

LE PROJET EPIDAURE CDS

1. Etat actuel de la prise en charge, et des actions déjà engagées autour de la coordination

1.1 - Des Centres de santé organisant l'accès aux soins dans un contexte territorial

Les cinq centres de santé (CDS) pressentis pour participer à l'expérimentation dans le cadre de l'AMI PEPS sont des structures de soins polyvalents, adaptées aux besoins de la population de leurs territoires d'implantation. Leur création et leur développement résultent de politiques publiques locales en faveur de l'accès aux soins et de la prévention. Quatre CDS (Gennevilliers, Malakoff, Nanterre et Saint-Ouen) sont gérés par une commune, et donc par un gestionnaire de droit public régi par le Code des collectivités territoriales. Ces quatre CDS offrent au total neuf sites d'implantation répondant aux spécificités territoriales. Un centre de santé (Richerand) géré par un organisme privé à but non lucratif, en est en cours de transformation en SCIC.

Les CDS proposent une prise en charge en médecine générale, sur place ou à domicile, assurent le rôle de médecin traitant. Ils organisent la réponse aux demandes de soins non programmés. Autour l'équipe de généralistes assurant un rôle pivot, ils regroupent d'autres spécialistes, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmier(e)s, d'autres professionnels de santé ainsi que des professionnels autres que des professions de santé (secrétaires médico-sociales, assistant(e)s sociales/aux, psychologues, diététiciens, activité physique adaptée, etc.). Ils disposent d'un plateau technique d'imagerie (radiologie traditionnelle, échographie-doppler) et proposent des analyses de biologie médicale.

Les CDS pratiquent le tiers-payant (AMO et AMC). Ils pratiquent un accompagnement social. Les locaux et les équipements sont accessibles aux personnes handicapées. Lorsqu'une orientation est nécessaire en dehors du CDS, elle est proposée dans le respect des tarifs de la sécurité sociale et sans dépassements d'honoraires.

En 2017 la file active MG est de 64 726 patients, leur activité a généré 14,7 millions d'euros d'honoraires médicaux. Ces CDS emploient 507 salariés (263 ETP dont 117 ETP professionnels médicaux, 49 ETP paramédicaux et 103 ETP autres professionnels).

Patientèle et activité remboursée (source : assurance maladie, observatoire des CDS-ATIH, 2017)

Patientèle totale MT (adultes et enfants)	File active dentaire	File active infirmière	Nombre de patients en ALD dans la file active inf	File active MG	Nombre de patients CMUC	Nombre de patients AME	Honoraires totaux
31 385	20 204	2 502	1 219	64 726	8 120	1 587	14 714 939 €

Honoraires totaux par patient file active MG

227 € / an

Nombre total de salariés (source : assurance maladie, observatoire des CDS-ATIH, 2017)

Nombre total de salariés	Nombre total en équivalent temps plein
507	263

Dont professions médicales

Nombre de salariés médecins généralistes et MEP	Nombre de médecins généralistes et MEP en équivalent temps plein	Nombre de salariés médecins spécialistes	Nombre de médecins spécialistes en équivalent temps plein	Nombre de salariés chirurgiens-dentistes	Nombre de chirurgiens-dentistes en équivalent temps plein	Nombre de salariés sages-femmes	Nombre de sages-femmes en équivalent temps plein
117	45	126	31	72	34	4	1

Dont autres professions de santé

Nombre de salariés infirmiers	Nombre d'infirmiers en équivalent temps plein	Nombre de salariés autres paramédicaux	Nombre de autres paramédicaux en équivalent temps plein	Nombre de salariés 'autres professions'	Nombre de 'autres professions' en équivalent temps plein
42	33	20	16	126	103

1.2 Coordination des soins, santé publique et prévention

Les CDS pressentis organisent la coordination des soins en interne. Ils organisent les pratiques de soin en équipes pluriprofessionnelles, entre médecins généralistes, autres spécialistes, infirmiers, et plateau technique. Le dossier médical est informatisé et commun aux professions médicales et paramédicales. La répartition des tâches et des compétences entre professionnels est optimisée, dans les limites de la réglementation en vigueur. Certains CDS (Nanterre) font appel à titre expérimental à des infirmier(e)s préfigurant les infirmier(e)s de pratique avancée (IPA). Ils assument le surcoût de la coordination et des délégations lorsque la tarification ne le couvre pas.

