R.B., Walters B.A., Kennedy K., Flores R.C., Muney A.M.** (2012). "A Collaborative Accountable Care Model in Three Practices Showed Promising Early Results on Costs and Quality of Care". *Health Affairs (Millwood)*, 31, p. 2379-2387.
- Schlegel V.** (2023). « Une analyse du déploiement des infirmières en pratique avancée exerçant en soins primaires sur le territoire Francilien ». *Rapport Irdes n° 588*.
- Schubert I., Stelzer D., Siegel A., Köster I., Mehl C., Ihle P., Günster C., Dröge P., Klöss A., Farin-Glattacker E., Graf E., Geraedts M.** (2021). "Ten-Year Evaluation of the Population-Based Integrated Health Care System "Gesundes Kinzigtal", *Deutsches Arzteblatt international*, 118(27-28), p. 465-472.
- Schneider E.C., Hussey P.S., Schnyer C., 2011, "Payment Reform - Analysis of Models and Performance Measurement Implications", Rand, Technical Report, 311 p.**
- Schwartz A.L., Landon B.E., McWilliams J.M.** (2016). "Discretionary Interpretations of Accountable Care Organization Data-Reply". *JAMA Internal Medicine*, 176(3):412.
- 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.** (2019). « Les médecins avec l'État pour former à la coordination des maisons de santé pluriprofessionnelles : entre instrumentation et professionnalisation ». *Journal de gestion et d'économie de la sante*, 1, p. 33-53.
- Schweyer F.-X., Vézinat N.** (2019). « Écologie des maisons de santé pluri-professionnelles : une gouvernance multi-niveaux », *Journal de gestion et d'économie de la sante*, 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", In Silow-Carroll S., Edwards J.N. (Eds), *Early Adopters of the Accountable Care Model*, The Commonwealth Fund.
- Shortell S.M.** (2010). "How the Center for Medicare and Medicaid Innovation Should Test Accountable Care Organizations". *Health Affairs (Millwood)*, 29, p. 1923-1928.
- Shortell S.M., Casalino L.P., Fisher E.S.** (2010). "Achieving the vision – structural change", in Crosson F.J., Tollen L.A., (eds), *Partners in health: how physicians and hospitals can be accountable together*. San Francisco: Jossey-Bass, USA.
- Silow-Carroll S., Edwards J. N.** (2013). "Early Adopters of the Accountable Care Model: A Field Report on Improvements in Health Care Delivery". The Commonwealth Fund.
- Song Z., Rose R., Safran D.G., Landon B.E., Day M.P., Chernew M.E.** (2014). "Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment". *The New England Journal of Medicine*, 371(18), p. 1704-1714.
- Spivack S. B., Murray G. F., Lewis V. A.** (2023). "A Decade of ACOs in Medicare: Have They Delivered on Their Promise?". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 48(1), p. 63-92.
- 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 Bazsanger I., Paris : L'Harmattan.
- Tanio C., Chen C.** (2013). "Innovations at Miami Practice Show Promise for Treating High-Risk Medicare Patients". *Health Affairs (Millwood)*, 32(6), p. 1078-1082.
- Tipirneni R., Vickery K.D., Ehlinger E.P.** (2015). "Accountable Communities for Health: Moving from Providing Accountable Care to Creating Health". *Annals of Family Medicine*, 13(4), p. 367-369.
- Trombley M.J., Fout B., Brodsky S., McWilliams J.M., Nyweide D.J., Morefield B.** (2019). "Early Effects of an Accountable Care Organization Model for Underserved Areas". *The New England Journal of Medicine*, online: 10.1056/NEJMsa1816660.
- Tu T., Muhlestein D., Kocot L., White R.** (2015). *The Impact of Accountable Care: Origins and Future of Accountable Care Organizations*. Leavitt Partners White Paper.
- 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*. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press.

Wilson M., Guta A., Waddell K., Lavis J., Reid R., Evans, C. (2020). "The impacts of accountable care organizations on patient experience, health outcomes and costs: a rapid review". *Journal of Health Services Research & Policy*, 25(2), p. 130-138.

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

WHO (2015). "Building primary care in a changing Europe-Case studies", in Kringos D.S., Boerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B., (eds), European Observatory on Health Systems and Policies, 314 p.

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

Zhang H., Cowling D. W., Graham J. M., Taylor E. (2021). "Impact of a commercial accountable care organization on prescription drugs". *Health Services Research*, 56(4), p. 592-603.

Annexes

Annexe 1 Liste des indicateurs de qualité inscrits dans le premier cahier des charges du modèle économique de l'expérimentation d'une Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)

À l'exception du premier, ces indicateurs s'appliquent à la patientèle affiliée aux médecins traitants du collectif.

- Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant (Système national des données de santé-SNDS) – Évolution attendue à la hausse. [Mis en œuvre]
- Taux de passage aux urgences non suivis d'hospitalisation (SNDS) – Évolution attendue à la baisse. [Mis en œuvre]
- Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (SNDS) – Évolution attendue à la hausse. Une admission directe à l'hôpital se fait sans passage aux urgences, y compris en cas d'hospitalisation non programmée. [Mis en œuvre]
- Taux d'usage des Dossiers médicaux partagés (DMP) - DMP national ou solution e-parcours DMP compatible (recueil *ad hoc* en lien avec le service concerné à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les Agences régionales de santé (ARS) – Évolution attendue à la hausse. [Non mis en œuvre]
- Taux de réhospitalisation à 30 jours (SNDS) – Évolution attendue à la baisse. [Mis en œuvre]
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (SNDS) – Évolution attendue à la baisse. [Mis en œuvre]
- Qualité de la lettre de liaison à l'entrée¹ (recueil *ad hoc via* la remontée des données des professionnels des organisations de santé) – Évolution attendue à la hausse. [Non mis en œuvre]
- Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (médecin généraliste ou infirmière) dans le mois suivant (SNDS) – Évolution attendue à la hausse. [Mis en œuvre]
- Actions de prévention et de promotion de la santé (recueil *ad hoc via* la remontée des données des professionnels des organisations de santé) – Évolution attendue à la hausse. [Non abouti pour la généralisation]
- Part des patients du groupement en polyprescription continue, c'est-à-dire à qui l'on a prescrit sur une période donnée plusieurs traitements prolongés (SNDS) – Évolution attendue à la baisse. [Mis en œuvre]

¹ La lettre de liaison concerne ici les patients adressés aux services d'urgence, avec ou sans hospitalisation à la suite.

