

L'ACTE DÉCLARE FORFAIT

DEMAIN, QUELS FINANCEMENTS POUR LES CENTRES DE SANTÉ ?



Actes du séminaire organisé par
l'Institut Jean-François Rey
le 25 avril 2024 au
Conseil économique, social et
environnemental, Paris



Alain Beaupin
Président de l'IJFR

AVANT-PROPOS

Les centres de santé polyvalents et pluriprofessionnels sont de plus en plus confrontés à l'exigence d'un nouveau modèle tarifaire.

Il est en effet devenu nécessaire de revoir en profondeur le mode de financement des centres de santé pour accompagner leur développement dans les territoires désertés par le modèle libéral historique. Il y a également urgence, pour les 800 centres de santé polyvalents pluriprofessionnels existants, à échapper à la précarité budgétaire, aux déficits structurels, voire à des fermetures inéluctables si des collectivités territoriales ne sont plus en mesure de les soutenir financièrement. Il faut enfin pouvoir répondre à l'évolution des besoins de la population en matière de soins, de prévention, de maladies chroniques et d'accessibilité sociale. Le constat est partagé par l'ensemble des acteurs.

Cependant, force est de constater qu'au fil des années la réponse des pouvoirs publics n'est pas à la hauteur. Hésitations face à une médecine libérale canal historique qu'ils craignent, tout autant qu'ils la détestent ? Renoncement à construire un service public territorial de santé, avec l'ensemble des acteurs professionnels à but non lucratif ? Dépendance à une pensée biomédicale productiviste et dépassée ? Probablement un peu de tout ça.

Face à cet immobilisme, on ne peut que saluer les travaux des chercheurs et des personnalités qui ont été présentés au cours du premier séminaire consacré au financement des centres de santé organisé par l'Institut Jean François Rey. On trouvera ici les actes de ce séminaire.

Vous ferez connaissance avec une pathologie, inconnue de la médecine, dénommée la quantophrénie, dont vous comprendrez qu'elle peut impacter le monde de la santé. Vous retiendrez l'intérêt de mieux apprécier, voire mesurer, la pertinence des soins, et la nécessité d'agir collectivement pour l'améliorer. L'enjeu est en effet d'éviter le plus possible que les ressources, forcément limitées, que nous consacrons à la sécurité sociale ne soient gaspillées en actes et interventions inutiles.

Améliorer la pertinence des soins et le prouver, données à l'appui, pourrait être pour les centres de santé le prochain levier pour obtenir les moyens de mieux répondre aux besoins de la population en matière de prévention, de soins, d'accompagnement et d'accessibilité sociale.

SOMMAIRE

OUVERTURE DU SEMINAIRE Alain Beupin , président de l'Institut Jean-François Rey	05
LE MANAGEMENT PAR LES NOMBRES, « JAMAIS SANS MON NOMBRE » Alain Burlaud , Professeur émérite du Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam), auteur de « Comptabilités, l'empire des nombres »	06
LES DONNÉES DE SOIN DANS LES CENTRES DE SANTÉ, ÉTAT DES LIEUX Paviel Schertzer , ingénieur « données de santé » à l'IJFR	09
LA FORMATION DES DONNÉES NUMÉRIQUES DE SOINS DANS LES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES Manon Plégat , doctorante à l'université de Technologie de Troyes, rattachée au laboratoire LIST3N-Tech-CICO et associée au Cresppa-GTM, auteure de « les systèmes d'information partagés en maisons de santé »	11
VARIATIONS DES PRATIQUES MÉDICALES, QUELS ENSEIGNEMENTS ? Zeynep Or , Directrice de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), auteure de l'Atlas des variations des pratiques médicales (févr. 2024)	18
PERTINENCE DES SOINS, MYTHES ET RÉALITÉ ? Dominique Le Guludec , professeure émérite de Médecine, ancienne présidente de la haute autorité de la santé (HAS)	22
REGARD SOCIOLOGIQUE SUR L'EXPÉRIMENTATION DU PAIEMENT AU FORFAIT Julia Legrand , Irdes, Cresppa-GTM (avec Laure Pitti)	26
Table ronde RÈGLES TARIFAIRES ET MODÈLE ÉCONOMIQUE DES SOINS DE SANTÉ AUTOUR DU FUTUR ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ Éric Chenut , président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) Hélène Colombani , présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) Frédéric Villebrun , président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS) Animée par Philippe Leduc , directeur du Think Tank Économie Santé	32



Intervenants

- **Alain Beaupin**, président de l'IJFR
- **Alain Burlaud**, Professeur émérite du Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam), auteur de « Comptabilités, l'empire des nombres »
- **Paviel Schertzer**, ingénieur données de santé à l'IJFR
- **Manon Plégat**, doctorante à l'université de Technologie de Troyes, rattachée au laboratoire LIST3N-Tech-CICO et associée au Cresppa-GTM, auteure de « les systèmes d'information partagés en maisons de santé »
- **Zeynep Or**, Directrice de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), auteure de l'Atlas des variations des pratiques médicales (fév 2024)
- **Dominique Le Guludec**, professeure émérite de Médecine, ancienne présidente de la haute autorité de la santé (HAS)
- **Julia Legrand**, (Irdes, Cresppa-GTM), Laure Pitti (Cresppa-CSU, IRDES)
- **Eric Chenut**, président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)
- **Hélène Colombani**, présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
- **Frédéric Villebrun**, président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)
- **Philippe Leduc**, directeur du Think Tank Economie Santé

Le séminaire a été organisé par l'**Institut Jean-François Rey** avec le soutien de la Caisse des dépôts – Banque des territoires

OUVERTURE DU SEMINAIRE

Alain Beaupin, Président de l'Institut Jean-François Rey

Demain, quel financement pour les centres de santé ?

Le titre parle de lui-même. Nous souhaitons contribuer à mettre en débat le financement des soins primaires, et de la prévention, en l'espèce au cours de ce séminaire, à travers celui des centres de santé. Les centres de santé dont nous vous parlerons, vous les connaissez. Ce sont des organisations pluriprofessionnelles intégrées, dont tous les professionnels sont salariés, délivrant aux populations des soins de santé de proximité dans leurs territoires respectifs. Comme ce séminaire va-t-il se dérouler ? Commençons par la fin du programme. Nous terminerons cette matinée par une table ronde à laquelle prendront part : Éric Chenut, président de la Mutualité française (FMNF), qui gère nombre de centres de santé dont les représentants sont présents dans la salle, Hélène Colombani, présidente de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), et Frédéric Villebrun, qui représente les professionnels des centres de santé de l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS). Je prendrai peu de risque en prévoyant qu'ils demanderont des financements plus adaptés à la réalité des besoins. Quels sont les arguments dont ils disposeront à l'appui de leur position ?

Comment mesurer les soins ?

Nous nous intéresserons ce matin à la question de la mesure. Si l'on sait assez bien mesurer les dépenses et les recettes d'un centre de santé et l'écart entre les deux, qui reflète habituellement l'insuffisance structurelle du financement de ces établissements, attribuable pour partie à des tarifications dépassées, on peine à mesurer la valeur des soins délivrés et leur pertinence. En l'absence de mesure, on a parfois l'impression d'assister à un dialogue de sourds entre les centres de santé qui réclament des moyens proportionnés aux missions qu'ils remplissent et l'assurance maladie qui est hostile à payer des prestations qu'elle ne sait pas mesurer. Ajoutons dans le paysage l'arrivée d'acteurs financiers animés par le besoin de rémunérer des actionnaires, c'est leur modèle qui veut ça. Et sans oublier des acteurs voyous facturant des actes sans respecter les codifications, voire facturant des actes imaginaires.

L'interdisciplinarité

L'idée d'organiser ce premier séminaire - il en faudra d'autres, car nous ne prétendons pas que le sujet sera épuisé à la fin de la matinée - nous est venue petit à petit au sein du groupe de centres de santé Epidaure, participant depuis 2018 aux expérimentations nationales Article 51 PEPS et IPEP. Ces expérimentations prévoient respectivement une rémunération au forfait à la place de la rémunération à l'acte et une rémunération supplémentaire à la qualité. L'IRDES finalise actuellement l'évaluation de ces expérimentations dans leur partie quantitative. Julia Legrand, en charge à l'IRDES de l'évaluation qualitative avec Laure Pitti, présentera ce matin les travaux qu'elles ont mené. Évaluer une expérimentation afin de décider si elle apporte quelque chose et peut être généralisée, c'est une chose. Fixer le montant des forfaits qui seront versés aux centres de santé en routine après généralisation en est une autre. Assurance maladie et centres de santé devront donc s'entendre sur des méthodes de calcul choisies d'un commun accord entre les parties et sur des modalités de révision. Vous l'avez sans doute compris à la lecture du programme et de la liste des invités, notre approche est interdisciplinaire. Nous avons besoin les uns des autres, soignants, sciences de gestion et comptables, sciences humaines et sociales, santé publique, économistes, sciences de l'information, décideurs publics et instances de régulation.

LE MANAGEMENT PAR LES NOMBRES

« JAMAIS SANS MON NOMBRE »

Alain Burlaud, Professeur émérite du Conservatoire National des Arts et Métiers (Cnam), auteur de « Comptabilités, l'empire des nombres »

Je vais très rapidement vous présenter le contenu d'un ouvrage que j'ai publié il y a peu. En espérant que les quelques éclairages que je vais essayer de transmettre puissent vous servir dans les débats budgétaires, par exemple. Parce que c'est un gros problème quand même. Le livre s'intitule Comptabilités (au pluriel car il y a plusieurs formes de comptabilité) L'empire des nombres. J'aurais pu l'intituler en sous-titre l'emprise des nombres. Nous sommes aujourd'hui dans un monde qui se caractérise par la quantophrénie.

La quantophrénie, qu'est-ce que c'est ? C'est une pathologie qui consiste à tout traduire en chiffres. Ce n'est pas nouveau. Sous l'empire de Sumer, donc 2 000 avant J.C. mais 4 000 années à partir d'aujourd'hui, il existait déjà des comptabilités.



Le code d'Hammourabi (r. 1795-1750 av. J.C)

C'est la première traduction en chiffres, ou en nombres plus exactement, d'un certain nombre de phénomènes.

De quoi s'agissait-il ? De régler les conflits potentiels entre le propriétaire d'un troupeau et le berger qui devait conduire les animaux vers une autre région ou vers des endroits où l'herbe était plus verte.

Il s'agissait de régler ces conflits potentiels. Vous comprenez tout de suite l'opposition qu'il peut y avoir entre le propriétaire et celui qui gère, en quelque sorte le manager on dirait aujourd'hui. Il s'agissait de régler ces conflits de façon aussi pacifique que possible.

Il ne fallait pas que ce soit la loi du plus fort. Il y a eu aussi, à cette époque, le code d'Hammourabi, dont vous avez peut-être entendu parler, qui est l'ancêtre de notre code civil et de notre code de commerce.

La quantophrénie

Aujourd'hui, nous sommes dans un monde quantophrène. C'est-à-dire que nous sommes tous notés, traduits en chiffres. Vous avez tous un compte en banque. La banque vous attribue une note, qu'elle ne vous communique d'ailleurs pas. C'est un autre problème. Mais vous êtes notés. Les médecins sont notés, les enseignants sont notés, comme les restaurants, les prestataires de services divers et variés. Les chercheurs, aussi, sont notés, avec un indice qui s'appelle l'indice de Hirsch. Et les États le sont également. Vous savez aujourd'hui que les agences de notation, les trois grandes agences, notent les États avec les conséquences que cela peut avoir et qui font les cauchemars d'un ministre des Finances.

Quels sont les avantages de cette quantophrénie ?