La coordination externe est organisée dans les limites imposées par les différentes tarifications en vigueur. Les CDS conduisent de longue date des collaborations avec des établissements de santé (consultations avancées, voire convention d'affiliation avec l'APHP comme à Gennevilliers). Les collaborations et partenariats mis en place répondent à des logiques territoriales, locales ou régionales. Citons les partenariats avec des GH de l'APHP (GH Nord, GH Paris-sud, GH LSF, ...), les partenariats avec le GH Diaconesses-Croix-Saint-Simon (biologie, télémédecine, etc.), avec l'Hôpital Max-Fourestier de Nanterre (Cegidd, etc.), avec l'EPS Maison Blanche (soins somatiques des maladies psychiques). Récemment, un groupe de travail commun entre ces CDS, leurs GH de proximité, et le siège de l'APHP a permis d'identifier un besoin commun de spécialistes de second recours à exercice mixte ville-hôpital, en regard duquel un modèle économique pérenne reste à construire.

Les organisations représentatives des CDS et de leurs professionnels, parties prenantes de l'IJFR, mènent de nombreuses initiatives pour nourrir la coordination des soins ville-hôpital. La FNCS a notamment consacré un séminaire aux coopérations entre centres de santé et établissements hospitaliers¹.

Les CDS coordonnent leur action avec le secteur médico-social (Ssiad, Ehpad,...), avec les services de PMI, lorsque ces derniers ne sont pas intégrés dans les CDS, et avec la médecine scolaire, là où elle est encore opérationnelle, médecine scolaire dont le groupe projet souhaite souligner la contribution en terme de diagnostic et de prise en charge médico-éducative, pouvant être déterminante pour l'avenir de certains enfants et adolescents. Les CDS coordonnent également leur action avec les services de santé au travail.

Aux côtés des activités de soins inscrites à la nomenclature, les CDS organisent des activités de santé publique et de prévention. Les CDS disposent de consultations de PMI et de Planification familiale (Gennevilliers, Nanterre,...), de Vaccinations gratuites (Paris,...), d'activités de Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic multisites (CeGIDD Nanterre, ...), de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA).

1. 3 Coordination des équipes : le choix d'une coordination médicale

Dans chacun des CDS pressentis le pilotage du projet de santé a atteint un niveau de maturité avancé. Chacun des gestionnaires des CDS a jugé pertinent de confier à une direction médicale le pilotage opérationnel du CDS. Les CDS sont dirigés par un médecin-directeur. Celui-ci exerce la médecine générale, encadre des étudiants, recrute et anime l'équipe médicale et para médicale, au sein de laquelle diverses responsabilités peuvent être déléguées. Le cas échéant, il est en charge de la direction de la santé dans la ville (prévention, hygiène,...). Il est appuyé par une direction administrative en charge des fonctions support.

Dans ce cadre organisationnel évolué, l'autonomie et l'indépendance professionnelle s'exercent au sein de l'équipe, la régulation et le contrôle étant exercés par les pairs, en indépendance par rapport à la hiérarchie fonctionnelle médicale. Le dossier médical partagé pluriprofessionnel, les réunions de concertation pluriprofessionnelle et les actions de DPC en sont les instruments privilégiés.

2 - Etat actuel de la tarification et des modes de rémunération des professionnels

Dans le prolongement des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) auxquelles les CDS ont apporté leur contribution, l'Accord national des centres de santé a représenté un progrès significatif. Apportant des revenus forfaitaires complémentaires de la tarification à l'acte, il a fourni des repères utiles pour améliorer les pratiques organisationnelles (réunions d'équipe pluripro, horaires d'ouverture au public, visites à domicile,...) tout en attirant l'attention sur l'impact majeur des pratiques médicales sur certains aspects de la qualité des soins (ROSP). Mais la principale source de recettes des CDS reste la facturation à l'acte, une part importante de leur action en matière de santé restant non facturée.

Dans les CDS porteurs du projet, les médecins et les autres professionnels sont salariés, sans que le niveau de leur activité individuelle n'influence le niveau de leur rémunération. Ainsi sont dissociés niveaux de rémunération des professionnels et recettes des CDS. Ce système dans lequel les dépenses sont fixes et les recettes dépendent des actes facturés sans corrélation suffisante avec le contenu réel de la prestation produite, introduit une contradiction entre logiques médicales centrées sur les patients et impératifs budgétaires du CDS. Les CDS porteurs du projet Epidaure estiment que le salariat de leurs équipes est désormais un atout valorisable dans le cadre de l'expérimentation. Sur la base du constat qu'ils reçoivent à ce jour 227 € par patient file active MG et par an, ils souhaitent expérimenter de nouvelles techniques de calcul de leur dotation, laissant libre cours aux motivations intrinsèques de leurs professionnels à coopérer et à déléguer, dans le cadre d'organisations expérimentales pilotées, coordonnées, et évaluées.

