

SITUATION FINANCIÈRE ET MODÈLE ÉCONOMIQUE DES CENTRES DE SANTÉ

TRANSPOSITION DES EXPÉRIMENTATIONS
NATIONALES PEPS, IPEP ET SECPA
DANS LES CENTRES DE SANTÉ CONVENTIONNÉS

NOTE DE TRAVAIL

Actualisation au 1er octobre 2023

RÉDACTION

Dr Alain BEAUPIN

Le présent document reprend la note de travail de l'IJFR établie en juillet 2023 en guise de contribution au chantier de la transformation du modèle des centres de santé polyvalents pluriprofessionnels. Ces centres de santé (CDS) offrent en un même lieu, au sein d'une organisation intégrée, dont tous les professionnels sont salariés, une gamme étendue de services curatifs, préventifs et sociaux accessibles à tous, en tiers payant intégral et sans dépassement tarifaire. Ces centres de santé, dont le nombre est actuellement estimé à 600 dans notre pays, s'inscrivent dans des logiques territoriales et sociales. S'ils se développaient, ils pourraient contribuer à l'amélioration de l'offre de soins primaires, aux plans quantitatifs et qualitatifs. Ils pourraient préfigurer un futur service public territorial de santé préconisé par beaucoup en complément de l'offre libérale traditionnelle.

Onze centres de santé polyvalents pluriprofessionnels sont ainsi engagés dans les expérimentations PEPS et IPEP dans le cadre du réseau des CDS Epidaure animé par l'IJFR.

Plusieurs éléments récents permettent de préciser notre compréhension des trajectoires envisageables pour la transformation du modèle des centres de santé polyvalents pluriprofessionnels. Les conclusions de l'étude commandée par l'IJFR au cabinet VELTYS livrée le 1er septembre 2023 sont désormais disponibles. Elles sont annexées à la présente note. Nous avons également pris en compte le projet de LFSS 2024 tel qu'il a été rendu public, dans l'attente des débats parlementaires.

De son côté, l'IJFR a poursuivi durant l'été ses travaux exploratoires portant sur les perspectives offertes par l'utilisation des données cliniques de santé.

Un état des lieux des systèmes d'information implantés dans les CDS a débuté. Les premiers résultats, portant sur une centaine de CDS utilisateurs de logiciels de gestion de cabinet (LGC), font apparaître une dispersion entre une dizaine de solutions logicielles. Le projet de recherche Intersop-données de santé RESPIR 2022 devrait débuter dans les prochains mois. Il devrait permettre de mieux comprendre les usages actuels des LGC par les professionnels de santé et de formuler des hypothèses d'évolution, à la fois dans les usages au sein des équipes et dans les propositions disponibles auprès des industriels. Si ce chantier devait prospérer, il pourrait avancer selon trois axes :

l'aide au pilotage clinique et populationnel en direction des équipes ;

la construction d'indicateurs cliniques, préventifs et populationnels ;

la mise à disposition, pour les chercheurs, de données de santé issues des équipes de centres de santé polyvalents pluriprofessionnels.

La partie 6 de cette note, inchangée dans cette version révisée, doit ainsi être relue avec précaution, à la lumière de ces différents éléments, notamment au plan du calendrier envisageable, et en prenant en compte les évolutions législatives, réglementaires et tarifaires susceptibles d'impulser et accompagner les changements souhaités

EN RÉSUMÉ, CE QU'IL EST POSSIBLE DE DIRE AUJOURD'HUI

1 - La lecture de l'article 23 du PLFSS 2024 et son exposé des motifs confirment le scénario habituellement admis prévoyant la préparation en 2024 de la transposition dans le droit commun des expérimentations PEPS et IPEP.

2 - La note statistique « IJFR Article 51 » établie par le cabinet Veltys ne permet pas de lever le doute sur la capacité de l'assurance maladie à exercer dès 2025, en routine, un contrôle suffisant de l'équité de l'affectation par les bénéficiaires des ressources qui leur seraient allouées forfaitairement. Pour le dire simplement, le risque de sélection des patients, bien documenté dans la littérature internationale, ne semble pas pouvoir être contrôlé avec une confiance suffisante. En particulier, en l'état actuel des bases statistiques dont elle dispose, l'assurance maladie ne semble pas en mesure de prendre en compte et de traduire budgétairement de façon satisfaisante la précarité des populations accueillies dans les centres de santé et les surcoûts qu'ils induisent, et de garantir ainsi la juste équité sociale dans l'accès aux soins, à la prévention et à l'accompagnement.

5 - En prévoyant que les centres de santé dentaires et ophtalmologiques devront transmettre à l'assurance maladie les actes facturés en indiquant le numéro RPPS du praticien et non plus seulement le numéro FINESS de l'établissement, la loi Khattabi a introduit une **rupture conceptuelle** avec l'accord national des centres de santé qui prévalait depuis son instauration par La Loi du 29 décembre 1999. Celle-ci avait prévu que les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé sont régis par un accord national signé par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. Les discussions au niveau ministériel n'avaient pas permis à l'époque aux professionnels de faire valoir leur demande légitime d'être partie prenante de l'accord national au même titre que les organisations gestionnaires.

L'irruption des centres de santé déviants et la nécessité de mettre un terme à leurs nuisances remettent au cœur de l'actualité la nécessité d'organiser la médicalisation des centres de santé.

L'actualité c'est aussi l'article 27 du PLFSS 2024. Il prévoit de responsabiliser les centres de santé, en leur appliquant d'éventuelles sanctions financières, au regard de prescriptions d'arrêts de travail de leurs professionnels qui seraient jugées non conformes par le service médical de l'assurance maladie. On ne peut préjuger de ce qu'il adviendra de ce projet à l'issue des discussions. Pour autant ces deux exemples témoignent de la nécessité d'ouvrir un débat de fond afin d'organiser demain l'articulation entre responsabilité des professionnels et responsabilité des personnes morales gérant des CDS, au regard du

3 - La trajectoire explorée au niveau des CDS Epidaure ayant pour finalité de produire et partager avec l'assurance maladie des indicateurs cliniques, curatifs, préventifs, et sociaux issus des données de soins, n'aura pas produit de résultats opérationnels dans le calendrier imparti pour la transposition de PEPS et IPEP. Les projets de recherche conduits actuellement par l'IJFR (Epidaure 2, Intersop-données de santé) ne devraient pas livrer leurs enseignements avant 2026.

4 - Dans ce contexte, il est nécessaire de procéder par étapes pour le déploiement du modèle, en commençant par circonscrire le futur périmètre du secteur des centres de santé rémunérés à la capitation et à la qualité aux centres de santé de service public, et aux centres de santé participant au service public et se conformant à des obligations à définir.

lien conventionnel avec l'assurance maladie, et du besoin de sortir de la situation actuelle jugée insatisfaisante par l'ensemble des parties.

6 – Afin de prendre en compte ces nouveaux impératifs, nous préconisons d'ouvrir une concertation afin de redéfinir le cadre conventionnel régissant les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé, qui pourrait notamment se traduire par la signature des organisations représentatives des professionnels de centres de santé, aux côtés de l'assurance maladie et des organisations représentatives des personnes morales gérant des centres de santé.

A propos de l'IJFR

L'Institut Jean-François Rey est l'association de recherche des centres de santé. Ses fondateurs sont la Fédération Nationale des centres de santé (FNCS) et l'Union Syndicale des Médecins de centres de santé (USMCS). L'IJFR est partenaire du regroupement national des organismes gestionnaires de centres de santé (RNOGCS). Il remplit une mission d'expertise pour le compte des centres de santé, appuyée sur les projets de recherche qu'il conduit ou auxquels il contribue. L'IJFR reçoit des fonds de la Caisse des Dépôts Banque des Territoires au titre du projet Epidaure Territoires visant à décrire et promouvoir de nouveaux modèles d'offre de soins de proximité adaptés aux besoins des territoires. Il ne reçoit pas de financements d'entreprises du médicament ni d'entreprises des dispositifs médicaux ou numériques.

SITUATION FINANCIÈRE, MODÈLE ÉCONOMIQUE DES CENTRES DE SANTÉ, PERSPECTIVES

NOTE DE TRAVAIL AU 1ER OCTOBRE 2023

1) LA SITUATION FINANCIERE DES CENTRES DE SANTE

La situation financière déséquilibrée des centres de santé est connue de longue date. Une mission de l'IGAS s'était attachée à décrire en 2013 *la situation économique des centres de santé et leur place dans l'offre de soins de demain*. Elle relevait que les centres de santé médicaux et polyvalents avaient besoin de compléments de ressources, c'est-à-dire de subventions, pour un montant s'élevant à 14 % de leur budget. La mission relevait également la forte hétérogénéité des centres de santé, dont certains développaient une *pratique de niche sur des segments dégageant des marges financières*, telle la prothèse dentaire.

Dix ans plus tard, la situation financière des centres de santé polyvalents pluriprofessionnels s'est dégradée, tandis que les pratiques de niche sont devenues la norme dans certains secteurs, comme le dentaire et l'ophtalmologie.

Comme l'a montré l'étude Epidaure CDS menée avec l'IRDES en 2011, fidèles à leur vocation sociale et à leur culture de santé publique, les centres de santé accueillent une population plus défavorisée et plus vulnérable que les autres structures de soins primaires, sans que ces missions ne soient reconnues à leur juste valeur, dégradant encore un peu plus le modèle économique de ces structures. Dans les centres de Santé, 20 % des patients sont vulnérables socialement (contre 8 % dans les MSP), cette vulnérabilité est associée à plus de pathologies (DREES).

Les résultats préliminaires de travaux en cours conduits sous l'égide du RNOGCS, associant l'ensemble des Fédérations représentatives de gestionnaires de centres de santé auxquels l'IJFR est associé, font apparaître un niveau de déficits d'exploitation oscillant entre 20 et 30 % dans les centres de santé polyvalents pluriprofessionnels proposant une diversité et une qualité de services optimales, dans le respect de normes de gestion conformes aux meilleurs standards.