Premièrement, ça règle, d'une certaine façon, le problème de la complexité. Prenons un exemple très simple. Vous avez un enfant qui doit entrer dans une grande école. Il est reçu dans plusieurs.

Laquelle choisir ?

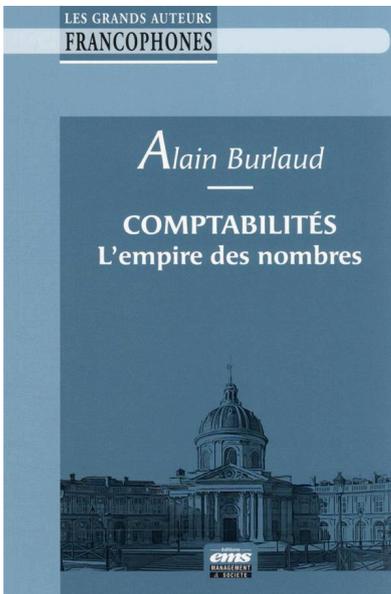
Vous allez regarder le classement des grandes écoles. Vous allez lui dire, de préférence va dans celle qui est la mieux classée.

Est-ce qu'elle est meilleure ?

C'est un autre débat, mais qui est complètement évacué. On tient compte uniquement du classement.

Les nombres sont performatifs. Ça veut dire que les nombres transforment la réalité. Par exemple, si la note de la France est dégradée par les agences de notation financière, ça a des conséquences. Ça bouleverse l'équilibre budgétaire du pays, avec les résultats que cela peut avoir sur les différentes activités de l'État.

Les nombres ont ce succès du fait qu'ils peuvent réduire les conflits, comme je l'ai dit à propos des propriétaires de troupeaux et des bergers. Par exemple, en tant qu'enseignant, je ne porte pas un jugement de valeur sur un élève, sur un étudiant. Je dis simplement qu'il a eu à telle épreuve 12 sur 20. Le problème est réglé. Je n'ai pas à avoir des jugements qui puissent être, d'une certaine façon, contestés.



BURLAUD A. (2022),
Comptabilités,
l'empire des nombres,
EMS éditions

La foi dans les nombres remplace la foi dans les personnes. Par exemple, les médecins sont notés. Je vais regarder la note de mon médecin. Je ne vais pas m'inquiéter de la formation de ce médecin, de la qualité de sa formation, de la qualité de son diagnostic, etc. Simplement, les patients sont satisfaits de ce qu'il fait.

La foi dans les nombres peut exposer, bien entendu, à un certain nombre de dangers. D'abord, on transforme une opinion en un fait. C'est-à-dire que je n'ai pas à porter une opinion sur une personne, en termes littéraires. Il y a un fait, simplement une note, ce qui a pour conséquence qu'on ne gère pas ce qu'on ne mesure pas. Pendant longtemps, par exemple, l'exploitation des ressources naturelles, puisqu'elles sont gratuites, faisait l'objet d'un pillage sans limite. Aujourd'hui, on commence à s'en inquiéter. Il y a aujourd'hui une taxe carbone, par exemple, et il y a une mesure des émissions de CO2 pour les différentes activités.

Quand vous prenez le train ou l'avion, on vous dit que vous avez contribué à la production de x tonnes de CO2. Le problème, c'est qu'on mesure un certain nombre de choses, mais il y a des angles morts. Un des angles morts, tient au fait qu'on ne mesure pas la valeur publique. Si on fait de la médecine préventive, on peut mesurer facilement le coût de la vaccination. Ce n'est pas très compliqué.

Cependant, qu'est-ce que ça produit comme avantage ? On ne sait pas bien mesurer. On fait des hypothèses, bien sûr. C'est vrai également dans d'autres activités. L'enseignement, ce n'est pas simplement apprendre à lire, écrire et compter. C'est aussi former des citoyens. Mais comment le mesurer ? On ne sait pas. Là, il y a un danger. Le danger, c'est que ne mesurant pas la valeur publique, on n'en tient pas compte.

Le mythe du pilote

Dernier point, le mythe du pilote. Dans beaucoup d'organisations, il y a, par exemple, une direction d'aide au pilotage. Il y a un service de contrôle de gestion, etc. Là encore, ébloui par les chiffres, le pilote se prend pour un deus ex machina, c'est-à-dire quelqu'un de tout puissant. C'est vrai que vous êtes, d'une certaine façon, tout puissant quand vous êtes au volant d'une voiture ou aux commandes d'un avion. Il y a des commandes qui permettent de faire que la machine réagit d'une façon à peu près prévisible. En revanche, quand il s'agit de piloter une organisation, ce n'est pas évident parce que ceux qui sont pilotés réagissent, tandis que la machine n'a pas d'état d'âme. Ça fait une différence importante.

Maintenant, tout cela pour vous dire qu'il faut relativiser les nombres. Quand on vous dit que telle activité a un coût estimé à x milliers d'euros, par exemple, il faut bien avoir en tête qu'un coût n'est qu'une opinion. Ça n'est pas un fait. C'est-à-dire que ce coût, on peut le calculer de x façons différentes. On peut avoir un coût qui varie dans une relation de 1 à 10 assez facilement.

D'autre part, on commet souvent des erreurs. Si je supprime telle ligne de chemin de fer ou un service dans un centre de soins, dans un hôpital, on imagine économiser le coût moyen de cette activité multiplié par le nombre de personnes qui en profitent ou qui en sont victimes. Ce n'est pas vrai. Il y a des coûts fixes. Si vous fermez un service, vous ne fermez pas forcément les mètres carrés qui correspondent. Vous ne licenciez pas nécessairement les personnels dans les activités de support, que ce soit l'informatique, la comptabilité, etc., en proportion de ce qui a été fermé. Il y a des erreurs de raisonnement qui sont caractéristiques et qui sont très importantes.

Dernière chose, la comptabilité est à la veille de changements extrêmement importants dont le public n'est pas véritablement informé. Il y a une directive européenne, un cadre juridique, déjà transposée dans le droit français, qui impose à toutes les grandes organisations de publier un bilan financier, ça c'est déjà vieux, mais également des informations sociales et environnementales, ce qui est nouveau. C'est un changement très important qui va impliquer non seulement les grandes entreprises, mais toutes les organisations faisant partie de leur chaîne de valeur. On va avoir un chantier immense, parce que, là encore, les normes pour calculer n'existent pas encore.

Merci de votre attention.

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

ALAIN BEAUPIN

Merci beaucoup, Alain. Tu es chercheur en sciences de gestion, peux-tu nous dire en quelques mots la différence entre sciences de gestion et économie ?

ALAIN BURLAUD

La différence est très simple. Les économistes s'intéressent aux phénomènes macroéconomiques, c'est-à-dire des phénomènes qui ne sont pas limités au périmètre d'une organisation. Par exemple, les économistes vont s'intéresser à la santé en général. Les politiques de santé de l'État, par exemple. Les gestionnaires dont je suis s'intéressent à ce qui se passe à l'intérieur d'une organisation. Ils vont s'intéresser à la façon de fonctionner de tel hôpital, de tel centre de santé, pour prendre des exemples dans votre domaine. C'est une différence fondamentale parce que les approches sont totalement différentes. Quand on étudie, par exemple, une organisation, on prend les différentes dimensions de cette organisation. Les aspects commerciaux, si c'est une organisation à but lucratif, les aspects financiers bien sûr, les aspects gestion des ressources humaines, et j'en passe et des meilleures. Les économistes ne vont pas rentrer dans ce détail. Ils ont une vision différente. Les deux sont parfaitement complémentaires, bien sûr.

ALAIN BEAUPIN

Merci Alain. Des questions dans la salle ?

PHILIPPE LEDUC

Bonjour, je suis Philippe Leduc, médecin journaliste.

Je vais animer la dernière table ronde. C'est évidemment très important, ce que vous venez de dire. C'est passionnant. C'est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt, la comptabilité, si l'on ambitionne d'être au plus près de la réalité des choses. Est-ce que vous avez le sentiment qu'il y a une tendance à l'amélioration ou une tendance à l'aggravation du pilotage, du contrôle de gestion, etc. ?

ALAIN BURLAUD

Alors, aggravation ou pas, c'est un jugement de valeur. Ce que l'on peut observer, c'est qu'il y a des changements importants. La comptabilité a fait face à plusieurs révolutions. Elle est passée de l'époque où elle était strictement limitée au cercle des commerçants. C'était le Code de commerce, par exemple, et puis précédemment, l'ordonnance de Colbert. Elle est par la suite, passée au monde de la finance, avec la financiarisation de l'économie. Aujourd'hui, si vous voulez, les grands groupes cotés communiquent sur les chiffres comptables, sur les données comptables. Autre révolution, ça a été l'informatique, qui a complètement bouleversé la pratique de la comptabilité. Et puis, on va avoir maintenant une comptabilité élargie au domaine social et environnemental. Ce qui est important, c'est que la comptabilité, aujourd'hui, est un élément des débats publics. Autrefois, il s'agissait simplement entre deux commerçants de régler leurs litiges. Cette différence, cette évolution, fait que la production de données a augmenté de façon exponentielle. Et l'utilisation de ces données a été non plus faite directement par les intéressés, c'est-à-dire, par exemple, les citoyens ou les épargnants. Elle est intermédiée par des corps de spécialistes. Donc les analystes financiers, qui donnent des avis dans la presse financière, par exemple, à partir des comptes publiés par les entreprises. Mais pas seulement les agences de notation financière dont j'ai parlé. Il y a aussi des agences de notation sociale. Et puis, il y a aujourd'hui d'autres agences de notation qui vont intégrer les dimensions environnementales. Tels sont, à très grand trait, les changements intervenus dans la comptabilité. Il n'y a pas le choix, ce sont des évolutions qui s'observent au niveau planétaire.

HELENE COLOMBANI

La santé est un bien économique un peu particulier. Comment la santé a-t-elle un coût ? Comment on le calcule ?

ALAIN BURLAUD

On peut le calculer, comme je le disais, de 36 façons différentes. On peut calculer, par exemple, un coût direct. C'est-à-dire, tel patient a nécessité tel traitement pharmaceutique, on connaît le prix des médicaments, tels examens radiologiques, on connaît le coût d'une radio. On additionne et on a le coût direct. Mais on peut ajouter à ce coût direct une quote-part des charges de structure, par exemple. Donc, les mètres carrés qu'il faut entretenir, les services supports, tout ce qui entoure le service médical à proprement parler. Si on envisage un coût complet, il est évidemment beaucoup plus important que le coût direct. On peut calculer un coût marginal aussi. Que coûte le fait d'accueillir un malade de plus ? En fait, ça ne coûte pas grand-chose. Quand vous voyez toutes ces différentes façons de calculer un coût, il y en a encore bien d'autres, vous pouvez très bien justifier que le coût est de 10 ou qu'il est de 100. Il suffit de faire le bon choix dans la boîte à outils pour démontrer ce que vous avez envie de démontrer.

LES DONNÉES DE SOIN DANS LES CENTRES DE SANTÉ, ÉTAT DES LIEUX

Paviel Schertzer, ingénieur « données de santé » à l'IJFR

ALAIN BEAUPIN

Qu'est-ce qu'on produit dans les centres de santé ? En prolongeant la présentation précédente et la question d'Hélène Colombani, comment pourrait-on mesurer cette production ? Nous pouvons nous demander si dans nos dossiers médicaux, évidemment informatisés, il y aurait de quoi répondre à cette question. Je présente Paviel Schertzer, ingénieur « données », qui a été recruté par l'IJFR dans le cadre des projets Epidaure et IPEP pour notamment regarder ce qu'on pourrait faire à partir des données disponibles dans les dossiers médicaux des centres de santé.