En plus de ces dix indicateurs, le cahier des charges Ipep prévoyait la possibilité pour chaque collectif d'établir trois indicateurs dits « à la carte », adaptés aux spécificités de leur organisation, mais ils n'ont pas été mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation.

Enfin, le questionnaire d'expérience du patient devait moduler le score de qualité. Si cette modulation n'a pas été mise en œuvre durant l'expérimentation, une version de ce questionnaire a été validé par la Haute Autorité de santé (HAS).

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

Tableau A1 Présentation de la structure : historique, configuration et statuts, localisation (en %)

	Toutes MSP n = 122	IPEP n = 17	ENMR hors Ipep n = 23
Année d'ouverture			
Avant 2015	37 (n = 45)	65 (n = 11)	100 (n = 23)
2015-2018	33 (n = 40)	29 (n = 5)	
Après 2018	30 (n = 37)	6 (n = 1)	
Coopération avant ouverture (% oui)	66	35	65
Révision du projet de santé depuis l'ouverture (% oui)	52	71	78
Participation aux ENMRa (si avant 2015)	78 (n = 35)	91 (n = 10)	100 (n = 23)
Configuration de la MSP			
Monosite, tous les professionnels de santé sont regroupés sous un même bâti	53	47	57
Multisites, avec un site principal pluriprofessionnel avec d'autres sites monoprofessionnels	15	6	13
Multisites, avec un site principal pluriprofessionnel avec d'autres sites pluriprofessionnels	19	24	17
Multisites, avec plusieurs sites pluriprofessionnels	5	6	4
Multisites, autres configurations	2	6	0
Non réponse	7	12	9
Signature de l'Accord conventionnel inter professionnel (ACI)	98	88	100
Association	39	24	35
Participation à un Article 51	26	100	17
dont Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)	n = 17		
Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps)	n = 5	n = 2	
Structures d'exercice coordonné participatives (Secpa)	n = 3	n = 1	n = 2
Typologie territoire de vie			
Espaces périurbains avec moindre accessibilité aux soins	28	0	32
Marges rurales, peu attractives et avec population fragile	32	29	41
Espace de retraite et tourisme bien dotés en offre de soins	3	6	5
Espaces urbains ou ruraux défavorisés aux plans socio-économiques et sanitaires	12	6	9
Villes centres hétérogènes socioéconomiquement à l'offre de soin abondante	16	47	9
Villes et couronnes périurbaines favorisées	9	12	5

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

Tableau A2 Projet de la structure : motivations, soutien et difficultés

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR hors Ipep
Motivations ou préoccupations les plus importantes des professionnels à l'origine de la création de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [% très important]			
1. Attirer de jeunes professionnels	54	41	52
2. Améliorer les conditions de travail et le partage de l'activité	48	41	39
3. Partager de l'information et/ou des pratiques entre professionnels de même profession	52	47	52
4. Échanger de l'information et partager des pratiques entre professionnels de différentes professions	57	59	57
5. Partager des frais (investissement et fonctionnement)	12	35	4
6. Améliorer l'accessibilité aux soins pour les patients	54	71	44
7. Améliorer la qualité des soins et des pratiques médicales	66	71	70
8. Autre. s	10	29	9
Acteurs ayant contribué de manière importante au projet de la MSP, sur les dimensions techniques et financières ?			
Soutien technique – (% oui, dès le début et plus tard)			
1. Profession. s médicale. s	90	100	87
2. Profession. s paramédicale. s	84	88	87
3. Autres professionnels de la MSP (ni médicaux ni paramédicaux)	55	71	70
4. Élus locaux et/ou groupements (ex. communauté, syndicat, pôle, métropole...)	62	53	65
5. Agence régionale de santé (ARS) et/ou Assurance maladie	77	71	61
6. Union. s ou syndicat. s de professionnels de santé (national, régional)	13	29	4
7. Fédération de MSP (nationale, régionale)	61	53	52
8. Société de conseil et/ou de service	35	24	30
9. Autres représentants ou services de l'État en région ou dans les départements	16	6	26
10. Autre. s	7	12	4
Soutien financier – (% oui, dès le début et plus tard)			
1. Profession. s médicale. s	54	53	57
2. Profession. s paramédicale. s	41	41	48
3. Autres professionnels de la MSP (ni médicaux ni paramédicaux)	24	35	13
4. Élus locaux et/ou groupements (ex. communauté, syndicat, pôle, métropole...)	58	47	65
5. ARS et/ou Assurance maladie	73	71	74
6. Union. s ou syndicat. s de professionnels de santé (national, régional)	4	12	0
7. Fédération de MSP (nationale, régionale)	10	6	13
8. Société de conseil et/ou de service	2	6	4
9. Autres représentants ou services de l'État en région ou dans les départements	23	24	26
10. Autre. s	7	24	4
Difficultés majeures dans la mise en place ou le fonctionnement de la MSP (% oui, tout à fait et plutôt)			
1. Obtenir de l'ARS la validation du projet de santé ?	14	12	9
2. Réunir (et conserver) un nombre suffisant de professionnels de santé ?	15	29	9
3. Créer et maintenir une dynamique d'équipe ?	38	47	39
4. Gérer les instances juridiques régissant le collectif ?	50	53	39
5. Obtenir des aides pour le projet immobilier ?	38	59	39
6. Mettre en place un système d'information partagé ?	41	41	39
7. Contractualiser dans l'Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ?	14	18	13

Suite du tableau page suivante

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR hors Ipep
8. Travailler avec des représentants d'habitants, d'usagers ou de patients ?	29	53	48
9. Tisser des partenariats avec d'autres offreurs de soins ou services de santé ?	23	41	13
10. Obtenir des financements pour des actions mises œuvre par les membres de la MSP ?	33	53	30
11. Autres difficultés	4	6	0

^a Incitation à une prise en charge partagée

Source : Enquête Epop MSP (Irdes).