Dans le même temps, l'assurance maladie est confrontée à l'émergence de réseaux d'entreprises à but lucratif, abritées derrière des façades associatives exploitant des centres de santé. Ces structures, opérant sous le régime de centres de santé, ont investi certains marchés comme le dentaire ou l'ophtalmologie, mais aussi les marchés de la demande de soins non programmés non urgents et de la télémédecine. Après la biologie médicale hier, l'imagerie médicale aujourd'hui, c'est l'ensemble du secteur des soins primaires et secondaires qui est désormais exposé à une financiarisation croissante. Certains acteurs de cette financiarisation ont poussé les logiques lucratives au-delà de ce qui était autorisé amenant l'assurance maladie à réagir et à s'adresser à la justice. Pour autant, au-delà des excès visibles, c'est un ensemble de dérives déstructurantes pour notre système de santé et son financement auxquelles il convient de mettre un terme.

L'avenant 4 de l'accord national des centres de santé signé début 2022 avait introduit des pénalités et une régulation. La loi Khattabi du 19 mai 2023 réintroduit l'agrément préalable pour les centres de santé disposant d'activités dentaires ou ophtalmologiques, en l'assortissant de mesures visant à limiter certaines dérives. Il fait reposer sur les centres encore plus de contraintes financières. Ses modalités d'application sont à écrire comme il est dit un peu plus loin.

2) PERTINENCE DES SOINS, LA BELLE ENDORMIE

Les enjeux d'amélioration de la pertinence des soins s'inscrivent tout doucement dans le paysage national. Certaines estimations font état de l'inutilité de 20 à 30 % des dépenses de santé réalisées dans les pays de l'OCDE. Au sein des centres de santé, le débat n'est pas encore réellement ouvert. Les gestionnaires des centres de santé ne disposent pas de données autres que leurs données de facturation aux organismes sociaux.

Quand bien même ils y seraient favorables, la réduction des interventions médicales peu efficaces n'entre pas dans leur périmètre d'action. Paradoxalement, la tarification actuelle des centres de santé, principalement à l'acte, n'incite pas à l'amélioration de la pertinence et à la réduction des actes. D'une certaine manière, la recherche d'un équilibre budgétaire interne au centre de santé est désincitative à la réduction des actes médicaux peu utiles.

Il est à noter que nombre de gestionnaires de centres de santé ont cherché à aligner le niveau de leurs dépenses de personnels sur le niveau de leurs recettes en rémunérant leurs professionnels salariés en pourcentage de l'acte. Les résultats budgétaires n'ont pas été au rendez-vous.

L'étude précédemment mentionnée n'a pas mis en évidence de différence de productivité selon que les professionnels sont rémunérés à l'acte ou à la fonction. En cohérence avec les valeurs fondatrices des gestionnaires, la plupart des professionnels ont continué à faire prévaloir l'intérêt de leurs patients tels qu'ils se le représentaient, sur leur intérêt financier personnel immédiat.

Au fil des ans, différentes sociétés de conseil se sont vu missionner sur le modèle économique des centres de santé, préconisant de façon rituelle l'amélioration de la *productivité* médicale.

Dernier en date, un rapport de l'ANAP publié en 2021 méconnaît les enjeux de la pertinence des soins, préconisant comme ses prédécesseurs optimisation du codage et autres leviers déjà bien connus des gestionnaires. Les dépenses induites par les centres de santé, c'est à dire celles qui résultent des prescriptions en nature et en espèces, ne retiennent pas l'attention, sauf situations atypiques.

Il en va de même pour l'amélioration de l'organisation des parcours patients, faute de modèle économique et sans doute aussi par méconnaissance du sujet.

3) L'ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTE, UN PROGRES

La Loi prévoit que l'accord national des centres de santé (AN) est conclu entre les représentants des centres de santé et ceux de l'assurance maladie. Les centres de santé sont placés sous un régime conventionnel, transposé de celui des médecins libéraux et des huit autres professions de santé, organisées selon un mode conventionnel mono-professionnel. Dès la création de l'accord national des centres de santé, des critiques se sont exprimées, soulignant l'absence des professionnels au sein de la convention encadrant leur exercice.

Signé le 8 juillet 2015, l'accord national des centres de santé a constitué à l'époque une évolution majeure. En effet jusque-là aucun texte ne prévoyait de relation entre l'évolution des tarifications des actes en centre de santé et l'évolution des rémunérations en libéral.

L'accord national devait :

- **Affirmer les missions des centres de santé** à travers une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé. Il est désormais alloué une part de rémunération forfaitaire, en contrepartie d'une organisation favorable au travail en équipe et à la qualité des prises en charges. Cette rémunération représente 20 à 25 % des recettes d'un centre de santé selon le rapport « Dynamique de création des centres de santé sur le territoire français entre 2017 et 2021 ».

La moyenne de rémunération des centres de santé polyvalents en 2022 a été de 70 554 € pour un montant total de 47 836 112 €. Celle des centres médicaux s'est élevée à 40 403 € pour un montant total de 9 454 403 €. A noter que sur la même période la rémunération moyennes des MSP s'est élevée à 72 415€ soit un montant supérieur à celle des centres de santé.

- **Valoriser l'activité de médecin traitant du centre de santé** en transposant la rémunération sur objectifs de santé publique et les rémunérations forfaitaires des médecins traitants libéraux. La rémunération forfaitaire spécifique des CDS est l'équivalent de l'ACI des MSP auquel s'ajoute l'évolution de la tarification mono-professionnelle transposée de celle des médecins libéraux et des autres professions de santé.

Depuis l'avenant 3 et l'avenant 4 de l'AN un complément de rémunération est institué afin de prendre plus spécifiquement en charge les populations vulnérables reconnaissant ainsi cette spécificité des centres de Santé. L'un des enjeux de la transposition de l'expérimentation SECPA est de passer de la reconnaissance de pratiques militantes à la généralisation d'un universalisme proportionné, en élargissant le financement de cette prise en charge à tous les centres de Santé de tous les territoires concernés.

Malgré ces avancées l'Accord National des centres de santé ne rémunère pas suffisamment les activités de coordination, les missions sociales et la prévention. La structure des financements disponibles à travers l'accord national des centres de santé reste marquée par les conceptions qui prévalaient encore à l'époque de sa mise en place. L'offre de soin est avant tout perçue comme curative ; elle est dispensée par des professionnels regroupés, mais dans des organisations encore peu intégrées ; elle ne prend pas en compte la prévention renvoyée à un ailleurs mal défini fait de services de santé délaissés par la puissance publique (la santé scolaire, la santé au travail, la PMI).

Aujourd'hui, l'Accord National des centres de santé s'inscrit dans un paysage national de l'organisation des soins en profond bouleversement. Hésitation entre renouveau des initiatives des collectivités territoriales (bloc communal, département, région) en matière d'offre de soins et aussi de santé publique quoique dans une moindre mesure, effacement progressif du monde libéral, et opérateurs financiers prêts à investir les espaces délaissés.

Au total, l'Accord National des centres de santé n'accompagne pas encore suffisamment les centres de santé, notamment les centres de santé récemment créés et les nouveaux projets, dans une évolution souhaitable vers des structures plus matures, maillant mieux le territoire, et mieux intégrées dans les politiques sociales et de santé publique territoriales.

L'impact de la Loi Khattabi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé reste à évaluer concrètement au niveau de chaque centre de santé. Elle prévoit en effet que les centres de santé ayant des activités dentaires et ophtalmologiques transmettront aux organismes sociaux leurs factures d'actes en indiquant le numéro RPPS du professionnel l'ayant réalisé, et non plus seulement le numéro FINESS du centre de santé. De façon indirecte, cette même Loi pourrait avoir un impact sur l'organisation même des centres de santé et sur le rôle des professionnels. Elle prévoit en effet que ces centres de santé devront être dotés d'un comité médical, réuni au moins une fois par trimestre. Les réunions feront l'objet d'un compte-rendu transmis sans délai à l'ARS. Il est trop tôt pour apprécier la portée qu'auront ces dispositions. Des concertations seront nécessaires entre pouvoirs publics et représentants des centres de santé et de leurs professionnels, notamment afin de préparer la traduction réglementaire de la Loi.

4) LES EXPERIMENTATIONS ARTICLE 51 PEPS, IPEP, SECPA

Des centres de santé sont engagés dans les expérimentations nationales PEPS, IPEP et SECPA. Plusieurs d'entre eux participent au réseau Epidaure animé par l'IJFR. Les résultats des évaluations seront connus pour l'essentiel en 2024. Ces trois expérimentations se sont avérées particulièrement adaptées aux centres de santé. L'expérimentation SECPA s'apparente par bien des aspects à un financement de missions sociales au niveau territorial et populationnel. Comme cela a été dit précédemment, l'enjeu de la transposition de SECPA est celui de l'égalité d'accès de nos concitoyens aux bénéfices des prestations expérimentées avec succès dans cette expérimentation, et l'organisation de leur disponibilité dans tous les centres de santé de tous les territoires.

L'EXPERIMENTATION NATIONALE PEPS

Dans le cadre de PEPS le centre de santé perçoit un forfait substitutif du paiement à l'acte pour chaque patient inscrit « médecin traitant » auprès de ce même centre. Le périmètre du forfait porte sur les actes de Médecine Générale et d'Infirmier. Le montant de chaque forfait est ajusté au risque (âge, pathologies, ACS...) à l'aide d'algorithmes construits par l'assurance maladie. Les soins délivrés par les autres professionnels (autres spécialistes, sage-femmes, kiné, etc.) restent facturés à l'acte, hors forfait. Les soins délivrés à des patients n'ayant pas choisi leur médecin traitant dans le centre de santé sont facturés à l'acte.