PAVIEL SCHERTZER

Je vais vous présenter un état des lieux des données dans les soins primaires, dans les centres de santé, à travers mon regard d'ingénieur. Tout d'abord, je pense ne surprendre personne en disant que le logiciel médical aujourd'hui remplace le papier et reprend un peu l'idée de base qui est de faire des notes structurées et organisées pour noter les observations des cliniciens et organiser un suivi autour de vos patients. Le numérique facilite le partage entre les différents professionnels, en milieu pluriprofessionnel, et permet de suivre le patient tout au long de son parcours de soins et de renseigner de l'information, donc d'enrichir les notes d'observation. Les pouvoirs publics, avec les dispositifs SEGUR, promettent d'améliorer les logiciels des professionnels et de créer de nouveaux outils à l'intérieur des différentes solutions. Dès à présent, un logiciel de dossier médical peut soit proposer la facturation en interne, soit être inter-opéré avec une autre solution logicielle plus spécifique. L'utilisation est propre à chaque centre de santé ou à chaque professionnel de santé en fonction des habitudes en place, il n'y a pas de réelle norme générale d'utilisation.

A l'été 2023, pour mieux comprendre le marché et l'état actuel de ce qui se passe dans les centres de santé, l'Institut Jean-François Rey a mené une petite enquête téléphonique. Nous avons passé 225 appels aux standards et aux accueils de centres de santé. Nous avons obtenu 104 réponses positives sur la présence d'un logiciel médical et 16 logiciels étaient identifiés, le Ségur en vague 1 en référençait jusqu'à 19. En croisant avec différents témoignages, notamment par l'intermédiaire de la FNCS, nous avons identifié beaucoup d'appréciations insatisfaites sur les logiciels utilisés. Ces insatisfactions portaient notamment sur l'indisponibilité de certaines fonctionnalités promises, et facturées au travers de la labellisation Ségur, ainsi que sur la complexité de l'accès à certains outils, alors qu'ils auraient dû être présents de manière beaucoup plus ergonomique au sein des solutions

Des logiciels inadaptés à l'exercice pluriprofessionnel

Les logiciels disponibles dans les centres de santé sont très souvent à la fois issus du monde libéral et au sein de celui-ci, issus de l'exercice mono professionnel des seuls médecins. On observe une tendance à la proposition de solutions clé en main, y compris pour le stockage de la donnée et l'accès, qui maintenant se fait par l'intermédiaire des solutions proposées par les éditeurs. Certains centres de santé hébergent la donnée en interne. Certaines spécificités des centres de santé, tiennent à la variété des types de gestionnaires et de leurs organisations. La direction des systèmes d'information (DSI) peut être assurée par un prestataire privé, ou sous forme de prestation interne au gestionnaire ou mutualisée (municipalités, intercommunalités, départements, mutuelles, etc.) selon des règles propres à chaque gestionnaire, en fonction de ses choix, de son histoire et de son organisation. Les usages sont eux aussi variables, en fonction de l'appétence au numérique de chaque professionnel de santé et des éditeurs qui fournissent plus ou moins d'outils et de formations.

Quelles sont les perspectives ?

A l'Institut Jean-François Rey, la vision initiale que nous avons portée était de prioriser l'utilisation secondaire des données de santé. Elle se traduisait par le projet de stocker les données produites à l'occasion des soins dans un « entrepôt de données de santé » puis de regarder ce qu'on pouvait faire de ces données en termes de réutilisation secondaire. Sans écarter cette approche, il est apparu souhaitable de s'intéresser également à la naissance des données de soins au cours des consultations et des autres actes de soins réalisés par les praticiens et par les autres professionnels concourant aux soins. Et donc à leur utilisation primaire, comme aide à la réalisation des soins.

La plupart des questions sont devant nous, acteurs de centres de santé. Comment mieux recueillir la donnée ? En simplifier la constitution ? Comment la stocker plus proprement ? Comment y accéder plus rapidement, plus simplement sans passer par des fichiers ZIP ? Pourquoi ne pas disposer, en utilisation primaire, d'un accès plus industriel comme dans l'utilisation secondaire, sans le recours obligé à l'éditeur à chaque fois ?

La prochaine étape de nos travaux fera l'objet du projet de recherche, dénommé Intersop, issu de l'appel à projet DGOS Resp-IR 2022. Il a pour objet d'explorer ces questions. Avec quelques centres de santé volontaires nous observerons comment sont formées les données, comment elles sont renseignées, quelle est la place du numérique en consultation, quelle est la place de l'ordinateur et de l'écran.

ALAIN BEAUPIN

Merci Paviel de cet exposé, le sujet est complexe comme vous l'avez compris. Manon va l'éclairer avec un regard complémentaire dans quelques instants.

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

RICHARD LOPEZ

Sur la dernière phrase de ton intervention, est ce que tu évoques l'absence de saisie par le médecin, par exemple, et la transcription automatique des éléments de la consultation dans l'application ?

PAVIEL SCHERTZER

Ce sont des sujets que j'évoque de très loin, mais en effet, sur lesquels on se pose des questions. Actuellement, c'est principalement du texte libre qui est recueilli dans le cadre des soins primaires. Je ne surprends personne en imaginant qu'en effet dans un futur proche la question se posera de continuer ou non à rentrer l'information avec un clavier. La question du codage, elle aussi, devrait se poser sous un jour différent.

LA FORMATION DES DONNÉES NUMÉRIQUES DE SOINS DANS LES ÉQUIPES DE SOINS PRIMAIRES

Manon Plégat, doctorante à l'université de Technologie de Troyes, rattachée au laboratoire LIST3N-Tech-CICO et associée au Cresppa-GTM, auteure de « les systèmes d'information partagés en maisons de santé »

ALAIN BEAUPIN

Manon, tu es doctorante en sociologie. Tu soutiens prochainement ta thèse, avec un sujet à la frontière des sciences de l'information. Tes observations portent sur les maisons de santé pluriprofessionnelles.

MANON PLEGAT

LES SIP « MAISONS ET CENTRES DE SANTÉ »

Un double idéal à « tester » empiriquement

- La mise en chiffres : comptabiliser
- La mise en machine : automatiser

Contexte et méthode de recherche

- Entretiens (n = 49)
- Observations (quatre structures réparties sur des territoires différents, aux compositions d'équipes variées, aux appétences pour l'informatique contrastées)

Des étonnements :

- Des décalages entre les pratiques attendues et les pratiques observées
- De grandes variations d'une structure à l'autre, d'un soignant à l'autre

Quatre promesses

- L'innovation par la labellisation
- La rémunération par l'informatisation
- La coordination par le partage des dossiers
- La recherche en soins primaires par l'encodage

Merci beaucoup. Je rejoins vraiment tout à fait ce qui vient d'être dit, que ce soit sur la frénésie du chiffre ou tous les décalages qu'il peut y avoir entre l'informatique comme elle nous est vendue et l'informatique telle qu'elle est déployée en réalité.

On sait que les technologies numériques sont étroitement associées à l'idée d'un suivi continu et exhaustif des activités qui en ferait un instrument a priori parfait pour créer de l'objectivité, de la scientificité et de la rationalité. Mais en vous présentant le cas des systèmes d'information qui sont labellisés maisons et centres de santé, je vous propose justement de déconstruire ce postulat et de mettre en évidence que les mises en œuvre pratiques des systèmes d'information créent en fait des écarts par rapport à l'idéal auquel ils sont associés. Les résultats que je vais vous présenter reposent sur des matériaux qui sont recueillis non pas en centres de santé mais en maisons de santé. Les deux types de structures coordonnées ont pour partie le même fonctionnement et surtout, c'est ce qui m'intéressait moi dans le cadre de ma thèse, elles utilisent les mêmes outils informatiques qui sont réunis par un seul et même label. Mon point de départ à moi, ce n'était même pas l'encodage des données de santé, je me suis intéressée aux liens entre le partage d'un outil informatique et la coordination entre praticiens autour d'une patientèle partagée.

Dès le début de mon travail de thèse, j'ai été tout à fait étonnée et marquée par de nombreuses surprises qui étaient relatives au décalage entre ce qui était attendu du système d'information et ce que je rencontrais en allant échanger avec les équipes et voir ce qu'elles faisaient de leur journée en réalité. Certaines n'utilisaient pas du tout le logiciel alors que d'autres en avaient des usages très poussés. Certaines me présentaient le système d'information comme une contrainte qu'elles étaient obligées d'utiliser pour obtenir les rémunérations par le biais de l'ACI tandis que d'autres présentaient vraiment le logiciel partagé comme une ressource pour leur exercice et comme une caractéristique vraiment indispensable de la coordination. Je caricature un peu, mais bien sûr ces discours étaient ambivalents à l'échelle d'une même personne et ils étaient tout à fait nuancés. Ils ne s'opposaient pas les uns aux autres. J'ai cherché à comprendre ces décalages, en partant des promesses qui étaient initialement attendues du système d'information partagé, afin d'analyser les mécanismes qui permettent d'expliquer les glissements successifs de l'attendu à l'observé. Quand je parle de promesses, ce n'est absolument pas pour dire qu'elles ont été rompues ou brisées par qui que ce soit, mais c'est bien pour montrer que les décalages qu'on peut observer ne sont imputables ni à un acteur en particulier ni à des fautes prises isolément.

Quatre promesses

Grossièrement, j'ai dénombré quatre promesses. La première est celle qui imagine que le label a permis la création d'outils nouveaux et innovants par nature. La deuxième est celle qui pense que l'informatisation des pratiques favoriserait le suivi de l'activité de la structure et que cette transparence permettrait à son tour de rémunérer les équipes au plus juste. La troisième promesse, c'est celle qui postule que la construction des parcours patients serait garantie par la mise en place de partage de dossiers. Et la quatrième, c'est celle qui considère l'encodage des dossiers comme permettant de produire de fait des données de recherche en soins primaires. Je vais essayer très rapidement, de balayer ces promesses et les pistes de réponse que j'ai obtenues, en gardant en tête que celle relative à l'encodage qui nous intéresse aujourd'hui a quand même tout à voir avec les autres promesses.

La labellisation Ségur

La première promesse implique de revenir à la fois sur les méthodes de conception du label et sur les effets qu'il a eus sur l'offre effectivement produite par les industriels. Donc l'analyse du cahier des charges que j'ai pu faire dans le cadre de ma thèse, rejoint tout à fait les propos qu'ont déjà tenus les praticiens eux-mêmes, selon lesquels les systèmes d'information labellisés sont avant tout des logiciels médicaux. Ils n'intègrent pas certaines fonctionnalités ou nomenclatures propres à chaque discipline représentée en structure coordonnée. D'ailleurs, quand on étudie finement le profil des éditeurs de logiciels labellisés, on se rend bien compte qu'il s'agit d'éditeurs qui commercialisaient traditionnellement et historiquement des logiciels médicaux.

Le deuxième problème que j'ai identifié au sujet de cette promesse-là relève moins de la conception du label que de ses modalités qui d'application. Le label va concerner les capacités fonctionnelles de l'outil. Mais non seulement il les contrôle peu, mais en plus il ne porte pas sur les prestations commerciales qui sont associées au déploiement de l'outil. Comme vous le voyez sur la maquette que j'ai jointe à la diapositive 4, typiquement, un industriel veut mettre à disposition de ses clients une version mobile du système d'information, mais la version mobile a des gros problèmes de zoom, et en fait la version mobile est inutilisable et donc dans les faits elle n'est pas utilisée. Pourtant, le représentant commercial va bel et bien annoncer à ses clients que l'éditeur a mis en place une version mobile. Donc problème de contrôle de cet argument-là. De plus, on a constaté beaucoup de problèmes relatifs à la migration des données, au paramétrage des systèmes ou encore à la formation des utilisateurs. C'est ce que je regroupe par prestations commerciales connexes.