3 - Le contexte général de notre système de santé dans lequel l'expérimentation Epidaure-CDS est proposée

L'équipe projet de l'IJFR fait sienne la préconisation du HCAAM dans son avis du 24 mai 2018 en faveur d'un "scénario de rupture²."

Elle souscrit également à la vision de l'assurance maladie adoptée dans son rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions pour 2019*³ selon laquelle parmi les "cinq grandes modalités de paiement des acteurs, financement de ressources (budget global ou salariat), financement d'une patientèle (capitation), financement d'une prestation (paiement à l'acte ou à la journée), financement d'un forfait de soins ou panier de prestation (paiement au séjour, paiement à l'épisode de soins) et intéressement (paiement à la performance ou à la qualité)" aucune "ne peut être considérée comme parfaite, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients intrinsèques⁴."

De même, l'équipe projet de l'IJFR partage l'analyse de l'assurance maladie selon laquelle les "nombreuses évolutions récentes en France (...) se heurtent à deux limites majeures. La première est qu'elles se sont faites sans vision d'ensemble ayant été conçues et mises en œuvre en silos selon les différents secteurs du système de santé. La seconde limite est paradoxalement leur nombre très important ne laissant pas nécessairement le temps aux réformes pour produire leurs effets et pour être évaluées. La nécessité de faire évoluer de manière plus importante les modes de financement fait aujourd'hui l'objet d'un consensus large en France⁵."

4 - Le projet Epidaure-CDS

Les modalités du projet

Un scénario de rupture, une vision renouvelée de l'organisation des soins et de son financement, une robustesse de l'innovation face aux nouveaux services numériques annoncés, telles sont les ambitions qui animent l'équipe projet de l'IJFR et que nous nous proposons de présenter ci-après.

Le projet Epidaure-CDS vise à substituer, en totalité, une dotation forfaitaire à l'ensemble des actes qui auraient été facturés selon le modèle habituel

- A titre indicatif, en l'état actuel de la tarification, le montant annuel perçu par ces CDS est de 227 € par patient file active MG et par an, hors activité non facturable et services nouveaux à construire
- Il y aura lieu de déterminer des modalités de calcul d'une future dotation, conjugant différentes familles selon des critères simples et robustes. Les hypothèses sont ouvertes, on ne saurait préjuger de l'issue des travaux d'élaboration du cahier des charges.
- D'un point de vue pratique, devra être déterminé le périmètre des actes qui seront inclus dans le forfait, et celui des actes habituels qui resteront facturés à l'unité (voir annexe III) .

Le potentiel de reproductibilité de l'expérimentation au plan national

Les cinq CDS porteurs du projet d'expérimentation sont représentatifs d'un type de CDS, les CDS pluri-professionnels. Au plan national, on compte environ 340 CDS de ce type, sur un total de 1619 CDS (données DGOS 2017).

Si l'on ajoute à ces CDS pluriprofessionnels deux autres catégories de centres de santé, de taille plus modeste et moins nombreux sur le territoire, les centres médicaux et les centres médico-dentaires, le nombre de centres de santé potentiellement concernés par la reproductibilité est de 450 centres de santé.

Source : DGOS, observatoire des CDS-ATIH, 2017

centres de santé pluriprofessionnels	341
centres médicaux avec MG	78
centres de santé polyvalents sans auxiliaires médicaux avec MG	32

Dans une perspective de reproductibilité de l'expérimentation et de diffusion, si elle était jugée souhaitable, il y aurait lieu d'identifier les différents critères témoins de l'atteinte d'un niveau de maturité suffisant par les centres de santé candidats (projet de santé adapté, salariat sans intéressement individuel à l'acte, gouvernance médicale, etc.).

L'ambition du projet est de parvenir à construire, dans le cadre de l'expérimentation, un nouveau modèle d'organisation délivrant soins primaires et secondaires, issu du modèle des centres de santé historiques.

5 - Le projet Epidaure-CDS en pratique

La démarche : créer une dynamique

L'ambition du projet Epidaure-CDS est de parvenir à poser les fondations d'un nouveau modèle d'organisation délivrant soins primaires et secondaires, nouveau modèle issu de celui des centres de santé historiques. Libérés d'une tarification à l'acte entretenant les cloisonnements et défavorable à la mise en place de prestations innovantes, l'équipe projet formule l'hypothèse que les CDS auront fait évoluer leurs organisations, auront développé de nouveaux services, auront fait progresser les compétences des professionnels et des patients.