Le principe du forfait est particulièrement adapté aux centres de santé. Il met en cohérence la rémunération des professionnels (le salariat en CDI) et la rémunération du centre de santé. Les limites du modèle PEPS pour les centres de santé sont cependant apparues dès le début de l'expérimentation. Le périmètre des actes substitués (20 à 30 % des recettes totales du CDS) est en effet jugé trop étroit dans les centres de santé polyvalents pluriprofessionnels matures mettant à la disposition des patients de larges gammes de services accessibles en un même lieu en tiers payant et sans dépassement. Il est à noter que l'expérimentation PEPS a fortement mis en tension le modèle des MSP, montrant les limites d'un modèle regroupé non intégré, confrontant les professionnels à des enjeux de partage d'honoraires jugés insolubles par nombre de MSP, la plupart d'entre elles s'étant retirées de l'expérimentation. Celles qui ont persévéré, particulièrement déterminées, n'ont pas réussi à conserver l'ensemble de leurs professionnels dans le périmètre de PEPS.

L'EXPERIMENTATION NATIONALE IPEP

Trois groupements Epidaure (Paris 10, La Courneuve 93, Champigny 94) se sont engagés dans IPEP. Le principe de l'expérimentation prévoit une rémunération supplémentaire en contrepartie de l'atteinte de certains objectifs de qualité, notamment en rapport avec les parcours des patients entre la ville et l'hôpital :

- Part des usagers domiciliés sur le territoire du groupement qui ont déclaré un médecin traitant (hausse attendue)
- Taux de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (baisse attendue, moyenne nationale 17,7 %)
- Part des admissions directes en hospitalisation de médecine (hausse attendue, taux moyen national 37,8 %)
- Taux de réhospitalisation à 30 jours (baisse attendue)
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables (baisse attendue)
- Part des hospitalisations en médecine et psychiatrie avec une consultation (MG ou IDE) dans le mois suivant la sortie (hausse attendue)
- Part des patients du groupement en polyprescription continue (baisse attendue)

Validés par la littérature, ces indicateurs pourraient permettre de valoriser l'action des équipes de soins primaires dans l'amélioration des parcours des patients dans leur dimension ville-hôpital.

L'expérimentation IPEP prévoit également de valoriser financièrement les gains d'efficacité réalisés par un groupement, quels que soient le profil de sa patientèle et ses spécificités territoriales. Au vu des résultats comparés des trois groupements Epidaure, et de leurs évolutions d'une année sur l'autre, des interrogations ont émergé sur la robustesse des modèles élaborés dans le cadre de l'expérimentation.

LES EXPERIMENTATIONS, LES DONNEES, ET LES MODELES DE CALCUL

Les expérimentations PEPS et IPEP font appel à des modèles statistiques exploitant les données dont l'assurance maladie dispose. Dans le cadre des expérimentations, l'assurance maladie et le ministère de la santé ont jugé souhaitable de disposer de données complémentaires. Ces données sont déclaratives et produites par les expérimentateurs : activités nouvelles, actions de prévention, utilisation du numérique. Des données déclaratives ont également été sollicitées auprès des patients, visant à mesurer la satisfaction des patients répondants, au moyen de questionnaires numériques, sur la base de listes d'adresses de messagerie fournies par les expérimentateurs. La robustesse de ces données peut être discutée, conduisant à susciter des interrogations la qualité des interprétations qui pourraient en être faites.

Confrontés à ces interrogations, les centres de santé du réseau Epidaure ont décidé de s'adjoindre les compétences d'un cabinet spécialisé dans l'utilisation et l'interprétation des données, notamment des données publiques et des données de santé. Un dialogue a été ouvert sur cette base avec l'assurance maladie et le ministère. L'objectif des centres de santé est de mieux comprendre la nature des données mobilisées, ainsi que les modèles utilisés pour produire les modèles de calcul budgétaires.

Principaux points d'attention : la prise en compte financière de la précarité des populations accueillies dans les centres de santé Epidaure ; la compréhension de la nature des gains d'efficacité calculés, et les modalités de maîtrise du risque de délivrance de soins sous optimaux, au regard de la vulnérabilité sociale des populations prises en charge dans les centres de santé. Cette mission donnera lieu à l'établissement d'un rapport qui devrait être disponible dans le courant de l'été.

5) QUELLES CIBLES POUR LA TRANSPOSITION ?

POUR MEMOIRE, A L'HÔPITAL

Conçu au début des années 1980 le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) était un outil descriptif de la production hospitalière. Depuis 2004, il joue un rôle important dans le financement des hôpitaux avec la tarification à l'activité (T2A). Les ressources des établissements de santé se décomposent en trois familles :

- les séjours
- les missions : Missions d'Intérêt général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC).
- les actes et autres prises en charge

La T2A est actuellement très discutée. Parmi les critiques à son endroit : elle est peu adaptée à la prise en charge de patients complexes, médicalement et socialement ; elle ne permet pas de contrôler correctement les dérives telles que la sélection des risques et la sélection des patients.

DANS LE SECTEUR DES SOINS DE VILLE

La médecine de ville, à laquelle appartiennent les centres de santé, est régie par une tarification à l'acte, complétée par des financements forfaitaires tels que l'accord national des centres de santé. Avec PEPS, coexistent au plan national d'une part des centres de santé rémunérés dans le cadre de l'accord national, et d'autre part des centres de santé également rémunérés dans le cadre de l'accord national, dont une partie de la rémunération est substituée, un forfait remplaçant la facturation des actes de médecine générale et d'infirmier, hors actes spécifiques. Ce forfait est versé trimestriellement. Pour tenir compte de modifications pouvant survenir (taille de la file active...) des modalités de révision en cours d'année ont été instituées.

Il serait peu réaliste de vouloir remettre à plat un système conventionnel auquel les acteurs sont attachés, y compris dans le monde des centres de santé. Plutôt que de « généralisation » des expérimentations article 51 comme on l'entend parfois exprimer, nous préférons parler de « transposition ».

Pour les centres de santé et leurs professionnels il s'agirait donc d'ouvrir simultanément deux chantiers :

- le renforcement de l'accord national pour aller vers un modèle tarifaire adapté aux coûts de réalisation des soins
- la création d'un nouveau secteur conventionnel pour des centres de santé financés en partie à la capitation et à la qualité

6) EN CIBLE POUR LES CENTRES DE SANTE

UN SECTEUR TARIFAIRES OPTIONNEL, DEFINI CONVENTIONNELLEMENT AVEC LES REPRESENTANTS DES CENTRES DE SANTE ET DE LEURS PROFESSIONNELS, OUVERT AUX CENTRES DE SANTE ADHERENTS A L'ACCORD NATIONAL, SUR LA BASE DU VOLONTARIAT ET SOUS CONDITIONS

LES CENTRES DE SANTE REGIS PAR LE SEUL ACCORD NATIONAL

La plupart des centres de santé devraient continuer à être financés dans le cadre de l'accord national. On attend d'un futur accord national que celui-ci crée les conditions d'un modèle économique robuste, permettant le développement de nouveaux centres de santé et organisant la pérennité des centres de santé polyvalents pluriprofessionnels aujourd'hui menacés et bloqués dans leur développement.

LES CENTRES DE SANTE VOLONTAIRES, REMUNERES EN PARTIE A LA CAPITATION ET A LA MISSION

L'amélioration de la pertinence des soins (diminution des actes inutiles ou peu utiles) pourrait être le cœur de leurs missions, aux côtés de l'accès aux soins, des missions sociales et de la prévention. Dans cette perspective, il est nécessaire de comprendre et partager avec le régulateur, à partir des données cliniques, la qualité des soins curatifs et préventifs produits par les équipes traitantes. Une attention particulière devra en effet être accordée à la prévention des dérives, telles que la sélection des risques et des patientèles.

SANCTUARISER LES TEMPS DES SOINS

l'expérimentation PEPS a fait émerger le souhait de l'assurance maladie de mieux comprendre le contenu des prestations délivrées par les professionnels qu'elle est amenée à payer. Une nomenclature des actes hors nomenclature a été testée, nécessitant des saisies manuelles au stade actuel de la construction des modèles. Souhaitant aller plus loin dans l'opérationnalité, les centres de santé du réseau Epidaure, animés par l'IJFR, ont formulé l'hypothèse de définir des critères de jugement de la qualité et de la pertinence des soins sans consommer de précieuses ressources humaines nécessaires pour les soins.

L'AIDE AU PILOTAGE CLINIQUE

ces critères pourraient donner lieu à la production d'instruments de pilotage clinique, à destination des professionnels. Ces instruments de pilotage clinique, mobiliseront les données de soins et de prévention documentées en routine par chacune des équipes traitantes dans leurs systèmes d'information (suivi des patients chroniques, accompagnement, santé mentale, prévention, dépistage, vaccination...).

LES INDICATEURS

les indicateurs qui pourraient être déclinés à partir des instruments de pilotage clinique devront faire l'objet de la plus grande attention. On ne saurait contester le souhait de l'assurance maladie de connaître l'utilisation des ressources par les offreurs de soins. La littérature rapportant les expériences étrangères invite cependant à une grande prudence dans la conception et l'utilisation d'indicateurs, qu'ils soient de processus ou de résultats. Si certains d'entre eux devaient être élaborés et partagés avec l'assurance maladie, dans des conditions à définir et d'un commun accord entre les parties, il conviendrait de les encadrer d'emblée par des programmes de recherche et d'évaluation.

LA DOTATION POPULATIONNELLE

si l'on pourrait juger souhaitable de remplacer les financements actuels des centres de santé, encore sous tendus par une pensée productiviste aujourd'hui largement mise en question, par une dotation populationnelle pour chaque territoire desservi, il semble raisonnable de considérer qu'à l'heure où ces lignes sont écrites, et dans les délais impartis pour cette première étape organisant la transposition de PEPS, IPEP et SECPA dans le droit commun, les conditions ne sont pas réunies pour faire prévaloir cette option d'un financement entièrement populationnel. De solides arguments existent cependant pour considérer que des financements partiels, par missions pourraient être d'actualité.