J'ai rencontré par exemple une maison de santé qui fonctionnait en multisite et qui, depuis plus d'un an, avait demandé à son éditeur sans succès de regrouper les données des différents sites au sein d'un même système. Donc le problème était bien quand même que les praticiens du site 1 n'avaient accès qu'aux données des médecins-traitants du site 1 et inversement avec le site 2. Problème diamétralement opposé, toujours avec cette même maison de santé peu chanceuse : à l'inverse, les données ne pouvaient absolument pas être cloisonnées lorsqu'on le voulait. La coordonnatrice, infirmière de profession et engagée dans la protection des données, avait accès à absolument tous les dossiers des patients, y compris le sien, puisqu'elle était soignée dans la MSP. Donc déjà, petit problème de dialogue avec l'éditeur qui



Source : maquette réalisée à partir de notes d'entretien contextuel

De l'outil labellisé à l'outil déployé

- Des logiciels « pluriprofessionnels » ?
- Un référentiel centré « médecin généraliste »
- Des éditeurs de logiciels médicaux
- Une certification « sur papier » et des déploiements problématiques
- Migration de données
- Paramétrage et personnalisation
- Formation

n'avait pas paramétré le logiciel comme il fallait après plus d'un an de contractualisation, et de paiement de ce service auprès de lui. Certains éditeurs proposent des formations sous la forme de tutoriels qui sont mis en ligne, avec l'argument selon lequel les soignants déjà très occupés auraient le temps de se former tout seuls quand ils le souhaitent devant leur ordinateur. Pour l'anecdote, non seulement les personnes que j'ai rencontrées n'aimaient pas trop cette méthode d'apprentissage désincarnée et pas ajustée, mais en plus, ces tutoriels vidéo étaient parfois fournis sans bande son, seulement avec une image. C'est-à-dire que quand on veut lancer la vidéo, prendre son système sous les yeux et appliquer les consignes sous la dictée, c'est un petit peu compliqué si la vidéo n'a pas de bande audio.

Et donc, les praticiens en question, m'ont vraiment raconté ça désespérés en disant que cette incohérence pour eux signalait soit de l'incompétence de l'industriel, soit de la négligence. Ils l'ont contacté croyant à un bug, mais on leur a répondu que non, c'était totalement fait exprès, que c'était un choix et qu'il n'y avait absolument pas de problème. Ces petites anecdotes qui peuvent prêter à sourire, montrent que le passage du logiciel à sa mise en route passe par des activités très chronophages qui s'ajoutent à pas mal de chamboulements administratifs et professionnels engendrés par le regroupement en MSP.

C'est là qu'on en arrive à notre deuxième promesse tout à fait liée à celle-ci. Du fait de ces défaillances, les équipes ont beaucoup de mal à produire des données de suivi. Non seulement le travail de tous les soignants n'est pas tracé, puisque que seuls les médecins généralistes utilisent le système d'information au quotidien, mais en plus l'idée d'une informatique qui enregistre automatiquement l'activité de tous ses utilisateurs n'est absolument pas vérifiée.

Pour justifier de leur bon respect de l'ACI et obtenir les rémunérations associées, les soignants, et en particulier les médecins généralistes, ont recours à des fonctionnalités spécifiques. Soit, ce qui est le plus rare, ils intègrent des formulaires dans le système d'information pour guider leur méthode de rédaction et standardiser leurs données, en saisissant chaque information dans un champ spécifique permettant de la retrouver ultérieurement. Soit, et plus fréquemment, ils étiquettent ou taguent les dossiers de patients qui sont concernés par une pathologie ou une situation priorisée par l'assurance maladie, ou qui sont pris en charge dans le cadre d'une mission de santé publique mise en œuvre par la structure.

Le problème, c'est que ces actions sont à l'origine d'un sentiment d'intensification du travail, parce que toutes ces tâches d'encodage, de structuration ou d'étiquetage sont nécessairement des tâches additionnelles, puisque les praticiens en question n'auraient pas eu à les réaliser s'ils n'étaient pas en structure coordonnée. Et en plus, ces encodages sont tout à fait illégitimes, puisqu'ils sont précisément mis en place pour produire des justificatifs à destination de l'assurance maladie ou des ARS, et non pas vraiment pour gagner en qualité de pratique ou pour être immédiatement mis au service de la santé des patients.

Les équipes en question perçoivent aussi comme contradictoire le fait qu'elles soient incitées à concevoir des actions de santé publique à partir des caractéristiques locales propres à leurs patientèles, mais que ces actions et ces propositions soient finalement rejetées, car elles ne correspondent pas aux actions qui ont été priorisées et anticipées par les autorités sanitaires, cette fois-ci à l'échelle nationale.

LA RÉMUNÉRATION PAR L'INFORMATISATION

Des injonctions contradictoires

- Un « sale boulot » (Hughes, 1997)
- L'intensification du travail
- L'illégitimité des données saisies :
de la pertinence médicale à la pertinence gestionnaire
- Une implication invisibilisée ?
- Le rejet des actions proposées
- Le travail autour de l'outil n'est pas « comptabilisé » par l'outil

LA COORDINATION PAR LE PARTAGE DE DOSSIERS

Le « travail d'articulation » (Strauss, 1992)

- Aligner les données, aligner les outils
- Un travail inégalement réparti
- Des transmissions « 2.0 » ?
- Des documents au service d'une symétrisation à bas bruit
- Les ordonnances
- Les lettres d'adressage

LA RECHERCHE EN SOINS PRIMAIRES PAR L'ENCODAGE

Une finalité desservie par ses moyens ?

Le cumul des glissements présentés

- Des usages éclatés, des données dispersées
- L'injonction gestionnaire et le « tag » : un renouvellement partiel et partiel des pratiques de saisie
- Le poids des nomenclatures médicales
- Penser en dehors des dossiers des patients ?
- Mesurer la pratique du médecin traitant, la santé du patient ou la pluriprofessionnalité ?

Donc là aussi, il y a un sentiment de contradiction. Et en plus, étant donné que la conception de toutes ces missions, de ces protocoles, de ces activités, passe par des tâches qui n'ont rien à voir avec les dossiers des patients en eux-mêmes, comme organiser une réunion ou construire un corpus documentaire, elles ne sont pas tracées par l'outil, elles ne sont pas quantifiées par lui, et donc elles tendent à être invisibilisées également.

En conséquence, il y a plusieurs des praticiens que j'ai rencontrés qui expliquent ne pas s'y retrouver, donc ne pas compenser le manque à gagner du temps passé à construire toutes ces missions, plutôt qu'à recevoir des patients en consultation. Et quand je parle de manque à gagner, ce n'est pas seulement un enjeu financier, c'est que par conséquent, ils perçoivent toutes les activités qui leur sont imposées comme incompatibles avec les discours présentant le regroupement comme une opportunité de libération du temps médical, puisqu'encore une fois, c'est du temps qui n'est pas passé avec les patients.

Notre troisième promesse - on est encore en cascade dans notre raisonnement - a tout à voir avec ça encore une fois. Elle aussi est affectée par la dispersion des utilisateurs et de leurs tâches. Le travail que les soignants réalisent pour articuler, c'est-à-dire pour aligner, pour harmoniser leurs différentes activités, leurs outils spécifiques et les informations qu'ils produisent, passe par un travail humain qui n'est pas supporté par le système d'information.

D'ailleurs, ce sont principalement les professionnels qui n'utilisent pas le système d'information comme logiciel principal, donc les paramédicaux, qui se retrouvent lésés puisqu'ils se retrouvent à vraiment devoir s'organiser pour se connecter à un logiciel qui n'est pas leur logiciel principal, pour consulter le dossier d'un patient avant d'aller le voir, ou alors pour transmettre des informations, généralement aux médecins traitants, sur les soins qu'ils viennent de dispenser.

Mais comme dans le cas de la construction des missions de santé publique que je présentais à la diapositive précédente, tout ce travail d'articulation se fait en dehors du dossier patient, en dehors du système, et donc, encore une fois, il n'est absolument pas tracé et tend à être invisibilisé. L'envoi d'un message interne disant « vu TVB » ne donne pas lieu à une inscription dans le dossier patient. Donc, en fait,

la coordination qui s'est mise en place, disparaît du système d'information.

Sur une note plus positive, si cet usage-là s'apparente à une reproduction de pratiques de transmission préalablement en vigueur, plus qu'à un réel décloisonnement des informations d'une discipline à l'autre, d'autres fonctionnalités sont quant à elles redirigées et peuvent être prises comme le signe d'une symétrisation discrète des relations entre professionnels.

Certaines maisons de santé, quant-à-elles ont fait le choix de discuter collectivement, par exemple, du contenu des ordonnances, puis d'intégrer la trame identifiée à l'issue de ces discussions au système d'information pour standardiser les échanges et les documents. En procédant ainsi, elles cherchent notamment à raccourcir les délais de prise en charge, donc en s'envoyant une ordonnance dématérialisée, et à éviter les ratés qui sont liés à une ordonnance mal rédigée qui empêcherait le soignant partenaire de réaliser les soins ou de les facturer.

Le même principe est appliqué aux lettres d'adressage qui sont parfois jugées trop lacunaires et donc empêchant les soins ou entraînant une redondance dans l'interrogation du patient et dans la saisie des informations. Donc finalement, dans ces cas-là, ce sont plutôt les documents qui sont standardisés que les données sur les patients.

Et c'est ainsi qu'on en arrive à la thématique qui est à la fois le point de départ et la finalité de cette présentation. On se rend bien compte qu'à chacune de ces étapes.

L'informatisation des pratiques n'est pas le synonyme de l'encodage des données.

Les équipes qui taguent, par exemple, donc qui étiquettent, ne peuvent pas rediriger l'exploitation des données en question à d'autres fins. Étant donné que le tag ou l'étiquetage s'applique à l'échelle du dossier du patient et non pas à l'échelle d'une information, d'un élément ou d'une donnée, elle n'est plus modifiable. Il faut non seulement avoir anticipé ce qu'on allait taguer, le faire au fur et à mesure, mais ensuite, s'il y a un raté, c'est-à-dire qu'un patient est passé à la trappe, on ne peut pas le retrouver. Et si les critères de notre recherche évoluent, la base qui a été constituée grâce à la fonction de tag n'est plus adéquate parce que l'étiquetage est clairement à l'opposé de l'encodage.

L'encodage permet de faire varier l'expression des requêtes, donc les critères de la requête, qui irait interroger plusieurs types de données encodées séparément les unes les autres. L'étiquetage, c'est tout à fait l'inverse. Et de la même manière, tout ce qui se passe en dehors du dossier patient et qu'on peut considérer comme des actions cruciales de la coordination - le travail d'articulation est vraiment considéré comme un travail central de la coordination dans la littérature - tout ce qui n'est pas dans le logiciel, tout ce travail-là passe totalement sous les radars, puisque ce ne sont pas des données qui sont tracées, ce ne sont pas des données quantifiables et utilisables.

Dans la même logique toujours, le fait que la structuration des informations s'observe plus à l'échelle des échanges entre soignants - donc dans les fameuses ordonnances ou lettres d'adressage structurées - amène à nous poser des questions sur la manière dont les équipes ont priorisé la standardisation. Elle concerne souvent les ordonnances et les lettres d'adressage, et donc elle porte plus sur la routinisation des canaux d'échange et du contenu de ces échanges, mais elles sont peu compatibles avec une recherche qui viserait à analyser les informations sur les malades ou la maladie. Les données structurées ne sont pas placées sur le même plan.