Plutôt que de formuler à ce stade une liste, figée d'emblée, de prestations cibles, et ce faisant de reproduire en quelque sorte le modèle ancien en silo (par pathologies, par type de diagnostics, par typologie sociale, par classe d'âge, par catégories de dispositifs, par type d'établissement d'accueil, etc.) et dans l'esprit de l'expérimentation nationale, nous préférons proposer **d'engager une démarche co-construite** par les acteurs de terrain avec les administrations de santé et l'assurance maladie. Une démarche agile, vertueuse, produisant ses effets par étapes.

Exemples concrets

Ces précautions étant prises, il est possible de commencer à tracer quelques pistes, amenées à être précisées, et complétées par d'autres. Ce sera l'un des objets du cahier des charges, que de fixer le cadre dans lequel ces pistes se déploieront.

- Réponse régulée aux demandes de soins non programmés.

La régulation pourrait faire usage de solutions de télémédecine et de plate-formes numériques. Le dispositif pourrait être conçu comme une alternative au recours aux urgences hospitalières. Il pourrait proposer une réponse médicale innovante, ouverte à tous, dans les sites des centres de santé. Il pourrait également proposer une réponse à domicile ou dans le lieu d'hébergement de patients identifiés (personnes âgées dépendantes, handicaps, résidents en Ehpad, etc) en liaison avec les services du secteur médico-social. D'un point de vue tarifaire, on pourrait imaginer par exemple qu'un forfait pour une consultation non programmée comprenne l'acte clinique (MG et/ou IDE, etc.) et d'éventuels actes paracliniques justifiés (ECG, NFS, CRP, Echo, Radio poumons, etc.). Elle n'incluerait pas d'autres types d'actes qui continueraient à être facturés selon le modèle habituel (consultations spécialisées type ophtalmologie non urgente par exemple, examen Cone-beam, etc.).

- Prises en charge multifactorielle d'épisodes de soins somatiques et psychiques, ou de pathologies chroniques.

Cette prise en charge pourrait s'appuyer sur un ensemble de prestations disponibles, combinables en fonction des besoins et des choix des patients : actes de prévention et d'éducation pour la santé individuelle et collective, éducation au bon recours aux soins (*quand dois-je amener mon enfant chez le médecin s'il a de la fièvre ?*), bon usage des examens complémentaires (*je ne souhaite pas vous prescrire cet examen car, sans bénéfice pour vous-même, il est susceptible de générer des faux positifs et une inquiétude non fondée...*), éducation nutritionnelle, prise en charge diététique, repérage et prise en charge des victimes de psychotraumatisme quel qu'en soit la cause (*au cours de votre vie, vous est-il arrivé de subir des violences ? comment vivez-vous avec vos suites d'infarctus ? de cancer ? avec vos séquelles d'AVC ?*), programmes de prises en charge psychothérapeutiques supervisées, aide à la parentalité, repérage précoce des troubles de l'apprentissage, activité physique adaptée, bilan de traitements médicamenteux à domicile (*voudriez-vous me montrer vos boîtes de médicaments ? et celui-ci depuis quand avez vous cessé de le prendre ? en avez vous parlé au médecin ? ..*), déprescription (*la balance bénéfice risque de ce médicament n'étant pas favorable dans votre cas particulier, pourrions nous envisager de l'interrompre ?*), etc.

L'amélioration potentielle de la pertinence des prescriptions médicamenteuses chez les patients porteurs de pathologies chroniques, notamment au décours de séjours hospitaliers, a particulièrement retenu l'attention de l'équipe projet de l'IJFR pendant la phase de préparation du présent projet, au regard de l'importance enjeux de qualité et de sécurité des soins et des enjeux économiques.

- Prévention, dépistage

Dépistages organisés (cancer colo-rectal,..), vaccinations, etc.

- Action sociale

Contribution à la lutte contre les inégalités sociales de santé, interprétariat, accueil des minorités, bilan social et accompagnement, grossesse et petite enfance, aide au maintien des droits sociaux, gestion des arrêts de travail de longue durée, réadaptation et retour à l'emploi après une maladie, accompagnement du handicap et de l'invalidité, etc.

- Parcours de soins

Organisations des sorties d'hôpital (offre intégrée, médicale, para médicale, sociale,...) relais structuré de prises en charge spécialisées (cancérologie, polyopathologies, ...), suites de passage aux urgences hospitalières, alternatives organisées à une réhospitalisation, etc.

Mise en jeu de consultations avancées mixtes CDS-hôpital gérées dans le cadre de l'expérimentation.

Organisation de concertations pluriprofessionnelles ville-hôpital, médical-social formalisées et protocolées.