LES MISSIONS

en lien avec les collectivités territoriales et les pouvoirs publics, en complément des budgets à l'acte et à la capitation, les centres de santé du secteur optionnel pourraient également se voir confier des missions populationnelles et de santé publique (épidémiologie, santé mentale, prévention, enfance, vieillissement à domicile, crises sanitaires, surveillance, campagnes de dépistage...);

LA FORMATION ET LA RECHERCHE

les centres de santé du secteur optionnel auront vocation à contribuer à la formation des professionnels de santé, ainsi qu'à la recherche en soins primaires et à la recherche en organisation des soins.

PREREQUIS POUR LA CONSTRUCTION DE DISPOSITIFS DE PILOTAGE CLINIQUE ET D'INDICATEURS DE SUIVI (liste non limitative)

- **LES RESSOURCES NECESSAIRES AU PILOTAGE DISPOSENT DE LEURS PROPRES MOYENS OPERATIONNELS, SANS CONSOMMATION DE TEMPS AU DETRIMENT DU TEMPS DE SOINS ;**
- **LES VOLUMES DE TACHES DE PRODUCTION ET DE SUIVI DES INDICATEURS SONT DIMENSIONNES PROPORTIONNELLEMENT AUX BENEFICES ATTENDUS ;**
- **POURRONT ETRE DEFINIS CONVENTIONNELLEMENT ET PARTAGES AVEC L'ASSURANCE MALADIE : LES TYPES D'INDICATEURS UTILISES ; LES DONNEES MOBILISEES POUR LE CALCUL DE CES INDICATEURS ; LES ALGORITHMES DE CALCUL ; LES EVOLUTIONS DE CES ALGORITHMES ET LES REGLES ENCADRANT CES EVOLUTIONS ;**
- **LE FINANCEMENT EST PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE**

ANNEXE

IJFR article 51, note statistique sur les modèles des expérimentations IPEP et PEPS

IJFR - ARTICLE 51

NOTE STATISTIQUE SUR LES MODELES DES EXPERIMENTATIONS IPEP ET PEPS

Le ministère de la Santé, dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé et au travers de l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2018, a introduit la possibilité de déroger de façon expérimentale aux règles tarifaires et de financements de droit commun ou à des dispositions organisationnelles, pour une durée maximale de cinq ans (2019-2023).

Des évaluations de ces projets d'expérimentation sont systématiques et essentielles afin de juger de la pertinence et de l'efficacité de ces nouveaux modes de financements. Dans le cadre de la présente note, produite à la demande de l'IJFR, deux modèles expérimentaux de financements sont étudiés :

- 1) L'expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville (Peps) ;
- 2) L'expérimentation d'une incitation à une prise en charge partagée (Ipep).

Ces deux expérimentations reposent sur des modèles statistiques dont la performance et la robustesse ont un impact direct sur la pertinence des résultats des expérimentations, notamment en termes de rémunérations auprès des professionnels de santé. L'utilisation de modèles statistiques calibrés le plus justement possible est donc déterminant pour ces expérimentations.

Ainsi, l'objet de cette note statistique est de fournir une analyse des modèles proposés ainsi que des recommandations statistiques et économétriques afin d'améliorer la qualité et robustesse des modèles utilisés. A ce titre, nous soulignons l'importance d'introduire les variables pertinentes dans le modèle de prédiction de la consommation de soins de ville, tels que des caractéristiques socio-démographiques et épidémiologiques, ainsi que des effets d'interaction entre variables afin d'obtenir des résultats proches de la réalité et sans biais. Nous relevons également l'intérêt d'utiliser des variables individuelles, mais aussi agrégées afin de pouvoir réaliser des croisements entre caractéristiques sans faire perdre aux résultats de leur précision, gage de la qualité du modèle.

Toutefois, l'évaluation de ces modèles sans l'obtention de statistiques descriptives ainsi que de leurs sorties directes (les coefficients de chaque variable et leur significativité) reste complexe. Cependant, le pouvoir prédictif des modèles peut être testé à partir des résultats obtenus sur les années passées, cela permet d'ajuster les modèles en observant les écarts entre les estimations et les valeurs observées.

1. PAIEMENT EN EQUIPE DE PROFESSIONNELS DE SANTE EN VILLE (PEPS)

1.1. Philosophie du modèle de financement PEPS

1.1.1. Objectifs

D'après le cahier des charges du projet PEPS, l'objectif stratégique global de ce projet est d'améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et de renforcer l'efficacité des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles. L'atteinte de ces objectifs est dépendante de celle des objectifs opérationnels suivants :

- **Améliorer l'accès aux soins** en particulier dans les zones sous-denses
- **Améliorer la qualité du parcours des patients** par le suivi coordonné et une incitation financière à la qualité
- **Gagner en pertinence**, en diminuant le nombre d'actes évitables
- **Optimiser la prise en charge des patients** en favorisant l'exercice pluriprofessionnel en équipe

Ce nouveau modèle de financement PEPS est dans un premier temps encadré afin de sécuriser les expérimentateurs contre de trop grandes variations de rémunération associées aux travaux de développement d'un paiement forfaitaire. Ainsi, la rémunération PEPS est, à ce stade, comprise dans un corridor de 0-20 % de telle manière qu'elle ne peut être inférieure à ce qu'elle aurait été à l'acte, ni supérieure de plus de 20 % au montant de sa Base de Remboursement de la Sécurité (BRSS).

1.1.2. Périmètre

Le financement PEPS concerne seulement :

- Toute équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle, avec la présence d'au moins 5 professionnels de santé (MG ou infirmier) conventionnés dont au minimum 3 médecins généralistes et 1 infirmier.
- La patientèle PEPS des centres de santé éligibles sont ceux qui ont déclaré leur médecin traitant auprès de l'une des structures de chaque groupement et ayant eu recours au moins une fois dans l'année à des soins.

1.1.3. Modélisation du calcul de la rémunération PEPS

La rémunération PEPS versée aux centres de santé est déterminée à partir des dépenses de soins de ville de la patientèle PEPS¹ qui sont ensuite majorées ou diminuées en fonction du taux de fidélité, du taux de pauvreté, des scores de qualité et du niveau d'activité de la structure. Les deux premières composantes permettent de caractériser la demande de soins tandis que les trois autres prennent en compte l'offre de soins :

- 1) Un **forfait par patient** est estimé à partir des caractéristiques du patient et de son lieu de résidence. La somme des forfaits de la patientèle « médecin traitant », soit le forfait total, constitue la base de la rémunération de la structure.
- 2) Une pénalité est appliquée au forfait patient lorsque le patient ne réalise pas la totalité de ses soins auprès du centre de santé dans lequel il a déclaré son médecin traitant. Ainsi, la prise en compte du **taux de fidélité** permet de comptabiliser dans la rémunération forfaitaire uniquement la part des soins réalisées au sein de la structure.
- 3) Une majoration est appliquée au forfait total lorsque le **taux de pauvreté** du territoire sur lequel est implanté le centre de santé est supérieur à la moyenne nationale.
- 4) Une pénalité ou une majoration est également attribuée au forfait total en fonction des **scores des indicateurs de qualité** obtenu par l'équipe.
- 5) Enfin, une pénalité ou une majoration est appliquée au forfait total en fonction du **niveau d'activité agrégée** réalisée par l'équipe pour sa patientèle PEPS. Cela permet de corriger les cas extrêmes, notamment lorsqu'il y a une forte baisse d'activité ou des pics de fréquentation.

Finalement, la rémunération PEPS s'exprime de la manière suivante :

$$\text{Rémunération}_{PEPS} = \left(\sum_i \text{Forfait du patient PEPS}_i \times \text{Taux fidélité}_i \right) + \text{Taux de pauvreté} + \text{Score qualité} + \text{Niveau d'activité}$$

avec i les patients PEPS de chaque CDS.

Dans un premier temps, une estimation des dépenses moyennes en soins de ville par patient est réalisée afin d'attribuer un forfait adapté à chaque patient PEPS. Par conséquent, chaque patient PEPS se voit attribuer un forfait correspondant à sa catégorie déterminée en fonction du **croisement de caractéristiques identifiées** pour rendre compte du besoin de soins primaires et ainsi déterminer le niveau de dépenses attendus pour ces soins. Ces caractéristiques sont **le sexe, l'âge, le nombre d'affections de longue durée (ALD) déclarées, la présence de quatre types d'ALD spécifiques** (diabète, maladies cardio-vasculaires, maladie neurodégénérative et cancer), un **proxy de la situation économique individuelle du patient (C2S)** et **le département de résidence du patient**. La prise en compte de ces caractéristiques pour moduler les forfaits permet notamment de prévenir un risque de sélection des patients, préjudiciable pour les patients les plus complexes, mais également d'éviter de trop importants écarts entre le forfait et les besoins de soins.

Ainsi, le forfait de chaque patient i est estimé à partir de la régression suivante :

$$\text{Dépenses de soins de ville}_i = \text{âge}_i + \text{sexe}_i + \text{C2S}_i + \text{ALD}_i + \text{nombre de comorbidités}_i + \text{département de résidence}_i$$

Les premières estimations sur les dépenses moyennes dans les différents centres de santé (tels que le CDS de Malakoff et celui de Richerand à Paris) diffèrent sensiblement de quelques euros, suggérant la présence potentielle d'effet d'interaction. En effet, en prenant un individu standard homme résidant dans le 93, âgé de 45 ans, sans ALD et non bénéficiaire de la C2S, le modèle estime sa dépense moyenne à environ 60 € (59 € pour le centre à Malakoff et 61€ pour celui à Paris).