Je trouve que ce sont des bricolages tout à fait intéressants et dont on a prouvé l'utilité en situation, mais tout ça nous amène quand même à une vraie réflexion sur ce qui est attendu des données et dans quelle mesure elles sont disponibles pour une recherche en soins primaires. Dans la mesure où il y a une grosse partie du travail de coordination qui se fait hors l'outil, on peut légitimement se demander si les informations qui sont enregistrées par les systèmes peuvent rendre compte des bienfaits de la coordination sur la santé des patients. Cette coordination, finalement, n'est pas ou peu enregistrée. Puisque le travail des non-médecins généralistes se fait en dehors des dossiers, voire en dehors du système tout court, est-ce que ce qui est encodé dans les dossiers des patients permet de rendre compte de l'exercice des médecins généralistes ou de celui de l'équipe ? Et ça, c'est vraiment, je pense, quelque chose qu'il faudrait interroger, surtout si l'on souhaite interroger les usages et les objectifs de l'encodage. Il faudrait d'abord avoir défini si on s'intéresse au plan médical, à de la recherche en épidémiologie, ou bien si on va chercher à évaluer de nouvelles manières d'organiser les soins et donc les vertus de la coordination et de la pluriprofessionnalité en elles-mêmes.

ALAIN BEAUPIN

Un grand merci, Manon. Chaque phrase était une piste de travail. Je crois que tout le monde écoutait avec la plus grande attention.

RÉFÉRENCES

HUGHES, Everett C., 1997. Le regard sociologique. Essais choisis. QUEMIN, Alain et CHAPOULIE, Jean-Michel (éd.), Revue Française de Sociologie. Vol. 38, no 4, p. 823. DOI 10.2307/3322629.

STRAUSS, Anselm L., 1992. La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme. Paris : L'Harmattan. Logiques sociales. ISBN 978-2-7384-1411-3.

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

MYRIAM LEWKOWICZ

Bonjour, je suis professeure d'informatique à l'Université de Technologie de Troyes. J'ai le grand plaisir d'être la co-directrice de la thèse de Manon pour la partie informatique. Je vois bien le lien entre la question qui a été posée après la présentation sur l'informatique et ce qu'a présenté Manon. Depuis une quinzaine d'années j'applique mes recherches en informatique au domaine de la santé, essentiellement à celui de la médecine de ville. J'ai aussi regardé l'hospitalisation à domicile, le lien ville-hôpital, les réseaux de soins, et les maisons de santé. Ce qui se dégage de mes constats, c'est que malheureusement, comme le disait Manon, l'informatique est souvent là pour de la traçabilité, éventuellement du contrôle, pour des remontées aux différentes institutions, pour du paiement, éventuellement pour un peu de cette mesure évoquée précédemment.

Mais l'informatique n'est pas au rendez-vous pour le soutien de pratiques qui seraient autre chose que des pratiques individuelles du médecin généraliste isolé.

Alors qu'on voit bien que tout ce qui est préconisé dans les nouveaux modèles de santé, ce sont des démarches coopératives, pluridisciplinaires. Nous constatons que l'informatique n'a pas encore fait le pas dans cette direction, contrairement aux politiques de santé et aux professionnels de santé. L'informatique ne suit pas, et les seules réponses proposées, comme cela a été dit, portent sur de l'automatisation, du codage, plus ou moins automatisé. C'est un sujet que j'ai aussi retrouvé à l'hôpital dans un travail mené avec mes collègues Hugo JEANNINGROS et Loubna ECHAJARI. Beaucoup de discussions portent sur l'interconnexion avec l'a priori sous-jacent que si on interconnecte tout, par miracle, la coopération va se produire. Sauf que, malgré l'intérêt de l'interconnexion, si on interconnecte des choses qui ne sont pas du tout écrites de la même manière, on ne voit pas trop ce qui va se passer.

Il existe un réel besoin de faire évoluer les logiciels de santé. On commence avec Alain Beaupin à réfléchir à construire des projets ensemble, et j'espère qu'un jour, on pourra vous présenter des choses qui seront enfin utiles et qui pourront soutenir des approches coopératives en santé.

ALAIN BEAUPIN

Ce à quoi tu fais allusion, c'est qu'on pourrait imaginer qu'au niveau des centres de santé, notamment dans les centres de santé expérimentateurs PEPS payés au forfait, mais pas seulement, on arrive à créer des systèmes d'information qui soient au goût du jour, des systèmes d'information modernes.

Il y a eu précédemment une question sur l'IA. On pourrait estimer que nous allons assister à une transformation digitale ou numérique des métiers et des organisations, qu'il va nous falloir accompagner et préparer. Il y a des résistances aujourd'hui, puisque la base installée des éditeurs est très archaïque, pour les raisons qui ont été très bien expliquées.

MYRIAM LEWKOWICZ

C'est un vaste sujet. J'ai tendance à être très optimiste, mais je me dois de dire qu'avec l'IA, il y a des aspects très positifs et d'autres moins, comme avec toute technologie. L'idée, ce n'est pas de la rejeter en bloc ou de l'adopter en bloc, mais de savoir quelles sont ses limites et de suivre ces évolutions et de l'utiliser à bon escient. Dans l'étude évoquée précédemment que nous venons de mener nous avons regardé comment, à l'hôpital, il avait été fait appel à l'IA pour aider à vérifier le codage. Et en fait, rien de très révolutionnaire. Nous avons constaté que le codage fait par les techniciennes d'information médicale n'était pas moins bon ni moins efficace qu'avec l'IA. L'IA peut aider pour du contrôle mais ne va pas faire des miracles. En revanche on sait tous que dès à présent la saisie automatique de texte, au lieu de l'écrire, marche plutôt bien. Donc ça, pourquoi pas. C'est un usage d'IA.

Si on parle du grand manque évoqué par Manon, c'est essentiellement du côté de la structure des systèmes d'information existants dédiés aux équipes de soins pluriprofessionnelles. Il faut le dire clairement, les éditeurs de logiciels, par paresse, se sont basés sur les logiciels des médecins généralistes. Ils ont rajouté des petits compléments, mais sans organiser le soutien à la coopération je ne vois pas trop comment l'IA pourrait le compenser. On n'a en effet pas besoin d'intelligence artificielle, on a juste besoin d'intelligence, et de changer d'architecture, pour parler en termes informatiques, d'architecture des systèmes d'information. C'est le constat que je fais dans mon domaine de recherche qui est celui du travail coopératif assisté par ordinateur.

Je pense que nous pouvons faire des choses ensemble, avec les centres de santé notamment sur la base de ce qu'on a déjà appris sur les maisons de santé. On peut travailler ensemble à définir des architectures différentes, sur la base de nos recherches précédentes. Nous avons déjà fait des preuves de concepts, nous avons des pistes. Il faut aussi trouver un industriel qui nous accompagne, parce que notre rôle, en tant qu'académiques, n'est pas d'inventer des logiciels et de les commercialiser. Je pense que si on met tous les acteurs autour de la table, on peut arriver à faire quelque chose de différent. Avec ou sans l'intelligence artificielle, ça, je ne sais pas encore.

ALAIN BEAUPIN

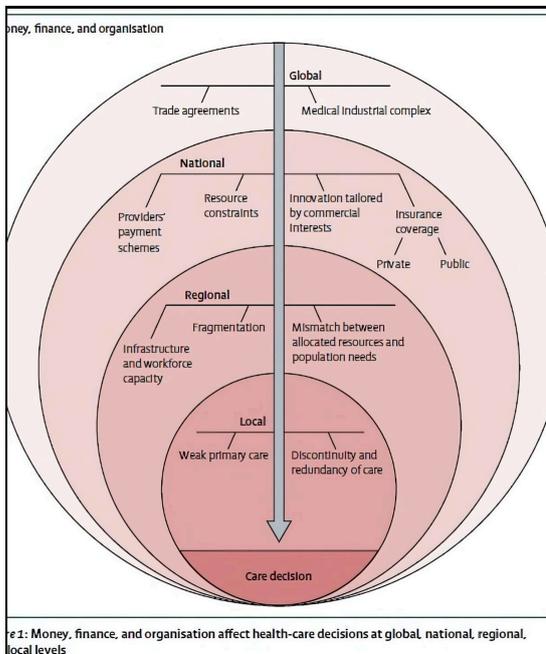
Merci Myriam, le message est lancé, l'invitation à travailler a été entendue. Le prochain rendez-vous, ouvert à tous ceux qui ont envie d'agir, aura lieu à l'atelier IJFR du Congrès des centres de santé.

SOPHIE DE DE JAEGHER

Bonjour. Je suis médecin généraliste dans un centre de santé à Lisieux, et maître de conférences associées au département universitaire de Caen. Il y a un projet de collecte des données en soins primaires conduit par le CNGE qui s'appelle P4DP, qui pourrait être un outil tout à fait intéressant pour aller chercher dans nos logiciels un ensemble d'informations avec, si j'ai bien compris, moins de problèmes de codage de l'information en utilisant l'intelligence artificielle. Une des fonctions, c'est d'avoir un regard individuel de nos pratiques, et d'avoir aussi des informations que l'on puisse utiliser pour les analyser.

ALAIN BEAUPIN

Oui P4DP est un entrepôt numérique de données en soins primaires avec lequel nous travaillons de concert dans le cadre du Collège de la Médecine Générale dont est membre l'IJFR. Le champ ciblé par P4DP est plutôt celui d'une utilisation secondaire des données de santé, une fois qu'elles sont figées et collectées dans un entrepôt. Nous nous plaçons plutôt ce matin dans des approches complémentaires, celui de l'utilisation primaire par les cliniciens, médecins ou non, telle que Manon l'a décrite, et celui du financement des centres de santé que nous allons aborder.



VARIATIONS DES PRATIQUES MÉDICALES, QUELS ENSEIGNEMENTS ?

Zeynep Or, Directrice de recherche, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), auteure de l'Atlas des variations des pratiques médicales (févr. 2024)

ALAIN BEAUPIN

Le sujet que nous allons aborder maintenant est celui de la pertinence des soins. Agnès Buzyn avait coutume de dire quand elle était ministre, vous vous en souvenez, que 20 à 30 % des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE étaient consacrés à des actes inutiles ou peu utiles. En ce qui concerne les centres de santé, nous connaissons les coûts directs au niveau de chaque centre de santé, les salaires, les fonctions support, les fournitures, le matériel, le bâtiment.

Le budget réel d'un centre de santé est par conséquent majoritairement constitué des coûts invisibles, générés par les actions médicales.