Les moyens : ressources humaines mise en jeu

- Délégations

Dans le cadre de l'expérimentation, l'amélioration de l'affectation des ressources humaines et des compétences, déjà engagée dans les CDS, sera poursuivie et développée dans les différents secteurs où elle pourra conduire à une amélioration de la prestation délivrée (qualité, disponibilité, satisfaction des patients, etc.). Citons : transfert de tâches entre professions médicales, paramédicales, auxiliaires de soins, nouveaux métiers (hygiéniste dentaire, infirmier de pratique avancée, assistant médical, etc.).

- Formation

Les compétences individuelles et collectives évolueront selon les besoins et les possibilités. Les leviers d'action seront la formation professionnelle et les méthodes d'organisation (DPC, RCP, plates-formes numériques de services...).

- Moyens humains complémentaires dans les CDS

Dans le cadre de l'expérimentation, des ressources humaines complémentaires mutualisées seront affectées sur chacun des CDS participants (diététicien, psychologue, IPA, orthoptiste, orthophoniste, assistant social, médiateur social, activité physique adaptée, interprète, etc.).

- Moyens humains complémentaires : spécialistes CDS-hôpital

De même, dans une perspective d'amélioration des parcours des patients dans le second recours, il sera fait appel à des postes de praticiens partagés ville-hôpital, entre CDS et établissements de santé d'un même territoire.

- La gestion des ressources humaines

La mise en oeuvre des prestations médicales et sociales dans chacun des sites de l'expérimentation pourrait s'appuyer sur des mises à disposition de personnels dédiés, encadrées par des conventions passées avec chacune des personnes morales gérant les CDS.

Les moyens : systèmes d'information et solutions numériques

En l'état actuel des hypothèses, il est souhaité d'inscrire l'expérimentation tarifaire dans le cadre des solutions de facturation dont dispose chacun des CDS et des procédures en vigueur dans chacun d'entre eux. A la mise en production de l'expérimentation, les contacts des usagers seront enregistrés dans le SI du CDS selon les modalités habituelles. Ainsi, le passage à une facturation au forfait serait quasi transparent pour les usagers, et dans une certaine mesure pour les personnels d'accueil des CDS.

Les dossiers médicaux informatisés seront utilisés selon les règles en vigueur dans chacun des CDS.

Le recours à des solutions numériques complémentaires pour la mise en oeuvre de prestations nouvelles et pour l'amélioration des parcours des patients est un objectif porté par l'équipe projet de l'IJFR (voir annexe II).

Impact attendu sur les compétences des usagers et les compétences des professionnels

- Les usagers

L'amélioration des compétences des usagers en matière de bon usage des soins est une des cibles de l'expérimentation Epidaure-CDS. Cette cible sera déployée selon différents axes : recours aux soins médicaux et paramédicaux, recours aux examens complémentaires d'imagerie et de biologie médicale, recours aux traitements médicamenteux. Les alternatives seront présentées. Cet objectif sera poursuivi à travers des programmes collectifs et des programmes individuels, autonomes ou bien intégrés dans la prise en charge lors d'un épisode de soin.

L'objectif d'amélioration des compétences préventives individuelles et collectives (alimentation, activité physique, tabac, vaccinations, dépistages, etc.) sera poursuivi dans le même esprit.

- Les professionnels

Impulsion nouvelle donnée aux pratiques en équipe, invitation à refonder le projet de santé de chacun des CDS autour de la prévention, du dépistage et de pratiques de soins non productivistes, tel est le contexte dans lequel les mentalités sont amenées à évoluer du fait de l'expérimentation. Après l'installation de la médecine scientifique à l'hôpital voulue par Robert Debré en 1958, après l'arrivée de la médecine basée sur les preuves en soins primaires et secondaires (EBM), le projet a pour ambition de mettre désormais l'humain au coeur de la relation soignant-soigné.

- La formation initiale

Les CDS sont des lieux de formation des médecins (second et troisième cycle) et des auxiliaires médicaux (IDE, IPA). Leurs professionnels sont agréés comme maîtres de stage des universités voire sont eux-mêmes universitaires (Sorbonne Université, Paris-Diderot, etc.). Un impact positif est souhaité sur les valeurs qu'auront adoptées les futurs professionnels, sur leurs compétences, et sur l'attractivité de l'exercice en équipe de soins.

6 - L'évaluation d'impact de l'expérimentation Epidaure-CDS

Selon l'expression récente d'un collectif d'économistes au nombre desquels figure Esther Duflo⁶, *la clé de voûte d'une bonne acceptation des politiques publiques passe par des évaluations d'impact régulières*. Les parlementaires⁷ et leurs groupes de travail⁸ s'inscrivent aujourd'hui dans cette perspective.