Tableau A3 Locaux : projet immobilier, choix du lieu, caractéristiques, propriétaires/loyers

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Projet immobilier ou architectural depuis 2007 (% oui)	79	76	87
Nature du dernier projet immobilier :			
1. Une implantation nouvelle avec construction ou rénovation d'un bâti	73	38	75
2. Une réhabilitation et/ou une extension d'une précédente structure médicale	21	46	25
3. Autre type de projet	6	15	0
Dans le choix du lieu d'implantation de la MSP, quel degré d'importance pour : (% Très important)			
1. Coût de l'implantation (bâti, terrain, installation, taille des locaux, etc.)	12	23	15
2. Proximité avec les anciens locaux des professionnels de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	46	46	50
3. Aides fiscales ou financières pour les professionnels de santé	46	46	45
4. Préférence des professionnels (cadre de vie et environnement)	25	31	15
5. Accessibilité pour les patients (transports, parking, etc.)	7	8	0
6. Proximité à d'autres services ou équipements de santé (laboratoire, pharmacie, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes-Ehpad, etc.)	27	31	45
7. Proximité avec des services sociaux et/ou municipaux	49	54	50
8. Diagnostic de l'offre de soins révélant un déficit de professionnels localement	20	8	20
La MSP est-elle mitoyenne ou à proximité immédiate de...			
1. Une pharmacie d'officine	70	71	70
2. Un laboratoire de biologie médicale	39	65	39
3. Une structure hospitalière (hôpital de proximité, etc.)	24	41	35
4. Une structure de services médicaux ou médico-sociaux	44	59	30
5. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	30	41	35
Quels sont les propriétaires des locaux :			
1. Un ou plusieurs professionnels de santé	37	35	30
2. Un ou plusieurs investisseurs privés	6	12	0
3. Un ou plusieurs bailleurs sociaux	7	12	13
4. Une collectivité locale (ex. Commune, Établissement public de coopération intercommunale (EPCI))	53	53	61
5. Autre, préciser (voir précisions ci-après)	7	12	0
Loyer			
1. Oui, elle-même ou les professionnels qui y exercent	93	100	96
2. Non, l'hébergement est gratuit	5	0	0
3. Aucune réponse/valeur manquante	2	0	4

Suite du tableau page suivante

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

Irdes - mars 2025

Type bail	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
1. D'un bail unique avec la structure juridique de la MSP (ex. règle de répartition des charges définies dans la Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa) ou Société civile de moyens (SCM) et/ou le règlement intérieur)	50	53	36
2. De baux multiples avec les structures juridiques de chaque catégorie de professionnels de la MSP (ex. règles de répartition des charges définies dans les SCM, voire également dans la Sisa et ou le règlement intérieur)	16	6	27
3. De baux individuels avec chaque professionnel de santé	27	18	36
4. Je ne sais pas	1	6	0
5. Autre type de bail	6	18	0

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Tableau A4 Composition et effectifs en professionnel de la structure

	Toutes MSP ^a		Ipep ^b		ENMR ^c hors Ipep	
	N	% avec	N	% avec	N	% avec
Médecins spécialistes en médecine générale	6	100	9,8	100	6,7	100
Médecins spécialistes d'autres disciplines	0,8	33	1	53	1,3	43
Sages-femmes	0,9	57	0,8	41	0,8	57
Infirmières diplômées d'État (IDE), libérales ou salariées	6,7	97	8,6	94	7,7	96
Infirmières Asalée	0,8	58	1	65	1,2	87
Infirmières en pratique avancée (IPA)	0,2	19	0,5	47	0,2	22
Total des infirmières (IDE + Asalée + IPA)	7,7	99	10,1	100	9,1	100
Assistants médicaux (quel que soit le diplôme)	0,7	33	2,1	71	0,6	30
Masseurs-kinésithérapeutes	2,8	73	2,5	71	3,5	65
Pharmaciens	1,7	59	2,5	53	2,3	61
Pédicures-podologues	0,8	57	1,1	47	1	61
Orthophonistes	1,1	57	0,8	41	1,3	70
Psychologues	1,2	68	1,6	82	1,5	83
Diététiciennes	0,6	60	0,8	71	0,7	65
Chirurgiens dentaires	0,5	34	0,2	18	0,7	39
Autres professionnels de santé	1,2	49	0,8	35	1,3	48
Total professionnels de santé	26		34,1		30,8	
Personnel d'Accueil et/ou secrétariat (présence physique dans la MSP)	2,3	77	3,4	76	3,6	91
Coordinatrices	0,9	82	1,5	88	1	87
Assistante sociale	0,2	11	0,2	12	0,4	22
Technicien d'information médicale (Tim)	0	2	0,1	6	0	0
Médiateurs en santé	0,1	5	0,3	18	0,2	9
Autres professionnels hors santé	0,6	30	1,2	41	0,5	30
Total professionnels hors santé	4,1		6,7		5,7	

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Epop MSP (Irdes).