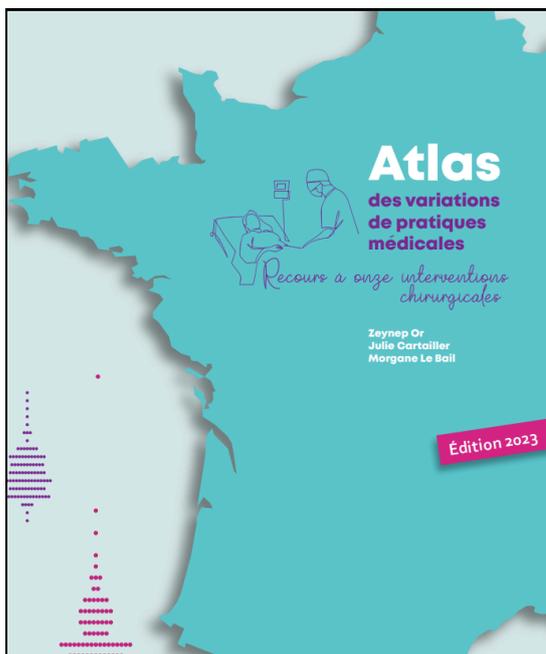
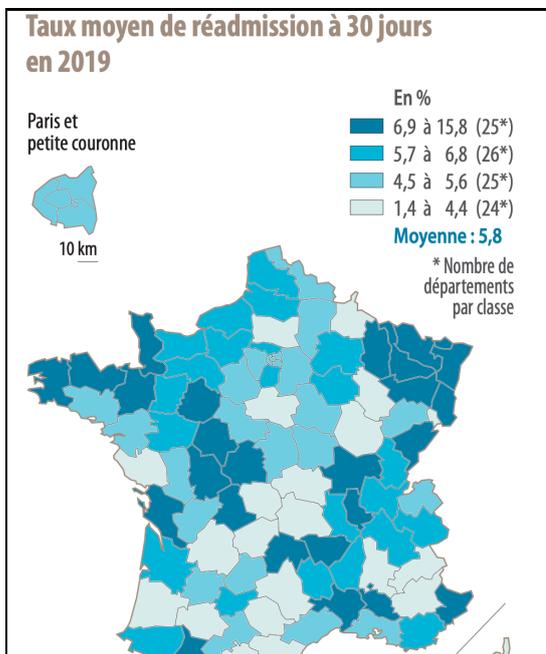
Vous imaginez sans peine l'importance des sommes qui seraient en jeu lors des discussions conventionnelles des centres de santé (l'accord national) si l'on ne réfléchissait pas seulement à partir des coûts directs des actes facturés, mais que l'on prenait en compte également les pratiques de soins et la pertinence des soins.

A la différence de l'hôpital avec, dans une certaine mesure, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) l'on ne dispose pas de données sur les soins délivrés par les centres de santé.

Mais nous nous représentons mal les dépenses induites par nos activités, c'est-à-dire celles qui sont générées directement ou indirectement par les prescriptions médicales. Il faut savoir qu'un médecin généraliste, selon les comptes nationaux de la santé comme l'assurance maladie l'a rappelé, génère chaque année 740 000€ de dépenses induites, sans prendre en compte les hospitalisations.

Nous allons aborder maintenant le sujet de la pertinence des soins et l'aborder à travers l'hôpital et le phénomène de la variation des pratiques médicales. Zeynep OR est économiste à l'IRDES.

Elle nous présente l'Atlas de variation des pratiques médicales qu'elle vient de réaliser et les enseignements que l'on peut en retirer. Dominique LE GULUDEC lui succédera autour du thème *pertinence des soins mythes et réalités*, avant que nous n'ouvrons une séquence d'échanges avec la salle



Source : PMSI-MCO 2019. Exploitation : Irdes © Irdes 2023

ZEYNEP OR

Merci beaucoup de me donner la possibilité de présenter notre atlas. Je suis économiste de la santé comme indiqué par Alain Beaupin dans son introduction. Je réalisais ce matin que je peux être diagnostiquée comme quantophrène car je suis passionnée par les chiffres et je suis là pour vous présenter nos analyses quantitatives.

Elles sont motivées par un constat, largement partagé dans la littérature et démontré dans de nombreux pays, que des patients ayant des problèmes très similaires sont soignés de façons très différentes en fonction de leur lieu d'habitation et en fonction du lieu où ils vont pour se soigner, quel que soit l'établissement de santé, le centre de santé, etc.

Et ces variations de pratique ne concernent pas juste des actes diagnostique mais bien tous types de soins, y compris des chirurgies parfois très lourdes, qui peuvent varier en fonction d'où vous habitez.

Or, effectivement, lorsque ces soins ne sont pas justifiés par les besoins des patients, ils posent une question thérapeutique mais aussi économique parce qu'ils soulèvent toute la question de la qualité des soins fournis, mais aussi de l'équité, de l'accès aux soins pertinents ou nécessaires pour les patients qui en ont besoin et aussi de l'efficacité dans les allocations des ressources médicales, par définition limitées.

Les ressources utilisées pour des soins non pertinents, non utiles, représentent aussi une perte de chance pour les patients qui en ont besoin. Quand on regarde la littérature sur pourquoi ces variations des pratiques médicales existent ? et pourquoi les pratiques varient ? en santé, on constate l'existence d'une asymétrie d'information entre professionnels de santé et patients.

. Les patients ne savent pas toujours forcément ce dont ils ont besoin, quelles sont les options thérapeutiques, quel soin est nécessaire versus un autre, etc. Mais il y a aussi une asymétrie d'information entre les financeurs et les fournisseurs de soins (professionnels de santé, hôpitaux, etc.) parce que le financeur n'est pas bien placé pour savoir si tel ou tel soin est vraiment nécessaire pour tel ou tel patient.

Les patients ne savent pas toujours forcément ce dont ils ont besoin, quelles sont les options thérapeutiques, quel soin est nécessaire VS un autre, etc. Mais il y a aussi une asymétrie d'information entre les financeurs et les fournisseurs de soins (professionnels de santé, hôpitaux, etc.) parce que le financeur n'est pas bien placé pour savoir si tel ou tel soin est vraiment nécessaire pour tel ou tel patient.

Quand on regarde la littérature, de plus en plus nombreuse d'ailleurs, sur les déterminants de ces variations de pratiques, on voit qu'ils sont multiples et systémiques. Quand je dis systémiques, on pense d'abord à l'organisation du système de soins et des financements. Quand on dit l'organisation, on fait allusion au fait que l'offre de soins détermine beaucoup la demande. Quand vous avez un équipement, un lit, vous l'utilisez. C'est aussi simple que ça : la disponibilité ou la non-disponibilité.

Certains soins, effectivement, déterminent la demande, mais c'est aussi le cas des incitations financières. Il y a une large littérature économique qui montre que les incitations, et le fait que certains soins, certains actes, certaines thérapies soient mieux rémunérées que d'autres, déterminent aussi leur utilisation. Donc là, les preuves empiriques sont abondantes sur ce sujet.

Mais même si je suis économiste, je constate que la littérature montre également que ce ne sont pas seulement des incitations financières et physiques. Les cultures, les connaissances, les croyances des professionnels de santé jouent également leur rôle. La littérature le montre et l'on parle alors de biais de confirmation : on a tendance à trouver dans la littérature des preuves en faveur des thérapies qu'on pense être utiles, ce qui justifie d'essayer de casser ces genres de biais, de connaissances et de croyances.

La littérature montre aussi le poids des relations humaines, des relations de pouvoir entre les professionnels et les patients, de la place des patients, du pouvoir des patients, mais aussi des relations avec l'industrie et les régulateurs. L'exemple extrême qu'on peut prendre est celui, bien connu, du rôle qu'à joué l'industrie pour influencer sur les prescriptions d'opioïdes aux Etats-Unis.

Le rôle des Atlas géographiques, tels que celui que nous avons réalisé représente une première étape pour prendre conscience de l'ampleur du problème. Une première étape pour amener à interroger systématiquement les variations dans les pratiques, pour informer le grand public qu'il y a une variation des pratiques, mais aussi pour sensibiliser les professionnels de santé, pour se comparer, pour regarder leurs pratiques par rapport à ce qui se passe à côté.

Le point de vue adopté est celui des patients

Je souligne que dans les analyses territoriales de l'Atlas, le point de vue adopté est celui de patients. On calcule tous les taux et on conduit les analyses en fonction d'où habite la personne mais pas de l'établissement où l'intervention est faite. On est dans un positionnement du patient. On se dit : « vous habitez ici, Paris 10ème par exemple, votre probabilité d'avoir telle ou telle intervention est de x comparée à celle que vous auriez si vous habitiez à Paris 12ème. » Ces analyses ne peuvent pas nous dire ce qui est pertinent et ce qui n'est pas pertinent, mais elles nous permettent de questionner la pertinence de soins. Je souligne ici la définition internationalement reconnue par l'OMS et l'OCDE de la pertinence. Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins des patients, conformément aux données actuelles de la science, qui évolue en permanence, et aux recommandations des sociétés savantes nationales et internationales. Je souligne que ce qui était pertinent hier peut ne pas l'être aujourd'hui. A L'IRDES, on avait déjà réalisé un atlas en 2016 en mobilisant les données de 2014 du PMSI. Ce deuxième atlas est à la fois une actualisation du précédent, et aussi, en regardant les mêmes interventions une observation de l'évolution des pratiques.

Nous nous sommes concentrés sur des interventions chirurgicales, listées en bas de page, classifiées dans la littérature comme des soins dont le bénéfice net est incertain et inégal selon le groupe auquel appartient le patient (1). On dit aussi que ce sont des soins plus sensibles à l'offre, aux préférences des patients et des soignants. Ces interventions ont bien montré leur efficacité pour certains patients, mais pour d'autres, les effets secondaires peuvent être plus importants que le bénéfice attendu de ces traitements.

L'exemple classique, tout le monde le connaît est celui de la césarienne qui permet de sauver des vies de mères et d'enfants quand elle est nécessaire, mais peut créer des complications non nécessaires quand la césarienne est réalisée inutilement.

Dans notre atlas nous avons analysé au niveau des départements de résidence des patients les taux des chirurgies, les pourcentages de personnes opérées pour telle et telle chirurgie dans un département. Dans ce deuxième atlas, nous avons aussi ajouté d'autres indicateurs qui permettent de regarder un peu la variation des pratiques, notamment en chirurgie ambulatoire quand c'est possible, ou le taux de réhabilitation améliorée après la chirurgie (RAAC). Ce sont des protocoles de qualité qui visent à minimiser le stress ou l'agression chirurgicale en mettant en place des méthodes, des actes très concrets par exemple l'utilisation des chirurgies mini invasives et éviter d'utiliser de la morphine en anesthésie, qui ont largement montré leur efficacité dans la littérature.

(1) Ablation des amygdales, prothèse du genou, césarienne, chirurgie de l'obésité, chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, chirurgie du syndrome du canal carpien, cholécystectomie, hystérectomie, pose de stent sans IMA, chirurgie de la cataracte

Nous avons aussi regardé les taux de réadmissions à 30 jours.

Je pense que c'est l'indicateur le plus utilisé dans le monde pour juger la qualité des soins fournis à l'hôpital. Pas seulement, parce qu'une réadmission peut être le reflet d'une prise en charge pas adéquate à l'hôpital, mais aussi parce qu'il peut refléter des manques dans l'organisation de sortie ou une faible coordination entre l'hôpital et les professionnels de santé en ville. Un mauvais suivi en ville peut aussi avoir pour conséquence une réadmission. C'est un indicateur important à suivre dont nous avons standardisé tous les taux pour nous assurer que les variations observées ne sont pas dues à des changements dans le temps, ou entre les départements ou à la structure de la population en termes d'âge, de sexe...

En guise d'exemple, si on prend la pose de stent coronaire à des patients sans infarctus du myocarde, les stents ont bien montré leur efficacité pour des patients qui ont un infarctus, mais pour les patients qui ont une maladie coronaire stable, et donc pas d'infarctus, les bénéfices ne sont pas du tout établis. En France, le taux national standardisé de recours aux stents est passé de 146 séjours pour 100 000 habitants en 2014 à 163 en 2019. Donc on est en augmentation. Et quand vous regardez les variations départementales, elles sont assez importantes, variant de 50 séjours pour 100 000 habitants en Martinique à 342 séjours pour 100 000 habitants dans la Meuse.

Que propose l'Atlas V2 ?