En revanche pour ces centres, la variation de certaines de ces variables a un impact plus important sur les dépenses de soins notamment pour les variables qui concernent l'état de santé du patient :

- Parmi les 5 ALD inclus dans l'analyse, 3 ALD font varier le montant des dépenses entre 20 et 30 € (l'ALD psychiatrie ayant le plus d'influence et les ALD cardiologie et diabète en seconde et troisième positions) toutes choses égales par ailleurs². Cette variation représente près d'un tiers voire la moitié de la dépense de référence qui est d'environ 60 €.
- De même, le nombre de comorbidités *proxy* par le nombre d'ALD a un impact important sur les dépenses de consommation de soins. L'effet d'avoir une ou plusieurs ALD plutôt qu'aucune ALD augmente la dépense entre 20 et 25 €.

En revanche, les caractéristiques socio-démographiques ont un effet relativement moins important sur les dépenses :

- La C2S est considérée comme un *proxy* de la précarité des patients et le fait d'en bénéficier, signant un certain niveau de précarité, augmente les dépenses de soins de ville de 14 €. Cela peut s'expliquer par une propension plus élevée à renoncer aux soins parmi les plus précaires : selon la Drees, « les personnes pauvres en conditions de vie ont trois fois plus de risques de renoncer à des soins que les autres »³. Par conséquent, une prise en charge retardée engendre des dépenses de soins conséquentes en raison de potentielle aggravation.
- Le sexe a également un effet sur les dépenses de santé puisque, toutes choses égales par ailleurs, le fait d'être une femme plutôt qu'un homme augmente les dépenses de 14 €.
- Le lieu de résidence est aussi un élément essentiel dans l'estimation des dépenses de santé puisqu'il s'agit d'une caractéristique reflétant à la fois l'offre de soins auquel les patients font face et leur niveau de précarité moyen. A ce titre, on constate que les départements les plus précaires (cf. cartographies en annexe pour les départements du 75, 93 et 92) sont également ceux qui ont les dépenses les plus élevées, probablement pour les mêmes raisons que précédemment i.e le renoncement aux soins. Par exemple, un patient résidant dans le 75 dépense 11 € de moins qu'un même patient résidant dans le 93.
- Enfin, l'effet de l'âge sur les dépenses de consommation en soins n'est pas linéaire, les besoins de santé étant importants pour les jeunes enfants ainsi que les personnes âgées, et moindre pour les adolescent et jeunes adultes. Par exemple, toutes choses égales par ailleurs, un enfant de 5 ans dépense 12 € de plus qu'un homme de 45 ans et un homme de 65 ans 10 € de plus.

Une fois, la prédiction des dépenses de soins estimée pour chaque patient « médecin traitant », un taux de fidélité est associé à chacun de ces patients. Ce taux de fidélité correspond à la part des soins réalisée par l'équipe PEPS par rapport à la consommation totale de leur patientèle PEPS :

$$\text{Taux fidélité}_i = \frac{\text{Montant BRSS de soins PEPS réalisés par l'équipe PEPS}}{\text{Montant BRSS total des soins PEPS reçus par le patient}_i}$$

Ainsi, en fonction des caractéristiques de la patientèle du CDS, le taux de fidélité moyen peut varier. A titre d'exemple, le CDS de Malakoff obtient un taux de fidélité de 81 % contre 77 % pour le CDS de Richerand. Ce taux pouvant être lié à des facteurs qui expliquent les dépenses, tels que l'âge, a donc un impact sur la rémunération finale perçue par le CDS. Une analyse de la distribution de ce taux de fidélité en fonction de l'âge de la patientèle ainsi que de leur pathologie pourrait donc être pertinent. Par exemple, on pourrait s'attendre à ce que :

- les patients âgés, plus mobiles une fois à la retraite, aient un taux de fidélité plus faible
- ou à l'inverse, les patients atteints de pathologies graves aient un taux de fidélité plus élevé pour un meilleur suivi.

² Toutes choses égales par ailleurs, signifie que l'on fait varier la variable étudiée (ici la nature de l'ALD) en conservant les autres variables à leur valeur initiale. Dans notre cas, nous prenons comme référence, un homme âgé de 45 ans, résidant dans le 93 et ne bénéficiant pas de la C2S qui dépense environ 60 €.

³ « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres », Etudes et Résultats, N°1200, Juillet 2021

1.1.4. Hypothèses du modèle et améliorations possibles de la modélisation des dépenses de soins individuelles

Le forfait attribué à chaque patient PEPS est prédit à l'aide d'un modèle multivarié dont l'objectif est de prendre en compte les caractéristiques pertinentes de chaque patient afin de leur allouer un forfait adapté. Il s'agit d'une méthode similaire à celle de la post-stratification qui consiste à structurer la patientèle en strates homogènes selon des critères jugés pertinents pour prédire leurs dépenses de soins.

1.2.2.1. Variable d'intérêt : les dépenses de soins individuelles

Le modèle actuel de prédiction des dépenses de soins est un modèle multivarié (GLM) suivant une loi de Poisson. Cette loi décrit la probabilité qu'un événement se réalise durant un intervalle de temps donné, lorsque la probabilité de réalisation de cet événement est très faible. Ainsi, l'application d'une telle loi permet dans le cas de la prédiction des dépenses de soins de traiter les données qui comportent un grand nombre de dépenses nulles. En revanche, cette loi ne s'applique qu'à des variables discrètes (*i.e* variables dont la valeur est finie) et n'est donc pas adaptées aux dépenses de santé. Toutefois, l'alternative possible consiste à transformer ces données continues en classes de dépenses.

De plus, l'utilisation d'un modèle de Poisson pour prédire les dépenses de soins nécessite de passer par le produit des exponentielles des coefficients estimés. Or, dans un tel modèle non-linéaire, seuls les signes des estimateurs sont interprétables et non pas les coefficients estimés. En revanche, calculer des effets marginaux permet d'interpréter la valeur des coefficients estimés.

1.2.2.2. Variables explicatives

1.2.2.2.1. Spécification de la dépense avec des effets d'interaction

Par ailleurs, au-delà du modèle choisi, la spécification de ce dernier est également essentielle et déterminante pour la robustesse du modèle. Dans le cadre de cette étude, des groupes doivent être constitués en fonction des caractéristiques individuelles et territoriales afin d'estimer des dépenses adaptées à la patientèle des structures. Cela suppose de construire un nombre suffisant de groupes en réalisant des croisements entre caractéristiques afin d'être représentatif, tout en ayant un minimum d'observations dans chacun de ces groupes afin d'obtenir des résultats robustes - limitant alors le nombre de croisements possible.

Le modèle actuel estime les dépenses de soins en fonction des caractéristiques individuelles du patient notamment de son âge, son sexe, ses ALD, le nombre de comorbidités et sa situation économique du patient approximée par la CMU-c. Toutefois, utiliser simplement une forme additive ne permet pas de prendre en compte les effets d'interaction entre les différentes caractéristiques. Par exemple, les dépenses de soins augmentent avec la sévérité des pathologies qui elle-même peut dépendre de l'âge et du lieu de résidence du patient où la précarité et la prévalence de facteurs de risques diffèrent. Ainsi, les croisements entre variables pertinentes permettent de rendre compte de ces interactions.

Cependant, comme susmentionné, introduire des effets d'interaction entre les variables conduit à stratifier finement la patientèle et nécessite donc :

- un **volume de données suffisant** afin de pouvoir couvrir l'ensemble des croisements possibles entre variables ;
- une **variance faible dans chaque strate** afin de pouvoir extrapoler la dépense moyenne prédite à l'ensemble des patients de la strate.

1.2.2.2 Correction du biais induit par des variables omises

De plus, le modèle de prédiction des dépenses de soins est potentiellement biaisé en raison de l'absence de certaines variables explicatives pertinentes. En effet, certaines caractéristiques déterminantes dans la consommation de soins sont inobservables au niveau individuel, tels que la prévalence de facteurs de risque ou le niveau de précarité de l'individu. Toutefois, en s'appuyant sur des indicateurs à une échelle plus large, telle qu'au niveau de l'IRIS, il est possible d'introduire de nouvelles variables explicatives afin d'augmenter la puissance de prédiction du modèle. Ceci permet à la fois :

- **d'éviter**, en partie, **une estimation biaisée** en raison de variables potentiellement omises
- **d'obtenir des résultats robustes sans surestimation** en limitant la dimension de chaque groupe lors des croisements avec des variables à des échelles territoriales plutôt qu'individuelles.

Dans le cadre de cette étude, le biais réside potentiellement dans l'absence de variables relatives aux caractéristiques socio-démographiques des patients. Ainsi, introduire un effet territorial - à l'échelle de l'IRIS - permet de prendre en compte :

1) L'offre de soins

En fonction du lieu de résidence des patients, les dépenses moyennes des patients seront différentes, toutes choses égales par ailleurs (même sexe, âge et pathologie) en raison d'un accès aux soins inégal dans les territoires. Ainsi, si l'on ne prend pas en compte cet effet territorial, les dépenses moyennes estimées des patients dans les zones sur-dotées seront probablement sous-estimées par rapport à la dépense réelle et inversement dans les zones sous-dotées.

Le département de résidence du patient avait donc été ajouté au modèle. Bien que le modèle gagne en pouvoir prédictif, l'ajout d'une variable départementale conduit à faire l'hypothèse que pour deux patients résidant l'un dans un département sous-doté et l'autre dans un département sur-doté, le panier de soins des deux patients diffère alors même qu'ils ont besoin d'un même traitement.

Afin d'éviter partiellement cet écueil, l'offre de soins du territoire dans lequel réside le patient (niveau IRIS) peut être modélisée grâce à l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL). Ce dernier permet de mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin, correspondant à celui des IRIS.

2) La prévalence de facteurs de risque (tabagisme, surpoids, obésité etc.) dans les territoires

Enfin, les prévalences de facteurs de risque dans les territoires permettent d'ajouter une dimension supplémentaire concernant l'état de santé des patients dans certains départements.

Prenons l'exemple du tabagisme. Toutes choses égales par ailleurs, le patient A fumeur a une dépense de santé plus élevée que le patient B qui ne l'est pas. Ainsi, omettre la prévalence du tabagisme dans les bassins de vie signifie que l'on sous-estime les dépenses de soins pour les patients résidant dans des territoires où le tabagisme est élevé. Cette sous-estimation est donc induite par la variable omise qui est celle du tabagisme.