Une contribution à l'évaluation des politiques publiques

Pour l'évaluation des expérimentations dans le cadre du dispositif d'innovation en santé (article 51 de la LFSS 2018) le législateur a prévu que le Gouvernement présente chaque année au Parlement un état des lieux des expérimentations en cours et lui remette, au plus tard après la fin de chaque expérimentation, le rapport d'évaluation la concernant. En vertu du décret d'application, le comité technique est chargé de la transmission au Gouvernement des rapports d'évaluation et des avis sur chacune des expérimentations.

C'est ainsi que la question de l'évaluation des expérimentations d'une part, et de l'évaluation du dispositif d'innovation en santé issu de la LFSS 2018 d'autre part, revêtent une importance déterminante pour l'évolution de notre système de santé et pour la consolidation des principes de solidarité sur lesquels il est fondé.

Une évaluation médico-économique classique, mais pas seulement

L'équipe projet de l'IJFR souscrit à l'hypothèse que l'impact médico-économique de l'expérimentation soit un des critères principaux de jugement. Elle rappelle qu'une première étude Epidaure-CDS conduite par la FNCS avec l'IRDES en 2009 avait montré que la patientèle fréquentant les CDS était plus précaire que la population générale et que ces établissements contribuaient à la lutte contre les inégalités sociales de santé⁹. L'étude suggérait également un moindre coût des prescriptions médicamenteuses. Les données accessibles à l'époque n'avaient pas permis d'étudier l'impact éventuel des CDS sur le recours à l'hôpital et au secteur médico-social.

L'équipe projet de l'IJFR a la conviction que les critères de jugement classiques, construits sur la base du modèle bio-médical issu de la seconde moitié du vingtième siècle¹⁰, critères souvent intermédiaires au demeurant, ont produit leurs effets maximum dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins. A l'occasion des travaux d'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation, si elle était retenue, l'équipe projet de l'IJFR souhaite jouer un rôle de force de propositions. Elle partage l'appréciation de la Cour des Comptes relevant les "*difficultés liées notamment au caractère fragmenté des prestations, à la faiblesse des études médico-économiques intégrant soins de ville et soins en établissements de santé et à la complexité de modélisation des parcours de prise en charge d'un patient souffrant d'une maladie chronique*"¹¹.

Dans le cadre du projet de rupture qu'elle se propose de porter, l'équipe projet de l'IJFR souhaite que soient imaginés, étudiés et développés des critères de jugement de l'expérimentation innovants, cohérents avec les attendus des soins primaires, n'hésitant pas au besoin à revisiter un certain académisme de la pensée médicale contemporaine¹².

Mesurer l'impact global, identifier dans le détail les facteurs du succès

L'équipe projet de l'IJFR s'inscrit dans une classique démarche projet : identification de la cible à atteindre à échelle de cinq ans, identification précoce des étapes nécessaires à l'atteinte de cette cible, etc.

Elle préconise que l'évaluation soit en capacité de mesurer l'impact général de l'expérimentation, dans ses différentes déclinaisons, tout en s'attachant à identifier dans le détail les mesures qui auraient pu contribuer positivement à un impact positif. Elle attend de l'évaluation qu'elle produise de la connaissance sur les facteurs humains, individuels et collectifs, les organisations en quelque sorte, influençant favorablement la qualité des soins prodigués¹³. Cette ambition justifie de faire appel à des domaines de compétences plus larges que ceux traditionnellement mobilisés dans le monde de la santé.

La complexité de cette problématique plaide à ses yeux pour que soit faite à *l'évaluation des organisations* une place centrale dans l'évaluation de l'expérimentation.

Mesurer la satisfaction des usagers, des professionnels, des décideurs publics

L'abondance croissante des données numériques individuelles produites par les technologies médicales a longtemps laissé croire que l'avenir était au médecin-ingénieur voire à la *médecine sans médecin*¹⁴. Cette thèse est désormais abandonnée par ses promoteurs¹⁵.

Dans le même temps l'accès facile à des services numériques mettant à profit l'intelligence artificielle pourrait de facto réhabiliter la part humaine des métiers de soignants, la relation médecin-malade, institutions-usagers.

L'équipe projet souhaite qu'une place prioritaire soit accordée à l'étude de l'impact des technologies de l'information (voir annexe II ci-après).

Nous formulons l'hypothèse que les aspects humains du soin ne sont pas assez reconnus, et qu'à ce titre ils ne sont pas encore valorisés autant qu'il serait souhaitable. L'équipe projet a l'intuition que l'on pourrait trouver aujourd'hui dans ce champ les plus grandes marges d'amélioration du système.

L'expérience et la satisfaction des patients méritent ainsi de retenir toute notre attention collective, dans le cadre de l'expérimentation et de son évaluation.

Nous proposons de placer sur un même plan hiérarchique, l'expérience et la satisfaction des professionnels et leur bien-être au travail.