- 10 interventions chirurgicales : les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal selon les groupes de patients,
- Analyse départementale
- Taux de recours : part des personnes opérées dans un département
- Taux de chirurgie ambulatoire
- Taux de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)
- Taux de réadmissions à 30 jours après chirurgie

- Les taux standardisés : pour assurer que les différences observées entre les territoires, et dans le temps, ne sont pas dues à des différences dans le profil d'âge ou de sexe entre les populations
- Analyse de variations interdépartementales et dans le temps (2014-2019)

Donc ça nous pose des questions. Quant aux réadmissions à 30 jours pour ces patients qui ont eu un stent sans infarctus du myocarde le taux au niveau national est en moyenne de 16% mais varie de moins de 8 % dans les Alpes de Haute Provence à 23 % dans le Loiret ou dans la Loire.

Nous avons comparé les variations par intervention dans les graphiques de la figure 1 ci-contre où chaque point correspond au taux d'un département. Vous pouvez voir et comparer l'étendue des variations entre les interventions. Nous avons également comparé l'évolution de cette étendue de la variation. On note que pour certaines interventions, les variations ont baissé entre 2014 et 2019 grâce à des actions nationales, notamment des recommandations ciblées de l'HAS, ceci concerne notamment les chirurgies de l'obésité, mais aussi grâce à des actions locales ciblées avec la mobilisation des ARS et des professionnels de santé. Nous avons fait les mêmes analyses sur la prise en charge en récupération améliorée après chirurgie (RAAC, figure 2 ci-contre). On constate que les variations sont énormes **témoignant d'une perte de chance pour des patients résidant dans certains départements.**

Pour conclure, que retenir de nos analyses ? En premier lieu, nos analyses montrent que les variations de pratiques chirurgicales sont omniprésentes et persistantes dans certaines interventions. Interroger la pertinence des soins est tout à fait nécessaire. La pertinence des soins n'est pas un idéal abstrait ou un mot clé pour économiser, au motif que le terme est beaucoup utilisé par le ministère, mais c'est un premier pilier de qualité des soins reconnu pour assurer à la fois la qualité des soins, mais aussi la stabilité des soins et du système de santé, parce que les soins non pertinents sont aussi une perte de chance pour tout le monde. Les Atlas et les analyses quantitatives de ce type permettent de se poser des questions en observant ce qui se passe sur le terrain. Nous avons pu nous concentrer sur l'hôpital car les données nous le permettent mais effectivement ce genre d'évaluation est important à faire de façon régulière et dans tous les domaines. Je pense qu'ici il y a des gens mieux placés que moi pour poser des questions sur la pertinence des soins en ville, aussi bien les actes que les prescriptions. Nous avons choisi des sujets et des indicateurs en fonction des données dont nous disposons, mais les sujets évoluent en permanence. On a parlé des technologies aussi : en ville, on peut penser à la pertinence des téléconsultations, les sujets sont multiples. Pour finir, je voudrais aussi dire l'importance et la nécessité de comprendre et discuter les déterminants de ces variations pour identifier les solutions.

Il y a déjà une littérature qui a mis en évidence des solutions multiples et multidimensionnelles allant du partage d'information, aux prises de décisions partagées, fondées sur des preuves.

Mais en tant que qu'économiste et pour revenir le sujet de la journée. Je voudrais souligner l'importance aussi d'intégrer la notion de pertinence et de variation de pratiques dans le paiement, car

tout mode de paiement qui incite au volume et pas à la valeur des soins est néfaste et contre-productif.

Il est important de trouver des modes de paiement qui vont inciter à la valeur des soins, cette valeur ne peut être établie que pour des groupes de patients. Il faut considérer qu'un soin pertinent pour un groupe de patients, peut ne pas l'être pour un autre groupe de patients.

Ça nécessite une réflexion un peu plus fine : Qu'est-ce qu'on essaie de faire ? Pourquoi on paye ? Qu'est-ce qu'on incite à faire ? A l'hôpital ? En ville ?

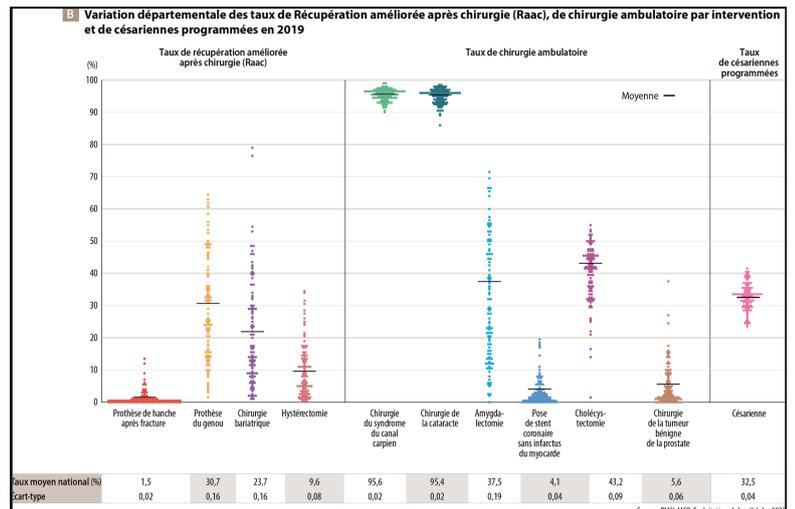


fig. 1

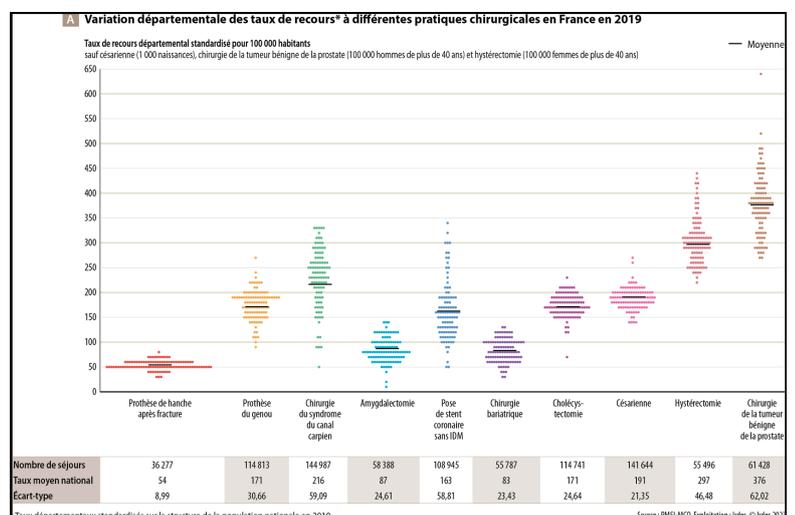


fig. 2

PERTINENCE DES SOINS, MYTHES ET RÉALITÉ ?

Dominique Le Guludec, professeure émérite de Médecine, ancienne présidente de la Haute Autorité de Santé (HAS)

DOMINIQUE LE GULUDEC

J'ai en effet une expérience de médecin, et également un regard sur la qualité qui est celui de la Haute Autorité de Santé. Mais aujourd'hui, je m'exprime comme individu. J'ai fini ma mission à l'HAS en avril dernier. Donc, ça me donne une certaine liberté de parole qui n'est plus du tout institutionnelle. Alors, je vais peut-être vous étonner, mais en tant que médecin je pense que les chiffres et les nombres, c'est extrêmement important pour les médecins aussi. Et donc, je pense que des mesures, il en faut vraiment. Je vais l'expliquer en deux parties. D'abord, exprimer ce que je ressens sur les différents niveaux de qualité et de pertinence. Puis, les problèmes posés par cette mesure, qui est absolument indispensable, mais qui soulève beaucoup de questions. Toutes peuvent se résoudre, mais il faut beaucoup de volonté et de travail commun.

Les différents niveaux de la qualité et de la pertinence, je pense qu'ils sont plusieurs, j'en citerai trois, ont une chose en commun, c'est qu'à tous les niveaux la non-qualité et la non-pertinence coûtent extrêmement cher. On le verra. Ça peut être un coût direct, la surconsommation de soins par exemple, mais ça peut être aussi un coût indirect, par la sous-consommation de soins, avec son corollaire des hospitalisations évitables.

La non-qualité et la non-pertinence coûtent extrêmement cher à notre système de santé. C'est pour ça qu'il est très important de les mesurer. Quels sont ces trois niveaux ? Le premier niveau, c'est celui des professionnels de santé. Donc, ça concerne la prescription et la réalisation des actes. Les définitions sont multiples, mais en gros, c'est le juste soin au bon moment, c'est-à-dire en fonction de la sévérité de la pathologie, au bon endroit, et puis au juste coût pour la collectivité. C'est une mesure qui est très importante pour les professionnels. Pourquoi ? Pour qui est-elle importante ? D'abord et avant tout pour les patients, parce qu'elle permet de comparer les soins qui sont offerts et de se repérer dans un système complexe. Et cette qualité conditionne leur résultat. C'est pour ça que la mesure des résultats par le patient est intéressante. Elle est importante pour les professionnels parce que c'est vraiment un indicateur qui leur permet quand même d'avoir un regard sur leur pratique. Parce que parfois, la non-qualité et la non-pertinence ne sont absolument pas délibérées. Simplement, la médecine évolue très vite et les pratiques peuvent évoluer vite sans même qu'on s'en rende compte.

On avait eu beaucoup d'exemples au moment où on avait travaillé à l'HAS sur la césarienne. Parce que certains groupes avaient dérivé sur le nombre de césariennes programmées sans même s'en rendre compte. Et le fait de leur fournir le classement et de s'apercevoir qu'ils avaient un taux qui sortait de la norme, les a amenés à réfléchir sur leurs pratiques, à se comparer, éventuellement à se former sur certains aspects. Et puis pour les régulateurs, l'argent est-il bien dépensé ? Et finalement, est-ce qu'au bout du compte, la qualité des soins est celle pour laquelle on souhaite payer ?

Alors, qu'est-ce qu'on a aujourd'hui comme données sur la qualité des soins en ville ou à l'hôpital ? En ville, je dirais que des indicateurs de qualité, on en a très peu, pour ne pas dire quasiment pas. D'ailleurs, à l'hôpital, on a aussi très peu de choses, rassurez-vous. Parce que les PMSI, ce sont des bases médico-économiques. On a essentiellement une consommation de soins, et dans la mesure où les bases ne sont pas médicalisées, qu'on n'a pas toujours la sévérité de la pathologie, par exemple, on ne connaît pas très bien le niveau de pertinence.

De plus, les seuls éléments indicateurs de qualité-pertinence que l'HAS recueillait et continue à recueillir, sont recueillis manuellement dans les dossiers des patients. Et vous imaginez bien qu'aujourd'hui, à l'hôpital, les soignants, n'ont plus le temps. Et donc il y a une vraie question, comme ce n'est pas dans les bases, et qu'il faut aller dans les dossiers pour les sortir, il y a une vraie question d'arbitrage entre temps soignant et utilisation de ces indicateurs.

On a des données sur la consommation de soins, et c'est très important. Ce que Zeynep Or nous a présenté donne déjà une vision que je trouve très intéressante sur les écarts, les déviations standards. Finalement, ce qui est intéressant c'est l'écart d'une région à l'autre et pas tellement le chiffre en lui-même, parce que quel est le bon seuil de prescription ? Il n'est pas toujours évident à définir tandis que les variations sont intéressantes à observer.

En revanche, il est parfois plus difficile de définir le curseur. Quel est le bon curseur ? Et puis, qu'est-ce qui se passe à l'échelon d'un prescripteur lui-même ? Au niveau des professionnels, ce que m'a appris l'HAS, c'est qu'il y a autant de sur-prescription que de sous-prescription.