Par conséquent, l'inclusion des prévalences de facteurs de risque dans les territoires dans lesquels réside la patientèle des médecins permet en partie d'éviter de sous ou surestimer, les dépenses de santé des patients.

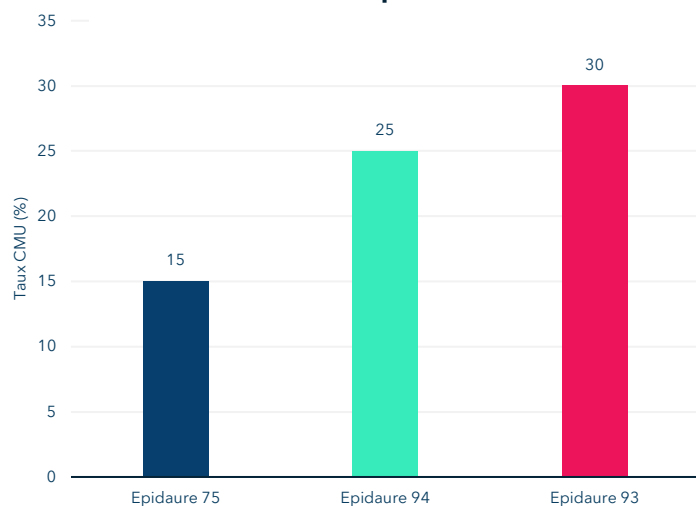
3) La précarité

La précarité des patients est également un élément déterminant dans la dépense de soins. Selon la Drees⁴, les patients les plus précaires sont susceptibles d'avoir davantage besoin de soins, même s'ils sont également les plus concernés par le renoncement aux soins.

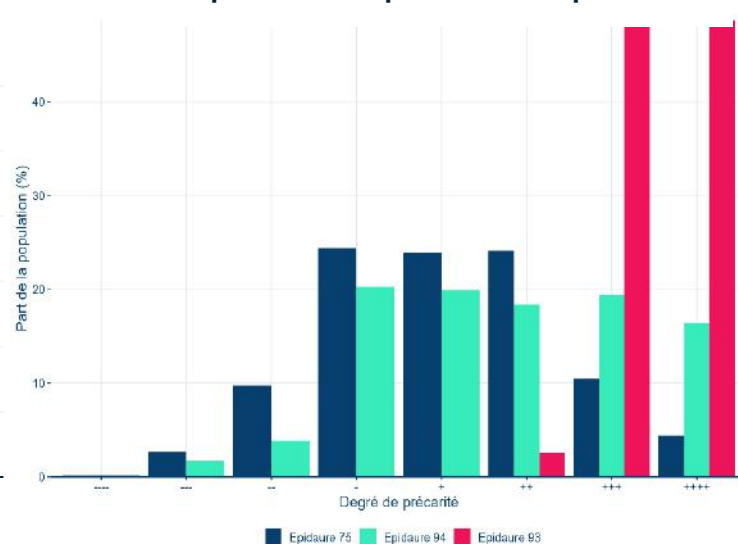
Le modèle de prédiction actuel prend en compte la précarité à l'aide d'un proxy, la CMU-C. Il ne s'agit, toutefois, pas d'un indicateur de précarité suffisamment précis. En effet, il est probable qu'un tel proxy sous-estime le niveau de précarité de la patientèle des médecins en ne prenant pas en compte l'ensemble de la zone de chalandise dans laquelle réside la patientèle. De même, ce proxy caractérise la précarité au travers d'une seule dimension : le recours à la prestation sociale CMU-C. Or, d'autres dimensions telles que l'éducation, le revenu médian, le taux de chômage et le recours à d'autres prestations sociales (allocation d'aide au logement, allocation famille monoparentale etc.) permettent d'évaluer le niveau de précarité avec plus de précision. Ces informations étant inobservables au niveau individuel, il est toutefois possible de les recollecter à partir du lieu de résidence du patient. Ainsi, un indicateur agrégé de précarité est obtenu pour tous les patients d'un même IRIS, par exemple. L'avantage d'un tel indicateur est qu'il permet d'obtenir un proxy de la précarité synthétisant plusieurs dimensions et à un niveau plus agrégé. L'indicateur construit par Veltys capture ces quatre dimensions à l'aide de 12 indicateurs INSEE issu des recensements de la population au niveau IRIS.

La précarité de la patientèle PEPS de chaque CDS est calculée à partir de la zone de chalandise de chaque CDS fourni. Ces zones de chalandise sont définies comme la zone habituelle de provenance de la patientèle, et dans le cas des 3 groupements Epidaure 75, 93 et 94 participant à IPEP sont calculées en prenant un rayon de 5km autour du point central de l'ensemble des CDS constituant le groupement Epidaure. Ainsi, en incluant toute la zone de chalandise de chaque groupement Epidaure ainsi que les quatre dimensions susmentionnées, on constate que les taux de précarité réels des Epidaure du graphique 2 sont plus élevés que ceux du graphique 1 dont la mesure est le taux de bénéficiaires de la CMU-C. Alors que le taux de bénéficiaires de la CMU-C dans la patientèle de l'Epidaure 93 est de 30 %, l'application de l'indicateur de précarité Veltys plus proche de la réalité (graphique 2) conduit à estimer que 97 % de cette patientèle vit dans un IRIS très précaires (+++ / ++++).

Graphique 1 : Taux de bénéficiaires de la CMU-C des Epidaure



Graphique 2 : Distribution du degré de précarité de la patientèle des Epidaure



Source : calculs Veltys

⁴ Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?, Etudes et Résultats, N° 1625, mai 2023

1.2.2.3. Modèle de prédiction augmenté et qualité de la prédiction

Modèle de prédiction augmenté

Finalement, les variables de prévalence et de précarité permettraient en partie d'éviter de mésestimer la dépense de soins à cause de variables omises.

D'une part, l'état de santé au sein d'un bassin de vie est caractérisé à l'aide de la prévalence et la précarité de ces territoires. Pour cela, l'Assurance Maladie⁵ fournit la prévalence départementale de diverses pathologies et les données de l'INSEE sur les revenus, le taux de chômage, l'éducation et les prestations sociales au niveau des IRIS permettent de mesurer un taux de précarité synthétique.

D'autre part, l'offre de soins est caractérisée par les APL dont l'avantage est de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé au niveau des IRIS.

Enfin, l'ajout des effets d'interaction permettrait de rendre compte de la sévérité des pathologies qui est susceptible de croître avec l'âge et la précarité des patients. Selon la Drees⁶, l'incidence des maladies chroniques varie selon les caractéristiques sociales. En particulier, la fréquence des pathologies chroniques multiples augmente avec l'âge. De même, le risque, standardisé sur l'âge et le sexe, d'être atteint par une maladie chronique définie par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans sa « cartographie des pathologies », à l'exception notable de certains cancers, est plus élevé chez les personnes les plus modestes que chez celles plus aisées. Ces résultats justifient donc l'interaction des variables des ALD et du nombre de comorbidités avec celle sur l'âge et la précarité du patient.

Qualité de la prédiction

Une fois les dépenses de soins estimées, l'enjeu réside dans la qualité de l'estimation afin d'éviter d'allouer des forfaits aux médecins qui ne sont pas conformes à leur activité. Pour cela, des métriques de la qualité de prédiction permettent d'évaluer l'adéquation du modèle aux données et d'estimer l'erreur de prédiction.

Adéquation du modèle

La métrique usuelle pour évaluer la qualité de la spécification de notre modèle et de la pertinence des variables explicatives est celle du coefficient de détermination R^2 . Elle est mesurée par la somme des distances au carré entre chaque observation et la valeur prédite, il s'agit donc de la part résiduelle qui n'est pas expliquée par le modèle. Ainsi, lorsque le R^2 est proche de 1, la qualité du modèle est alors jugée comme étant correcte.

Toutefois, l'inconvénient majeur du R^2 est que sa valeur augmente de façon monotone avec l'introduction de nouvelles variables, même lorsque ces dernières sont peu corrélées avec la variable expliquée. Il tend donc à surévaluer la qualité des régressions. Afin de parer à cet inconvénient, l'utilisation du coefficient de détermination multiple R^2 ajusté permet de corriger cette surévaluation.

De plus, le critère AIC est également une alternative possible au R^2 ou un critère complémentaire. Le modèle le mieux ajusté selon l'AIC est celui qui explique la plus grande quantité de variation en utilisant le moins de variables explicatives possible. Il est calculé à partir du nombre de variables explicatives utilisées pour construire le modèle et de l'estimation du maximum de vraisemblance du modèle afin d'évaluer dans quelle mesure le modèle reproduit les données. Cet indicateur représente donc un compromis entre le biais, diminuant avec le nombre de paramètres, et la parcimonie, volonté de décrire les données avec le plus petit nombre de paramètres possibles. Le meilleur modèle est celui possédant l'AIC le plus faible.

Erreur de prédiction

Un moyen d'évaluer la qualité de la prédiction est d'estimer le biais correspondant à l'écart entre la valeur prédite et la valeur réelle :

$$\text{Biais} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Dépenses prédites}_i - \text{Dépenses réelles}_i)}{n}$$

La mesure de ce biais permet donc d'identifier si le modèle de prédiction a tendance à sur ou sous-estimer les valeurs de la variable expliquée. Ainsi, plus le biais est faible, meilleure est la prédiction. Toutefois, cet indicateur indique de potentiels écarts, mais il ne prend pas en compte la variabilité des prédictions. En effet, si les valeurs prédites sont à la fois très sur-estimées et très sous-estimées, le biais peut être relativement faible.