Tableau A5 Label universitaire et accueil de stagiaires

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR hors Ipep-Peps ^c
Label universitaire (%)	18	12	17
Accueil stagiaire (%)	98	94	100
Nombre de stagiaires dans l'année			
1. Médecins spécialistes en médecine générale (internes)	4,8	6,6	5,4
2. Médecins spécialistes d'autres disciplines (internes)	0,2	0	0
3. Sages-femmes	0,8	1	0,4
4. Infirmières diplômées d'État (IDE)	1,8	2,4	2,2
5. Masseurs-kinésithérapeutes	1,4	1	1,7
6. Chirurgiens dentaires	0,3	0,5	0,2
7. Personnel d'Accueil et/ou secrétariat	0,8	1,3	0,2
8. Coordinatrices	0,2	0,6	0
9. Autre	1,8	1	2,6

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Paiement en équipe de professionnels de santé (Peps).

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

Tableau A6 Patientèle, téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés

		Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Nombre total de patients inscrits « médecin traitant » auprès de l'ensemble des médecins généralistes de la MSP				
Nombre de patients médecin traitant en décembre 2021	Moyenne	6 510	11 421	6 594
Médiane		5 000	7 972	5 000
par médecin généraliste	Moyenne	1 118	1 141	1 015
Médiane		1 057	1 000	1 000
Restrictions éventuelles à l'acceptation de nouveaux patients inscrits « médecin traitant »				
1. Pas de restriction		13	12	26
2. Pas de nouveau patient au-delà d'un nombre de patients maximum		17	12	13
3. Pas de nouveau patient provenant d'une zone non considérée comme principalement desservie par la MSP		35	24	44
4. Pas de règle générale, cela dépend des médecins généralistes		38	41	30
5. Autre type de restriction		5	18	4
Territoire principal correspondant à la patientèle de la MSP				
1. La commune de la MSP ou des différents sites		7	12	9
2. La communauté de communes		21	29	4
3. Le canton		11	6	22
4. Le pays		7	0	9
5. Le bassin de vie		1	0	0
6. Le territoire de vie-santé		29	18	30
7. Le territoire de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)		10	12	13
8. Le quartier ou Ilots regroupés pour l'information statistique (Iris)		5	12	0
9. Je ne sais pas		1	0	0
10. Autre		10	12	13

Suite du tableau page suivante

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

Irdes - mars 2025

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Tiers-payant pour les consultations de médecin généraliste (en dehors du tiers payant obligatoire pour les patients Aide pour une complémentaire santé-ACS, Affection de longue durée-ALD et maternité)			
1. Oui, le tiers payant de la part de l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire	20	18	35
2. Oui, le tiers payant, mais seulement de la part de l'Assurance maladie obligatoire	34	53	17
3. Non	32	18	35
4. Aucune réponse/valeur manquante	14	12	13
Les médecins de la MSP réalisent-ils des téléconsultations ?			
1. Oui, tous	20	35	9
2. Oui, une majorité d'entre eux	15	12	13
3. Oui, une moitié d'entre eux	5	6	4
4. Oui, une minorité d'entre eux	28	24	30
5. Non, aucun	23	6	35
6. Je ne sais pas	7	6	9
7. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
Dans une semaine d'activité ordinaire, quelle est la part des consultations de médecin généraliste effectuées en téléconsultation par les médecins la pratiquant ?			
1. Moins de 10 %	78	69	92
2. Entre 10 et 20 %	12	31	8
3. Je ne sais pas	10	0	0
Certains professionnels de santé de la MSP réalisent-ils des visites au domicile des patients ?			
1. Oui	98	88	100
2. Non	1	0	0
3. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
Les médecins de la MSP 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	90	88	96
2. Oui, certains jours de la semaine	7	0	4
3. Oui, un seul jour	1	0	0
4. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
Comment se sont-ils organisés ?			
1. Par des plages sans rendez-vous prévues dans les agendas	43	40	39
2. Par l'ouverture de créneaux quotidiens pour les soins non programmés	70	73	78
Cette organisation des soins non programmés est-elle destinée ?			
1. Uniquement aux patients inscrits « médecin traitant » de la structure	16	20	13
2. Surtout aux patients inscrits « médecin traitant » de la structure	39	27	35
3. À tous les patients de la MSP inscrits « médecin traitant » ou non	44	53	52
4. Aucune réponse/valeur manquante	1	0	0
Tous les médecins participent-ils à cette organisation pour les soins non programmés ?			
1. Oui, tous	88	87	83
2. Non, mais une majorité d'entre eux	10	13	13
3. Non, une moitié d'entre eux	1	0	0
4. Aucune réponse/valeur manquante	1	0	4
Au cours d'une semaine d'activité ordinaire, quelle est la part des consultations de médecin généraliste liées à des soins non programmés ?			
1. Moins de 10 %	19	13	17
2. Entre 10 et 20 %	26	40	30
3. De 20 à 30 %	26	20	35

Suite du tableau page suivante

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
4. Plus de 30 %	18	13	9
5. Je ne sais pas	11	13	9
En général, parmi les demandes de soins non programmés, quelle est la part de ces demandes à laquelle la MSP peut répondre positivement ?			
1. Moins de 10 %	4	0	9
2. De 10 à 25 %	6	13	4
3. De 25 à 50 %	16	0	9
4. Plus de 50 %	44	53	35
5. Toutes	18	20	30
6. Je ne sais pas	13	13	13
Les médecins de la MSP 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	72	65	70
2. Non	16	18	30
3. Je ne sais pas	10	6	0
4. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Epop MSP (Irdes).