Une évaluation non hiérarchique

Dans le même esprit, nous proposons d'accorder un niveau d'attention analogue, dans l'évaluation d'impact, à la satisfaction des organismes payeurs, à la satisfaction des services de santé, à la satisfaction des décideurs publics et des collectivités territoriales.

Il est ainsi souhaité de passer d'une évaluation descendante, implicitement hiérarchique, à une évaluation partagée, dans laquelle chacun des acteurs, organisme payeur, puissance publique, opérateur de soins serait pris en considération pour son rôle propre, celui d'un des maillon d'une chaîne solidaire produisant des soins préventifs et curatifs, proportionnés aux besoins moyens dévolus.

ANNEXE I

Professionnels des centres de santé et innovation, une longue histoire

Si l'on en juge aux titres de leurs congrès successifs, les professionnels des centres de santé ont de tous temps promu l'innovation et la prise en compte des ressources économiques.

On note ainsi que la "*médecine d'équipe*" est un thème central pour les professionnels des centres de santé dès leur premier congrès en 1961, tandis que dès 1970 la convention médicale libérale est perçue comme potentiellement dépassée au regard de la "*médecine salariée dans un projet de santé*."

La "*crise de la médecine*" est mentionnée dès 1975, année de la parution de "Némésis médicale"¹⁶. Un hasard ?

L'*évaluation* est identifiée comme un défi dès 1994, tout comme *les relations entre usagers professionnels et gestionnaires* en 1999.

Les valeurs fondatrices des centres de santé sont réaffirmées en 2006, *inégalités sociales de santé* ; et en 2016, *innovation et solidarité*.

Dans le cadre de cet AMI et en faveur d'un projet Epidaure-CDS contribuant à l'amélioration de la pertinence des soins, on relève avec intérêt que "*prix de la santé*" et "*coût de la médecine*" retiennent l'attention dès 1963 alors que les dépenses de santé ne représentent encore que 4 % du PIB contre 9 % aujourd'hui¹⁷.

Les thèmes traités annuellement par le Congrès national des centres de santé (57 éditions, extraits)

1961 1er	Le Centre de Santé, sa place dans l'évolution des structures médico-sanitaires La médecine d'équipe dans le cadre des Centres de Santé
1963 3e	Planification, prix de la santé, coût de la médecine. L'indépendance professionnelle du Médecin salarié (1er colloque international)
1965 5e	Recherche d'une rationalisation en politique sanitaire et médecine sociale
1970 10e	Centre de Santé intégré et convention 1975
1971 11e	La convention dépassée? La médecine salariée dans un projet de santé
1973 13e	Prévention médicale et sociale et Centres de Santé
1975 15e	Le Centre de Santé et la crise de la médecine
1994 34e	Le défi de l'évaluation
1999 39e	Usagers, professionnels, gestionnaires ! Ensemble ? Pour quelle médecine ?
2006 46e	Les Centres de Santé et les inégalités sociales de santé
2016 56e	Le Centre de Santé. L'innovation et la solidarité au service de tous

ANNEXE II

Les industries numériques de santé, un atout pour l'innovation

De nouveaux services numériques émergent, services à destination des patients ou dédiés aux professionnels de santé. Certains sont en projet, d'autres arrivent en phase de mise en production. D'autres encore, comme la prise de rendez-vous en ligne en sont au stade de la généralisation. Des acteurs économiques de taille mondiale annoncent d'importantes innovations technologiques dans les prochaines années, chacun a leurs noms présents à l'esprit.

Un nouveau défi pour la médecine : l'indépendance vis-à-vis des industries du numérique

Les enjeux d'indépendance de la pensée médicale, y compris académique, par rapport aux acteurs économiques de l'information vont revêtir une forme nouvelle, rappelant par bien des aspects les relations entre industries historiques des produits de santé (médicaments, dispositifs, etc.), décideurs publics et soignants. On se souvient du long chemin vers l'indépendance du financement de la formation médicale continue¹⁸.

Dans notre pays, la puissance publique a pris la mesure des évolutions en cours avec le numérique. Le rapport Villani anticipe ainsi une *"IA au service de la médecine"*¹⁹ et présage une *"réorganisation des pratiques médicales autour du patient."*

Selon l'auteur de ce rapport, le *"développement de l'IA est appelé à transformer en profondeur les pratiques des professionnels de santé : aide au diagnostic, appui à la construction d'une thérapie, suivi évolutif du patient..."* et *"va entraîner une réorganisation des professions médicales."*

Une invitation à anticiper, à construire dans le cadre de l'expérimentation des organisations agiles et robustes

Des services tels que les expertises cliniques et paracliniques proposées par l'intelligence artificielle²⁰, les plates-formes de mise en relation des patients avec des offreurs de soins, voire les plates-formes de mise en relation des offreurs de soins entre eux, pourraient commencer à être disponibles en routine dans les cinq prochaines années, c'est à dire pendant la durée de l'expérimentation prévue par l'article 51 de la LFSS pour 2018, et en tout état de cause, à l'issue de l'expérimentation, lors de la généralisation de l'innovation si elle devait être décidée.