Une alternative pertinente est l'utilisation du critère RMSE (*Root Mean Square Error*) qui mesure l'amplitude des écarts en calculant la racine carrée de la moyenne des carrés des écarts :

$$\text{RMSE} = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (\text{Dépenses prédites}_i - \text{Dépenses réelles}_i)^2}{n}}$$

Cette métrique a l'avantage de pénaliser plus fortement les grandes erreurs que les petites erreurs. En effet, étant donné le carré de la somme, une erreur trois fois plus grande aura neuf fois plus d'impact sur la moyenne. L'objectif de cette prédiction étant de prédire avec précision et robustesse les dépenses de soins, la sensibilité de cet indicateur aux *outliers* est donc pertinente.

⁵ Les données de prévalence départementale de la Cnam sont disponibles ici : [Cartes | L'Assurance Maladie \(ameli.fr\)](#)

⁶ L'état de santé de la population en France, Les dossiers de la Drees, Septembre 2022

1.1.5. Le principe des pénalités et majorations du forfait

Une fois la somme des forfaits de chaque patient PEPS calculée et diminuée en fonction du taux de fidélité de chaque patient, des majorations et pénalités sont appliquées au montant global du forfait.

1) La **qualité des soins**

Cette composante intègre des indicateurs de qualité issus du SNDS ainsi qu'un indicateur d'expérience patient permettant de s'assurer du maintien de la qualité de prise en charge des patients mais également de mesurer son amélioration.

Cette modulation se traduit dans le cadre de l'expérimentation par le versement d'un montant supplémentaire au titre d'une présomption de qualité à hauteur de 5 % de l'ensemble de la rémunération PEPS théorique de l'année N-1, afin d'inciter les professionnels à mettre en œuvre des pratiques innovantes. Ce bonus de 5 % est appliqué *de facto* au titre de la qualité pour toutes les équipes durant toute la durée de l'expérimentation, faute d'avoir des indicateurs de qualité calculés sur des bases de patients « médecin traitant » suffisamment significatives et robustes. Toutefois, à terme, une prise en compte des scores de qualité en niveau et évolution sur l'ensemble de la patientèle permettra d'éviter des effets pervers que pourrait engendrer l'application *de facto* du bonus qualité, tel que l'absence d'amélioration de la qualité d'une année à l'autre. Cela signifierait d'appliquer un bonus de x % qui serait positif si et seulement si le CDS améliore la qualité des soins fournis à sa patientèle, ou reste constant, d'une année à l'autre.

Ainsi, une telle modulation permet de répondre à un risque d'aléas sur la qualité des soins fournis, sous réserve de trouver les bons indicateurs. A ce titre, la qualité des soins est évaluée à partir des indicateurs de qualité SNDS dont la pertinence reste à évaluer par les professionnels de santé dont l'expertise est nécessaire.

Ces indicateurs de qualité SNDS peuvent également permettre d'intégrer la dimension de pertinence des soins dans le calcul de la rémunération forfaitaire. Pour la HAS, la pertinence signifie de procurer « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ». Ainsi, l'analyse des indicateurs de qualité suivants semblent appropriés pour également mesurer la pertinence des soins fournis par les professionnels de santé au sein d'une structure :

- Nombre moyen de prescriptions différentes de médicaments remboursés par personnes
- Part de patient ayant eu au moins une consommation inappropriée d'un des traitements décrits comme telle dans la littérature
- Taux d'hospitalisations potentiellement évitables
- Délai médian entre la sortie d'hospitalisation en médecine et psychiatrie et un rendez-vous (MG ou IDE) en aval pour les patients chroniques en ALD
- Taux de réhospitalisation à 30j
- Admissions directes sans passer par les urgences

2) Le **niveau de précarité**

La rémunération est majorée si le taux de pauvreté du territoire sur laquelle est implantée la structure est supérieur à la moyenne nationale du taux de pauvreté, et ce de façon linéaire et jusqu'à une majoration de 20 % si le taux de pauvreté atteint 25 %.

Toutefois, une majoration fixe lorsque le taux de pauvreté est supérieur ou égal à 25 % ne permet pas de différencier un territoire avec un taux de précarité à 35 % (proche de celui de l'Epidaure 94, graphique 2) de celui dont le taux de précarité est à 95 % (proche de celui de l'Epidaure 93, graphique 2). Or, cela traduit une situation économique et sociale de chacune de ces patientèles très différente et impactante sur les dépenses de soins. Une manière de rendre compte de ces différences serait d'appliquer la majoration linéaire pour l'intervalle allant de 15 % à 100 %.

De plus, l'ajout d'une telle majoration risque d'augmenter artificiellement la rémunération des structures situées dans des territoires précaires alors même que le forfait estimé en amont (via le modèle économétrique) prend en compte cette caractéristique. Une telle modulation ne semble donc pas nécessaire au risque de surestimer le montant forfaitaire d'une équipe PEPS en raison de ce double compte.

3) Le **niveau d'activité agrégée**

Enfin, la modulation à l'activité permet aux équipes PEPS de conserver une rémunération dans un corridor de 0-20 % de ce qu'elles auraient pu gagner sans le nouveau mode de financement. En effet, cette modulation permet d'augmenter la rémunération forfaitaire des équipes qui font plus de soins +150 % que le national (en nombre d'actes MG que la médiane nationale) et à l'inverse, de moins rémunérer celles qui font moins de soins que le national (-50 %).

2. INCITATION A UNE PRISE EN CHARGE PARTAGEE (IPEP)

2.1. Philosophie du mode de financement IPEP

2.1.1. Objectifs

Le mode de financement IPEP est une rémunération complémentaire et non substitutive aux modes de rémunération principaux (à l'acte ou à l'activité). Il s'agit donc d'un nouveau modèle strictement incitatif puisqu'aucune sanction financière n'est appliquée en cas de non-atteinte des objectifs fixés.

Ce modèle incitatif à deux composantes à laquelle la rémunération supplémentaire est conditionnée :

- **Amélioration de la qualité** en prenant en compte le niveau et l'évolution des indicateurs de qualité ;
- **Amélioration des gains d'efficience** grâce à une meilleure maîtrise des dépenses induites par les consultations auprès des professionnels de santé IPEP.

2.1.2. Périmètre

Le financement IPEP concerne seulement les patients « médecin traitant » i.e les patients qui ont soit déclaré un des médecins du groupement comme médecin traitant et ont bénéficié d'au moins un remboursement de soins dans l'année ou pour les patients de moins de 16 ans, qui ont eu au moins deux consultations sur l'année avec un des médecins du groupement.

2.1.3. Modélisation du calcul de la rémunération IPEP

2.1.3.1. Rémunération de la qualité

Le score qualité est calculé à partir de dix indicateurs socles, chacun noté sur un score de 10 et d'un questionnaire sur l'expérience patient pouvant apporter un bonus de 20 points.

$$\text{Rémunération qualité} = (\text{Nb de points de score qualité}_{>40} + \text{Bonus expérience patient}) \times \text{Nb de patients du groupement} \times \text{Valeur point}$$

Ainsi, les centres de santé sont incités à améliorer leur indicateur de qualité et l'expérience patient afin de percevoir une rémunération supplémentaire la plus élevée possible.

2.1.3.2. Rémunération des gains d'efficacité

Méthodologie de calcul des gains d'efficacité à partir de deux comparaisons

- **Ecart** entre la dépense réelle du groupement et la dépense nationale ajustée l'année N. Cet écart est estimé avec un intervalle fixé à +/- 2,5 % pour la dépense ajustée, afin de prendre en compte les limites du modèle d'ajustement.

$$Ecart = Dépenses moyennes observées_N - Dépenses moyennes ajustées_N$$

- **Différence d'évolution** entre les dépenses réelles du groupement et les dépenses nationales ajustées entre (N-2, N-1) et N.

$$\begin{aligned} & \text{Différence d'évolution} \\ & = Dépenses moyennes observées_N - (0,3 \times Dépense_{N-2} + 0,7 \times Dépense_{N-1}) \times \frac{Dépenses ajustées_N}{Dépenses ajustées_{N-2,N-1}} \end{aligned}$$

Ces deux comparaisons nécessitent d'estimer, à partir d'un modèle d'ajustement, les dépenses moyennes ajustées qui correspondent à la dépense moyenne nationale par patient dans l'année n, pour des patients de profils identiques à ceux du groupement :

$$Dépenses de soins_i = \hat{Age}_i \times Sexe_i + Pathologie_i + CMU_i + APL MG_i + /- \frac{\text{Montant sur ou sous estimé département}_i}{2}$$

Le modèle IPEP suppose alors que toute déviation par rapport à cette valeur estimée est attribuable à un gain ou une perte d'efficacité. La spécification adéquate de ce modèle de prédiction des dépenses de soins individuelles est donc primordiale afin d'éviter de surestimer ou sous-estimer les gains d'efficacité. En effet, une sous-estimation de la dépense moyenne estimée pourrait conduire à conclure un gain d'efficacité non justifié, et inversement en cas de surestimation de la dépense moyenne estimée. Une erreur de spécification pourrait entraîner des effets pervers en rémunérant des centres n'ayant pas répondu positivement à l'incitation sur la maîtrise des dépenses.

Montant final versé au groupement au titre des gains d'efficacité

A l'aide de l'écart et la différence d'évolution des dépenses de la structure par rapport aux dépenses estimées et de pondération, le montant associé aux gains d'efficacité est calculé de la manière suivante :

$$\begin{aligned} & \text{Montant gains d'efficacité} \\ & = \left(Ecart (\text{€}) \times \frac{1}{3} + Différence \text{ évolution } (\text{€}) \times \frac{2}{3} \right) \times \text{Coefficient partage}_{50\%} \times \text{Effectif groupement} \end{aligned}$$

NB : en cas de performance négative sur l'évolution ou l'écart, la valeur négative est ramenée à zéro afin d'un écart défavorable pour le groupement ne pénalise pas les efforts du groupement sur l'évolution et inversement.