Tableau A7 Collaboration territoriale de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR ^b hors Ipep
Votre MSP fait-elle partie d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ?			
1. Oui, la MSP dans son ensemble	39	35	39
2. Oui, à travers la participation de certains professionnels de la MSP	30	24	17
3. Non	30	29	43
4. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
Quel est le rôle de la MSP dans la CPTS ?			
1. Initiateur	37	60	62
2. Participant	52	20	38
3. Je ne sais pas	2	0	0
4. Autre	8	20	0
Est-ce qu'un ou plusieurs membres de la MSP participent au pilotage de la CPTS (membre du CA et ou du bureau) ?			
1. Oui	66	70	85
2. Non	33	30	15
3. Je ne sais pas	1	0	0
Dans le cadre de la CPTS, est-ce qu'un ou plusieurs membres de la MSP participent à certaines activités dans les champs suivants ?			
1. Accès aux soins	70	90	92
2. Parcours	59	70	77
3. Prévention	63	70	77
4. Qualité et pertinence des soins (par exemple : formation)	51	70	85
5. Accompagnement des professionnels sur le territoire (par exemple : aide à l'installation sur le territoire)	36	70	46
6. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	7	10	8

Suite du tableau page suivante

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

Irdes - mars 2025

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR ^b hors Ipep
Votre MSP participe-t-elle à un Contrat local de santé (CLS) ?			
1. Oui, la MSP dans son ensemble	23	40	23
2. Oui, à travers la participation de certains professionnels de la MSP	34	20	38
3. Non	33	30	31
4. Je ne sais pas	11	10	8
Fréquence de la collaboration de la MSP avec les services ou institutions suivantes inscrites sur le territoire ? % au moins une fois par semaine ou tous les jours ou presque			
1. D'autres MSP ou centres de santé (CDS)	6	18	13
2. D'autres professionnels de santé (libéraux...)	33	35	39
3. L'hôpital (hôpital de proximité, Centre hospitalier-CH ou Centre hospitalier universitaire-CHU, cliniques privées, etc.)	38	47	48
4. Les Soins de suite et réadaptation (SSR)	20	18	22
5. Les laboratoires d'analyses médicales	47	53	39
6. Les cabinets de radiologie	38	53	26
7. Les pharmacies	64	71	65
8. Les acteurs du médico-social (Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes-Ehpad, Services de soins infirmiers à domicile-Ssiad, services à domicile, etc.)	48	41	52
9. Les services sociaux (Centre communal d'action sociale-CCAS, Centre intercommunal d'action sociale Cias, maison des usagers, maison des solidarités...)	16	29	17
10. Un dispositif d'appui (Dispositif d'appui à la coordination-Dac, Plateforme territoriale d'appui-PTA...)	16	24	22
11. La Protection maternelle et infantile (PMI)	12	18	17
12. La municipalité ou intercommunalité	6	12	4
13. Une CPTS	23	35	13
14. Autre. s structure. s	2	0	4
Information spécialistes			
1. Très souvent (75-100 % des patients concernés)	47	35	52
2. Souvent (50-74 % des patients concernés)	24	47	13
3. Parfois (25-49 % des patients concernés)	7	0	17
4. Rarement (1-24 % des patients concernés)	2	0	4
5. Je ne sais pas	19	6	13
6. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
% Souvent/très souvent (sachant répondre)	90	100	75
Information Urgences			
1. Très souvent (75-100 % des patients concernés)	19	18	9
2. Souvent (50-74 % des patients concernés)	28	29	30
3. Parfois (25-49 % des patients concernés)	16	12	22
4. Rarement (1-24 % des patients concernés)	15	24	22
5. Jamais	3	0	4
6. Je ne sais pas	18	6	13
7. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
% Souvent/très souvent (sachant répondre)	59	57	45
Information Sortie hôpital			
1. Très souvent (75-100 % des patients concernés)	28	18	35
2. Souvent (50-74 % des patients concernés)	27	47	22
3. Parfois (25-49 % des patients concernés)	14	6	13
4. Rarement (1-24 % des patients concernés)	10	12	17

Suite du tableau page suivante

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR ^b hors Ipep
5. Jamais	1	0	0
6. Je ne sais pas	19	6	13
7. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
% Souvent/très souvent (sachant répondre)	70	79	66
Délai information sortie hôpital			
1. Moins de 24 heures	2	0	0
2. Entre 24 et 48 heures	14	0	26
3. Une semaine	39	65	30
4. Un mois	14	12	17
5. Plus d'un mois	6	6	4
6. Vous ne recevez que rarement ou jamais d'informations de l'hôpital	2	0	4
7. Je ne sais pas	22	6	17
8. Aucune réponse/valeur manquante	2	12	0
% dans la semaine (sachant répondre)	72	79	67

^a Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^b Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

Tableau A8 Fonctions du personnel d'accueil ou secrétariat

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Présence de personnel d'accueil ou secrétariat	80	77	91
Accueil : Pour qui ? (Si présence de personnel déclaré pour l'accueil ou le secrétariat)			
1. Aux médecins	40	31	33
2. Aux paramédicaux	10	8	19
3. Aux dentistes	5	0	10
4. À l'ensemble des professionnels de santé	45	62	48
5. Il n'y a pas de personnel d'accueil physique dans la MSP	13	8	19
6. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	7	0	14
Secrétariat : Pour qui ? (Si présence de personnel déclaré pour l'accueil ou le secrétariat)			
1. Aux médecins	70	54	76
2. Aux paramédicaux	21	0	19
3. Aux dentistes	12	0	19
4. À l'ensemble des professionnels de santé	26	46	24
5. Il n'existe pas de secrétariat physique ni distant dans la MSP	2	0	0
Fonctions assumées par le personnel d'accueil et/ou de secrétariat de la MSP (% oui)			
1. Accueil téléphonique	97	100	95
2. Accueil physique	98	100	95
3. Prise de rendez-vous	97	100	100
4. Tri et orientation des patients (patientèle « médecin traitant » ou non)	81	92	81
5. Codage des actes	7	15	5
6. Conseil ou information de nature médicale au patient, notamment pour les demandes urgentes ou non programmées	62	62	67
7. Gestion des dossiers patients (archivage des courriers, résultats des examens...)	94	100	91
8. Encaissement	18	23	19