Evaluer l'impact des services numériques

Dans ce contexte, si les hypothèses formulées sur l'impact de l'IA et des industries numériques se vérifiaient, et s'il était décidé, pour mener à bien l'expérimentation Epidaure-CDS, de faire appel à des solutions numériques innovantes, dans le cadre de partenariats industriels le cas échéant, l'équipe projet Epidaure-CDS souhaite inclure à l'évaluation globale celle de l'impact des technologies de l'information. Cette évaluation d'impact pourrait porter sur l'appropriation des technologies numériques par les patients, par les professionnels, ainsi que sur l'adaptation des organisations, des processus et des métiers²¹.

Cet impact pourrait être apprécié en regard de la capacité de l'expérimentation à réduire les inégalités sociales de santé et à garantir à tous les patients un accès équitable aux soins curatifs et préventifs.

ANNEXE III

Forfait annuel : actes inclus, actes hors forfait (hypothèse non contractuelle)

Un exemple de forfait annuel : un patient polypathologique en ALD affecté notamment d'un diabète de type 2

Actes inclus dans le forfait

- consultations de médecine générale, actes cliniques par IPA /IDE, tous motifs
- RCP concernant le patient (y compris avec équipes hospitalières, pharmaciens)
- relations avec secteur social, médico-social,...
- consultations non programmées
- visites à domicile
- biologie y compris affections intercurrentes
- Ecg +/- cardiologue
- dépistage de la rétinopathie diabétique +/- ophtalmologiste, réfraction
- soins dentaires
- ETP
- activité physique adaptée
- pédicure
- mise à jour vaccinations
- frottis cervico vaginal
- dépistage organisé cancer colo rectal

Actes hors forfait

- épreuve d'effort,...
- prothèses dentaires, implantologie

NOTES

- ¹ Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), Les coopérations entre centres de santé et établissements hospitaliers: Quelles formes ? Pour quels objectifs ? 15 décembre 2017,
- ² Haut Conseil Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Contribution du HCAAM à la stratégie de notre système de santé, Avis du 24 mai 2018, p.3
- ³ Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019 (loi du 13 août 2004), Juillet 2019
- ⁴ id. p. 173
- ⁵ id. p. 173
- ⁶ Mesurer l'impact des politiques publiques est un exercice indispensable, Le Monde, 6 juillet 2018
- ⁷ L'évaluation, la nouvelle mode des députés LRM, Le Monde, 12 juillet 2018
- ⁸ Assemblée Nationale, Groupe de travail sur les moyens de contrôle et d'évaluation
- ⁹ Les personnes recourant aux 21 CDS de l'étude Epidaure sont-elles plus précaires ? IRDES, QES 165, mai 2011
- ¹⁰ Mirko D. GRMEK, le concept de maladie, in Histoire de la pensée médicale en occident, seuil 1995
- ¹¹ Cour des comptes, L'avenir de l'assurance maladie - novembre 2017, p. 100
- ¹² Luc PERINO, Les nouveaux paradoxes de la médecine, Le Pommier 2012
- ¹³ BRUNELLE Y., Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner, Pratiques et Organisation des Soins volume 40 n° 1 / janvier-mars 2009
- ¹⁴ Guy VALLANCIEN, La médecine sans médecins ? Le numérique au service du malade, Gallimard 2015
- ¹⁵ Guy VALLANCIEN et al. Vive les Etudes en santé, Tribune, Le Point, 27 juin 2018
- ¹⁶ Ivan ILLICH, Némésis médicale, l'expropriation de la santé, Seuil 1975
- ¹⁷ Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)
- ¹⁸ Création des Conseils nationaux de FMC en 2004, de l'Agence nationale du DPC en 2016
- ¹⁹ Cédric VILLANI, Donner un sens à l'intelligence artificielle, pour une stratégie nationale et européenne, mars 2018, p. 195
- ²⁰ Babylon : l'intelligence artificielle qui diagnostique des patients aussi bien que des médecins expérimentés, source : Babylon Health 4 juillet 2018
- ²¹ GREENAN Nathalie. Innovation technologique, changements organisationnels et évolution des compétences. In: Economie et statistique, n°298, Août 1996. pp. 15-33