2.2. Implications du modèle IPEP et recommandations

Comme susmentionné, les gains d'efficacité sont calculés à partir de l'écart des dépenses moyennes observées du groupement aux dépenses moyennes ajustées nationales. De la même manière que pour le modèle PEPS, l'enjeu principal réside dans l'estimation des dépenses de santé individuelles.

L'enjeu principal de cette estimation est d'éviter de sous ou sur-estimer les dépenses de santé puisque les écarts aux dépenses observées seront considérés mécaniquement comme une perte ou un gain d'efficacité.

Tout d'abord, comme précédemment, les **effets d'interaction** doivent être introduits notamment pour prendre en compte le niveau de sévérité de pathologie. En effet, certaines pathologies ont un niveau de sévérité plus ou moins important induisant des traitements et un parcours de soins plus ou moins coûteux. Omettre cette dimension dans l'estimation des dépenses de santé conduirait soit à conclure à :

- Une **perte d'efficacité** dans le cas où l'on sous-estimerait les dépenses moyennes par rapport aux dépenses observées. Ce cas pourrait avoir lieu pour des structures dont la patientèle est majoritairement composée de patients âgées et/ou précaires et dont les niveaux de sévérité des pathologies peuvent être plus élevés.
- Un **gain d'efficacité** dans le cas inverse où l'on sur-estimerait les dépenses moyennes par rapport aux dépenses observées. Ce cas pourrait avoir lieu pour des structures dont la patientèle est majoritairement composée de patients jeunes et/ou aisés et dont les niveaux de sévérité des pathologies peuvent être plus faibles.

De plus, **les bassins de vie** dans lesquels résident les patients impactent leurs dépenses de soins, notamment en raison de la densité médicale des professionnels de santé dans ces territoires et, partant, de l'accès aux soins. En effet, la prise en charge pour des patients aux mêmes caractéristiques socio-démographiques et médicales n'est pas égale d'un bassin de vie à un autre. Or, un bassin de vie précaire dans lequel la dépense moyenne observée est inférieure à la dépense moyenne estimée en raison d'un taux de renoncement aux soins élevés ne doit pas être associé, mécaniquement, à des gains d'efficacité.

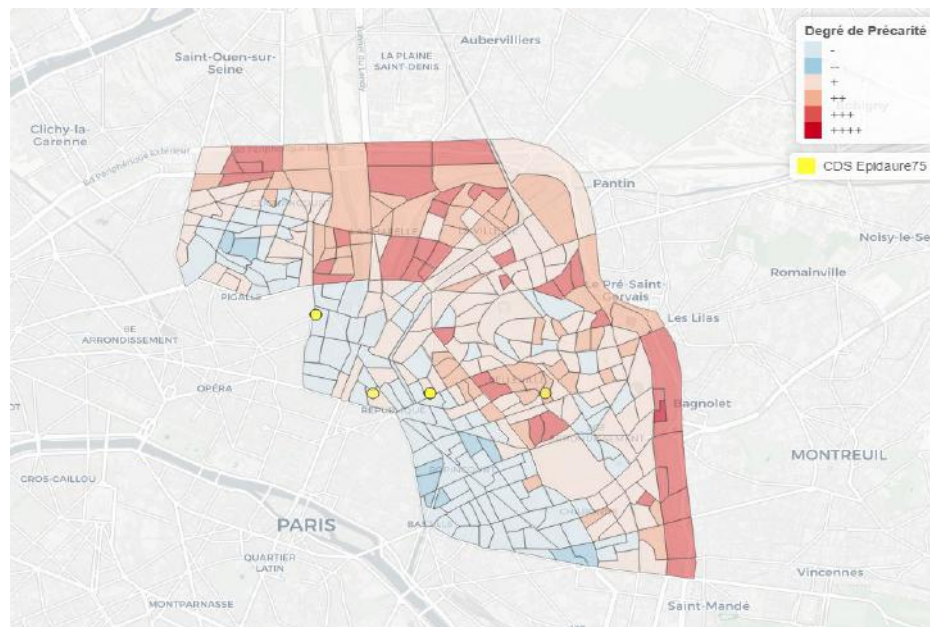
Par conséquent, le modèle de prédiction actuel introduit une variable départementale afin de corriger ce biais territorial. Toutefois, pour les mêmes raisons évoquées dans le modèle PEPS, il ne s'agit pas d'une correction adéquate. A maladie donnée, un patient devrait pouvoir bénéficier d'une même prise en charge quel que soit le territoire dans lequel il réside. Une alternative possible pour modéliser l'offre de soin est l'utilisation des APL ou de la densité médicale. Bien que la densité médicale soit moins précise que les APL car elle ne prend pas en compte la structure démographique de la population dans un territoire, elle constitue une bonne alternative notamment pour approximer l'offre de soins des spécialistes. Ainsi, des médecins implantés dans une zone sous-dotées en médecins spécialistes ne se verront pas attribuer une rémunération supplémentaire en raison d'une offre de soin inférieure à la demande.

Enfin, les **caractéristiques géographiques** doivent être également incluses afin d'éviter un biais d'endogénéité dues à des variables omises. En particulier, la précarité ainsi que la prévalence de certaines pathologies dans les bassins de vie constituent des déterminants dans la dépense de soins. Les inclure augmentera le pouvoir prédictif de l'estimation.

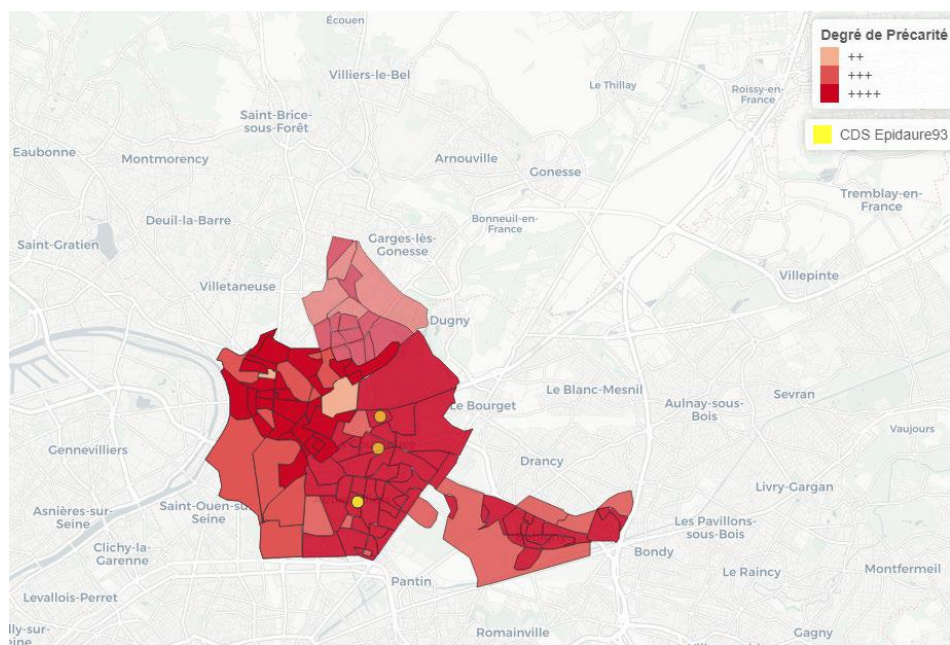
Finalement, la variation des rémunérations étant grandement sensible au modèle statistique utilisé, il pourrait être judicieux d'examiner son pouvoir prédictif à partir des résultats obtenus sur les années précédentes. Ainsi, tout écart entre les dépenses estimées par le modèle et les dépenses observées pourront faire l'objet de calibrage et d'ajustement du modèle.

3. ANNEXE

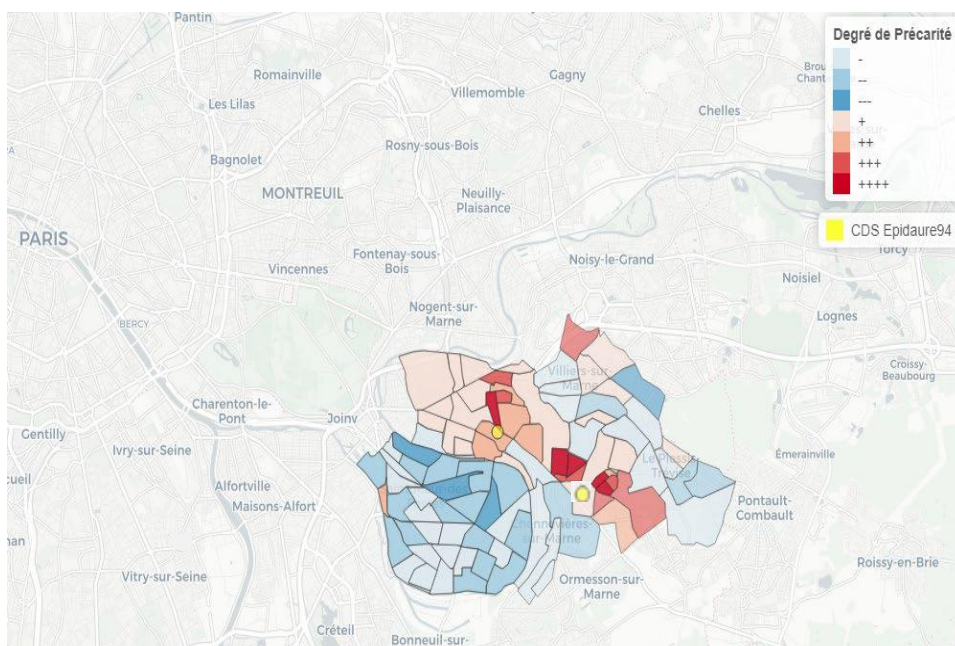
Carte 1 : Degré de précarité par IRIS de la patientèle Epidaure 75



Carte 2 : Degré de précarité par IRIS de la patientèle Epidaure 93



Carte 3 : Degré de précarité par IRIS de la patientèle Epidaure 94





www.IJFR.FR
contact@ijfr.fr