Suite du tableau page suivante

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

Irdes - mars 2025

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
9. Coordination (ex. téléphone, courrier...) avec les professionnels extérieurs au site ou en institution	60	77	57
10. Comptabilité (écritures comptables...)	34	46	33
11. Gestion des consommables (suivi des stocks, passage des commandes...)	71	85	71
12. Aide à l'ouverture de droit ou accompagnement dans les démarches administratives et sociales	13	31	10
13. Gestion du tiers payant	20	15	24
14. Organisation des activités protocolisées ou collectives de la structure	18	54	19
15. Gestion des programmes d'éducation thérapeutique	8	39	5
16. Gestion, maintenance de la structure	30	69	24
17. Autre, préciser	7	23	5

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Efor MSP (Irdes).

Tableau A9 Fonctions et périmètre d'activité des professionnels de santé

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
Fonctions Infirmière diplômée d'État (IDE) salariés ou libérales (% Oui conditionnellement à savoir répondre)			
1. Accueil et/ou orientations des patients sans rendez-vous	14	27	19
2. Activités cliniques dans le cadre d'un acte médical délégué	16	40	10
3. Prescription de médicaments et d'autres substances	10	13	19
4. Aide aux patients à domicile pour la réalisation de téléconsultation avec le médecin	15	27	10
5. Éducation à la santé et conseil aux patients, protocolisé et organisé (ex. arrêt du tabac, activité physique, alimentation, automesure, Maladies sexuellement transmissibles-MST...)	53	60	52
6. Suivi protocolisé et organisé de certains groupes de patients (ex. maladies chroniques, groupe d'âges)	46	40	52
7. Petite intervention (ex. plaie aiguë)	37	27	33
8. Prescription d'examen diagnostiques (ex. radiographie, tests sanguins)	4	7	10
9. Renouvellement de prescription	10	33	10
10. Liaison et coordination avec les autres professionnels de santé libéraux en dehors de la MSP et/ou avec les établissements sanitaires et médico-sociaux	44	53	52
11. Soutien à l'amont ou l'aval de la consultation médicale (ex. mesures (pression artérielle, poids...) injections et vaccination, accompagnement/explication de l'ordonnance...)	27	40	29
12. Participation aux décisions cliniques et staffs	66	73	71
IDE salariées (% avec)	29	48	30
Avec fonctions spécifiques (coordination, parcours, soins primaires)			
1. Infirmière de parcours	5	13	0
2. Infirmière de coordination	9	13	0
3. Infirmière de soins primaires	0	0	0
Asalée – Domaines intervention			
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	91	95
2. Suivi du patient à risque cardiovasculaire	89	100	85

Suite du tableau page suivante

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
3. Suivi du patient tabagique à risque de Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)	90	91	85
4. Consultation de repérage des troubles cognitifs	88	91	75
5. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	21	18	15
Actes délégués Asalées (% Oui conditionnellement à savoir répondre)			
1. Électrocardiogramme du patient diabétique	53	70	53
2. Examen du pied diabétique, monofilament	68	90	59
3. Prescription de bilan biologique	29	40	29
4. Spirométrie	80	70	82
5. Tests de mémoire	89	100	76
6. Aucun de ces actes n'est délégué	3	0	6
7. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	12	10	6
Nombre de médecins généralistes collaborant avec une infirmière Asalée	5,0	6,6	4,9
Si pas Asalée, envisage Asalée (en %)	29	50	33
Infirmière en pratique avancée (IPA) - Domaines intervention			
1. Les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires	96	100	80
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 (voir précisions ci-dessous)	4	0	20
Fonctions IPA			
1. Orientation, éducation, prévention ou dépistage	79	78	40
2. Actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique	88	100	40
3. Prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales	71	78	40
4. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	4	0	0
Si pas IPA, envisage IPA (en %)	28	62	44
Fonctions Masseurs-Kinésithérapeute			
1. Rééducation neurologique	50	56	27
2. Rééducation respiratoire	77	67	91
3. Rééducation cardiovasculaire	38	44	36
4. Rééducation périnéo-sphinctérienne liée à l'accouchement	58	56	54
5. Rééducation d'une fonction particulière comme celle de la motilité faciale et de la mastication, de la déglutition	32	44	54
6. Rééducation des troubles de l'équilibre	73	56	82
7. Aucune de ces tâches	8	11	0
8. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	6	0	9
Fonctions des sages-Femmes			
% gynécologie médicale	48	43	46
1. Prescription de contraceptifs oraux	96	100	100
2. Pose de dispositifs contraceptifs	94	100	100
3. Interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse	38	33	50
4. Infertilité	21	33	50
5. Frottis – dépistage des cancers	94	100	100
6. Dépistage IST – VIH	77	67	100
7. Vaccination des nouveaux nés, des fratries	25	33	33

Suite du tableau page suivante

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

Irdes - mars 2025

	Toutes MSP ^a	Ipep ^b	ENMR ^c hors Ipep
8. Vaccination HPV (jeunes filles et garçons)	40	33	33
9. Prise en charge de l'incontinence urinaire	71	67	67
10. Troubles de la sexualité	52	33	67

^a Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP).

^b Incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

^c Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR).

Source : Enquête Efp MSP (Irdes).

Tableau A10 Ressources techniques de la Maison de santé (MSP)

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR hors Ipep
Ressources informatiques			
1. Logiciel(s) de gestion(s) des facturations (au moins un)	68	73	78
2. Messagerie électronique sécurisée	96	100	100
3. Logiciel(s) de gestion(s) des dossiers patients (au moins un)	96	100	91
4. Des outils informatisés pour soutenir la prise de décision clinique	68	87	70
5. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs services de radiologie	26	47	26
6. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs laboratoires de biologie	50	73	44
7. Interface électronique de transmission des prescriptions à une ou plusieurs pharmacies	28	47	30
8. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs médecins spécialisés en ambulatoire	38	53	44
9. Interface électronique d'échange avec un ou plusieurs établissements de santé	28	33	30
10. Aucune de ces ressources	0	0	0
Facturation			
1. ... d'un logiciel unique pour tous les professionnels de santé de la MSP ?	5	18	6
2. ... de plusieurs logiciels pour les différentes catégories de professionnels de la MSP, mais unique au sein de chaque catégorie (ex. médecin, infirmier-ères, masseurs kinésithérapeutes...)?	62	55	61
3. ... de plusieurs logiciels pour les différentes catégories de professionnels de la MSP et entre les professionnels de chaque catégorie ?	28	18	22
4. Aucune réponse/valeur manquante	5	9	11
Dossier patient			
1. ... d'un logiciel unique pour tous les professionnels de santé de la MSP ?	43	47	48
2. ... de plusieurs logiciels pour les différents professionnels de la MSP, dont au moins un est commun à l'ensemble des professionnels de la structure	49	53	33
3. ... de plusieurs logiciels pour les différents professionnels de la MSP sans logiciel commun à l'ensemble des professionnels de la structure	6	0	10
4. Aucune réponse/valeur manquante	2	0	10
Satisfaction logiciel unique et partagé			
1. Très satisfait	10	14	10
2. Plutôt satisfait	56	43	70
3. Ni satisfait, ni insatisfait	20	14	00
4. Plutôt insatisfait	10	29	10

Suite du tableau page suivante

	Toutes MSP	Ipep ^a	ENMR hors Ipep
5. Très insatisfait	4	0	10
Précisez le pourcentage de vos patients ayant un dossier informatisé ? _____ %	93	97	97
Système classification			
1. Classification internationale des maladies (Cim)	50	73	77
2. Classification internationale des soins primaires (Cisp)	16	27	18
3. Dictionnaire des résultats de consultation (DRC)	1	0	0
4. Je ne sais pas	44	20	12
5. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	4	0	6
Renseignement patients			
1. Liste de patients concernés selon des critères (diagnostic, médicaments prescrits, résultat d'examen ou de tests, éligibilité à des diagnostics ou tests préventifs, etc.)	78	86	77
2. Liste de tous les médicaments ou résultats d'examens de laboratoires prescrits pour chaque patient (y compris ceux prescrits par d'autres médecins)	71	79	59
3. Résumé des visites ou consultations médicales et non médicales d'un patient	79	79	64
4. Résumé des réunions de concertation pluriprofessionnelles d'un patient	74	71	68
5. Aucune de ces informations	3	7	5
Possibilités offertes aux patients			
1. D'envoyer un courriel/un message via un site sécurisé concernant un problème ou une question médicale	21	43	24
2. De prendre rendez-vous en ligne (NB : n'inclut pas les courriels)	70	71	62
3. De renouveler des prescriptions en ligne (NB : n'inclut pas les courriels)	7	29	10
4. De consulter des résultats d'analyses en ligne	14	29	19
5. De consulter les comptes rendus de consultation en ligne	4	14	10
6. Aucune de ces possibilités	20	21	19
Équipements médicaux			
1. Oxymètre (instantané)	79	77	87
2. Tensiomètre avec brassards multiples	89	82	91
3. Mesure ambulatoire de la pression artérielle ou Ho	50	59	65
4. Appareil de radiographie	9	12	22
5. Appareil de mammographie	2	6	0
6. Appareil d'ostéodensitométrie	1	6	0
7. Appareil d'électrocardiographe électrocardiogramme	79	82	91
8. Doppler	18	6	26
9. Rétinographe	10	6	13
10. Spiromètre	60	65	87
11. Scope défibrillateur	32	41	35
12. Analyseur de CO ₂	21	18	22
13. Aucun de ces équipements	0	0	0
14. Autre, préciser (voir précisions ci-dessous)	20	18	22

Source : Enquête Efop MSP (Irdes).

Table des illustrations

1. Les grands principes, les objectifs et le déroulement de l'expérimentation	
Schéma 1	Les objectifs d'Ipep 10
Schéma 2	Les objectifs de qualité 11
Schéma 3	Acteurs impliqués dans le dispositif de l'article 51 et dans la mise en place de Peps et Ipep..... 13
Tableau 1	Liste des groupements autorisés à participer à Ipep dès juin 2019 14
Tableau 2	Liste des groupements complémentaires sélectionnés pour participer à Ipep, début 2020..... 14
Schéma 4	Chronologie de l'expérimentation Ipep.....15
2. Méthode : quelle évaluation de l'expérimentation Ipep ?	
Schéma 5	<i>Design</i> général de l'évaluation Era2 faisant apparaître les disciplines contributives 18
Tableau 3	Entretiens avec les porteurs de projet..... 22
Tableau 4	Monographies dans cinq groupements expérimentateurs 23
3. Le modèle économique Ipep, ses inspirations et ses évolutions	
Schéma 6	Calendrier des financements dans le modèle Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)..... 34
Schéma 7	Support de présentation du point FHF 39
Graphique 1	Montants versés dans le cadre de l'expérimentation Ipep (en milliers d'euros).....40
4. Résultats de l'évaluation sociologique qualitative de la mise en œuvre de l'expérimentation Ipep	
Carte 1	Les 29 groupements Ipep 43
5. Résultats de l'enquête Efop volet MSP	
Carte 2	Localisation des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) répondant à l'enquête Efop selon les groupes d'analyses – France métropolitaine, Martinique et Guyane..... 82

Graphique 2	Composition professionnelle des Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).....	85
Tableau 5	Types d'actions mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation Ipep	86
Tableau 6	Postes de dépenses utilisés pour les financements reçus au titre du dispositif Incitation à une prise en charge partagée (Ipep) dans la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) [en %].....	89
Tableau 7	Outils de coordination ou de coopération utilisés par les professionnels de santé pour le suivi ou la prise en charge des patients (en %).....	90
Graphique 3	Régularité des réunions et échanges entre professionnels de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	91
Graphique 4	Score annuel de composition des réunions.....	92
Graphique 5	Score annuel de collaboration de la MSP avec les services ou institutions suivantes inscrites sur le territoire	94
Tableau 8	Nature de la collaboration avec l'hôpital (hôpital de proximité, CH ou CHU, cliniques privées, etc.) pour les MSP avec une collaboration au moins occasionnelle (en %)	95
Tableau 9	Activité régulière de promotion de la santé (telle l'éducation à la santé à l'école) ou de prévention (tel le dépistage des infections sexuellement transmissibles)	97
Tableau 10	Fréquence de mise en place d'activités auprès des patients ou de protocoles dans les domaines suivants (en %)	98
Graphique 6	Rôle et fonction du personnel de secrétariat et/ou accueil	100
Graphique 7	Rôle et fonctions des Infirmières diplômées d'État (IDE), libérales ou salariées.....	101

6. Analyses croisées et éléments de synthèse

7. Publications / valorisation des travaux d'évaluation

8. Bibliographie

Annexes.....123

Tableau A1	Présentation de la structure : historique, configuration et statuts, localisation (en %).....	125
Tableau A2	Projet de la structure : motivations, soutien et difficultés.....	126
Tableau A3	Locaux : projet immobilier, choix du lieu, caractéristiques, propriétaires/loyers	127
Tableau A4	Composition et effectifs en professionnel de la structure.....	128
Tableau A5	Label universitaire et accueil de stagiaires.....	129
Tableau A6	Patientèle, téléconsultations, visites à domicile et soins non programmés.....	129

Tableau A7	Collaboration territoriale de la Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)	131
Tableau A8	Fonctions du personnel d'accueil ou secrétariat	133
Tableau A9	Fonctions et périmètre d'activité des professionnels de santé	134
Tableau A10	Ressources techniques de la Maison de santé (MSP)	136

Achévé d'imprimer en mars 2025
sur les presses de l'imprimerie CIA Graphic
383, rue Gutenberg
58320 Pougues-les-Eaux
Dépôt légal : mars 2025

Les dernières publications de l'Irdes



- **Financements publics et restes à charge des fauteuils roulants : enseignements d'une comparaison France, Angleterre, Belgique et Suède.**
Pichetti S., Espagnacq M., d'Estève de Pradel A. (Irdes)
Questions d'économie de la santé n° 296. Janvier 2025
- **Les Ehpad les plus chers ne sont pas les meilleurs.**
Penneau A., Or Z. (Irdes)
Questions d'économie de la santé n° 295. Décembre 2024



- **Mesurer la qualité des Établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : exemple de quatre indices de qualité.**
Penneau A. et Or Z. (Irdes), en collaboration avec Vincent R. (Irdes)
Document de travail n° 92. Janvier 2025



- **Is the Public-Private Mix in French Health System Sustainable?**
Pierre A., Or Z. (IRDES)
Document de travail n° 91. Juillet 2023

- **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.**
Afrite A. (Irdes), Bourgeois I. (Irdes, Icone Médiation Santé), Bricard D. (Irdes), Cassou M. (Irdes), Chevillard G. (Irdes), Daniel F. (Irdes), Fournier C. (Irdes), Franc C. (Cesp-Inserm, Irdes), Guillaume S. (Irdes), Legrand J. (Irdes, Cresppa-GTM), Lucas-Gabrielli V. (Irdes), Morize N. (Sciences Po, CSO, Irdes), Mousquès J. (Irdes, EHESP), Pitti L. (Cresppa-CSU, Paris 8, Irdes), Schlegel V. (Irdes)
Rapport Irdes n° 593. Décembre 2024

Abonnements-Diffusion : Irdes 21-23 rue des Ardennes 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 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

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 d'améliorer la prise en charge du parcours des patients, l'efficacité du système de santé et l'accès aux soins. L'expérimentation Incitation à une prise en charge partagée (Ipep), 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'expérimentation Ipep a pour ambition de décloisonner la prise en charge des patients entre la ville et l'hôpital, d'optimiser les parcours de santé, et d'améliorer la qualité et la pertinence de la prise en charge. Pour ce faire, les groupements expérimentateurs reçoivent des incitations financières sous la forme, d'abord, de crédits d'amorçage versés selon, notamment, la taille de la patientèle « médecin traitant » des médecins engagés dans le groupement, puis sous la forme d'un « intéressement » collectif alloué au groupement, en complément de leurs modes de rémunération principaux (à l'acte pour les acteurs de la ville ou à l'activité pour les acteurs hospitaliers).

Ce premier volet du rapport d'évaluation rassemble des résultats consolidés concernant 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 Ipep, les pratiques et appropriations locales de l'expérimentation et du modèle économique. Des résultats descriptifs sont également présentés concernant l'exploitation des données d'enquête déclarative auprès des structures expérimentatrices – Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et Centres de santé (CDS) – du point de vue de la caractérisation des structures expérimentatrices et de leurs pratiques en regard de structures comparables. Les analyses des impacts à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) sur des dimensions comme l'activité, la qualité des soins et services rendus ou les parcours de soins ville-hôpital sont en cours et figureront dans un volet 2 du rapport d'évaluation.