Dans le cadre du plan Ma Santé 2022, qui contenait de bonnes idées, on a fait des recommandations sur les parcours pour les maladies chroniques. La CNAM était chargée de quantifier. On formulait des recommandations sur les parcours avec les patients et les professionnels, puis des indicateurs de qualité de ces parcours. Ensuite, on allait dans les bases regarder les indicateurs, déterminer combien on pouvait en extraire, et on observait ce qui se passait dans une région donnée sur ces indicateurs. Certaines ARS étaient volontaires pour travailler sur certaines pathologies. On avait essayé sur la BPCO, par exemple, pour savoir si au moins ce travail était utile, et on a eu des surprises folles. Sur des patients en ALD pour une BPCO avec insuffisance respiratoire, on a trouvé seulement 52 % de vaccinés contre la grippe, seulement 30 à 40 % qui avaient vu un généraliste dans les 7 jours qui suivaient l'hospitalisation, recommandation HAS, et seulement 20 % qui voyaient un pneumologue dans le délai préconisé. Le seul indicateur qui était haut, à 75 %, le seul qui dépassait vraiment les 50 %, c'était la prescription de bronchodilatateurs. On est très bons prescripteurs de médicaments en France. Tout le reste était très bas, comme la rééducation après un épisode de décompensation aiguë à l'hôpital, entre 20 et 30 % seulement.

Donc, il faut voir que cette non-prescription, est aussi délétère qu'une sur-prescription. Parce que, évidemment, les décompensations ultérieures, les hospitalisations évitables, ça coûte très cher au système.

Dans les actes inutiles, les redondances entre ville et l'hôpital, je n'en parlerai même pas. Mais on a quand même quelques étonnements par ailleurs quand on sait que, par exemple, la cataracte en France est réalisée à 99 % sous anesthésie locale et qu'elle est facturée à 99 % en anesthésie générale. Pourquoi ? Tout ça, ce sont quand même des sources de dépenses extrêmement importantes. Vous savez très bien que dans le système de santé, ce qu'on met à droite, on ne le met pas à gauche. Donc, ce qui est dépensé à un endroit, ne l'est pas ailleurs. Et dans le même temps tout ce qui est prévention primaire, secondaire, voire tertiaire, est extrêmement mal fait. Ça, c'est pour le niveau prescription et réalisation des actes.

Le deuxième niveau est celui de l'organisation des soins. Les cloisonnements, on le sait, entre social, médico-social, santé, soins, mais également entre ville et hôpital, entre spécialistes, sont sources d'actes inutiles et de redondance, de mauvaise qualité. Je dirais qu'à l'inverse les centres de santé sont un bon exemple de réponse. L'activité pluriprofessionnelle doit absolument être favorisée, parce que c'est elle qui fera gagner sur la qualité et la pertinence des soins.

D'autre part, aujourd'hui, il y a un vrai souci, et il n'est pas près de s'arranger, d'accès aux soins. Les soignants doivent être considérés comme des denrées rares. Les médecins, évidemment, mais également les infirmières.

Il n'y a que les kinés qui s'en sortent. Sinon, tout le reste, ce sont des denrées rares. La pertinence, c'est aussi la pertinence de bien utiliser les professionnels quand il y a un besoin. Tout ce qui n'a pas à être fait par un médecin doit être fait par un non-médecin. Les règles de partage et les définitions des métiers sont extrêmement importantes. C'est pour ça qu'à l'HAS, on a beaucoup travaillé sur des protocoles de coopération. Ça permet un partage des tâches plus efficace. Malheureusement, ils ont un succès limité. On a eu beaucoup de soucis quand on a donné un avis favorable à la vaccination par les pharmaciens, qui a rencontré le succès que l'on connaît pendant le Covid, et même depuis lors, ou pour la prescription d'un antibiotique sur une infection urinaire d'une femme, qui, je vous assure, ne peut pas attendre trois jours avec ses signes fonctionnels pour soigner sa cystite. L'exercice coordonné, regroupé comme des centres de santé est un lieu adapté pour améliorer cette pertinence. L'organisation des soins est un outil de pertinence.

Et enfin, le niveau du financement. Je ne parlerai pas des grands sujets comme nos coûts de gestion en santé, domaine dans lesquels apparemment, on est quand même leader ou des difficultés de concevoir que, dans un système financé par la solidarité nationale, finalement, on paye des actionnaires.

Depuis que je suis étudiante en médecine, ça me choque. Il y a certains conflits de valeurs qui peuvent avoir des répercussions importantes. Plus prosaïquement, notre système solidaire est basé sur le principe que tous les médecins et toutes les structures soignent tout le monde sans effectuer de tri sur la complexité ou sur les critères socio-économiques des patients. Or, vous savez qu'on en est de plus en plus loin. Les modes de financement ne le prennent pas en compte, c'est vrai à l'hôpital comme c'est vrai dans les centres de santé ou en ville.

Et puis, il faut essayer de ne pas financer à la non-pertinence. Quand, à l'hôpital, vous baissez les coûts de séjour tous les ans, votre directeur vous dit qu'il faut augmenter le nombre de séjours pour que vous ayez les mêmes outils de travail, les mêmes nombres d'infirmières et de médecins. C'est simple. Donc, le système de financement incite à la non-pertinence au bout d'un moment. Quand on finance très bien des actes techniques et peu des consultations, on a plein d'actes techniques. On en a des inutiles. Si on ne finance pas la coopération entre professionnels, on n'en a pas. C'est simplissime quand même. Donc le système de financement fait que si certains modes de dialyse sont très bien rémunérés, on en aura plus de ces modes de dialyse que d'autres modes de dialyse. C'est simplissime. Et ça, ça va contre la pertinence, y compris avec la meilleure volonté des médecins.

Il faut de la mesure de la pertinence c'est extrêmement important. Ces mesures de la pertinence posent des questions et soulèvent des difficultés. Je voudrais juste les évoquer parce qu'elles sont toutes surmontables. Mais elles demandent beaucoup de travail et d'intelligence collective. Le seul critère, c'est que ce soit utile et que ça puisse être appliqué. C'est simple. Il faut être pragmatique.

Dans quel but est mesurée la qualité ? Est-ce que c'est pour améliorer les pratiques ? Et dans ces cas-là, il faut s'intéresser à l'acte du professionnel. Est-ce que c'est pour inciter à la qualité ? Est-ce que c'est pour financer de façon pertinente ? C'est très différent de financer à la qualité. Je dirais pourquoi je suis très sceptique sur cette dernière hypothèse. Et dans ces cas-là, à quel échelon est-il pertinent de mesurer ? On voit bien que si c'est pour évaluer un système de financement, une organisation, il faut des critères nationaux. Il peut être intéressant de s'intéresser au niveau régional, comme ça a été fait, pour mettre en évidence des disparités qui font s'interroger. C'est juste une première étape de la réponse au pourquoi. Et puis, ça peut être local, au niveau d'un territoire de santé. J'ai dit, par exemple, les difficultés rencontrées sur l'organisation des parcours qui sont vraiment le lieu des dysfonctionnements pour les patients. Pourquoi est-ce qu'il y a tellement de difficultés sur un parcours de santé dans un territoire donné, au niveau d'un territoire de santé ?

Quel objet mesure-t-on ? Les actes, la consommation de soins ? La consommation de soins peut être justifiée, ou injustifiée. Les résultats pour les patients ? Vus par les professionnels ? Là aussi, il faut vraiment savoir ce qu'on veut mesurer. Et puis, comme je le disais tout à l'heure, est-ce qu'il n'est pas plus intelligent d'évaluer les parcours que les actes eux-mêmes ?

Ces indicateurs sont complexes et le choix des indicateurs n'est pas facile. Je dirais deux mots des incitatifs, puisqu'une fois qu'on a mesuré, il faut inciter. André Grimaldi vous dirait que c'est la motivation intrinsèque des professionnels qui compte. Moi, je ne suis pas tout à fait sûre que ce soit suffisant. Je crois qu'il faut s'appuyer sur la transparence, c'est-à-dire sur la communication des résultats aux patients.

Pour le financement à la qualité, je pense qu'il faut vraiment être très, très sûr de ses indicateurs. Vous verrez qu'il y a quelques difficultés : il faut faire évoluer les indicateurs très vite pour éviter qu'ils n'incitent à soigner les indicateurs plutôt que les malades. Et puis, il faut éviter les biais, parce que ce qui est vrai, par exemple, de la ré-hospitalisation à 30 jours après une chirurgie très codifiée, ne l'est pas d'une pathologie chronique. On a vu aux États-Unis que si on finançait la non ré-hospitalisation à 30 jours, de l'insuffisance cardiaque par exemple, eh bien, on n'hospitalisait moins les patients dans l'intervalle des 30 jours, pour être bons sur l'indicateur. Conséquence : les malades mouraient plus, la mortalité a augmenté. Donc, attention à ne pas augmenter la mortalité en finançant à la qualité.

Donc, je suis assez sceptique sur le financement à la qualité. Je pense qu'on peut inciter à la qualité par des financements ad hoc, mais en revanche financer à la qualité dans le tarif du séjour ou dans le tarif de l'acte me semble très difficile.

Je citerai quelques difficultés... La pertinence est appréciée à partir de normes, or ces normes changent tout le temps. L'évolution des indications d'une angioplastie, d'une valvuloplastie aortique ou d'un stent coronaire, je les ai vues se transformer radicalement plusieurs fois dans les deux sens pendant ma vie professionnelle. Donc, il faut beaucoup travailler avec les sociétés savantes et être en permanence sur une réactualisation. Ce n'est pas toujours simple. Un autre souci, et qui est vraiment très important, c'est qu'on ne peut pas s'appuyer sur les seules données médicales, il faut des données également socio-économiques, j'en ai parlé. La précarité des patients fait que les soins ne sont pas les mêmes. Je citerai un exemple tout simple. Dans mon service de médecine nucléaire à Bichat, j'avais deux cohortes de diabétiques chez lesquels on recherchait de l'ischémie myocardique. Ceux d'André Grimaldi à la Pitié et ceux de Bichat. Chez André Grimaldi, patients éduqués, bien traités, bien suivis, on ne trouvait jamais rien. Patients à Bichat, ils étaient tous tritonculaires. Pourquoi ? Parce qu'ils n'ont pas le même niveau de sévérité, ils n'ont pas le même suivi thérapeutique, etc. Donc, faire des recommandations adaptées au niveau socio-économique des patients, ce n'est pas simple. En tout cas, la précarité compte énormément dans la pathologie.

Et puis, autre sujet complexe, il faut avoir des données sans prendre du temps soignant. Moi, personnellement, je pense que l'IA sait faire plein de choses. Comme vous le savez, à l'HAS les hospitalisations, elles sont évaluées. Donc on a des millions d'appréciations de qualité portant sur les hospitalisations. Nous disposons des commentaires libres des patients dont on ne savait pas quoi faire. L'IA nous a aidés à classer, trier, et on a pu sortir énormément de choses de ces commentaires des patients après leur hospitalisation. Donc, pourquoi ne pas arriver à structurer des données à partir de données non structurées et de notes de consultations.

Et enfin, je dirais qu'il faudrait qu'en France, on ait un peu de culture du retour des expérimentations. Je prends l'exemple des protocoles de coopération. Les deux accompagnants forts des protocoles de coopération sont la formation et l'évaluation du résultat de ces protocoles, de leur qualité. On faisait donc des indicateurs de résultats très simples. Je n'en ai jamais vu un retour, jamais. Donc, souvent en France, on fait des grandes usines à gaz et puis on n'a pas le retour. Or, ces retours nous seraient précieux pour avancer.

Donc, je dirais en conclusion simplement que c'est indispensable, c'est difficile, ça pose plein de questions, que ça nécessite un travail collaboratif entre institutionnels et praticiens et patients, entre institutions elles-mêmes, et je vous assure qu'entre institutions, c'est très difficile de travailler ensemble, et que grâce à ça, on peut améliorer la pertinence et la qualité. Et surtout : centres de santé, gardez vos valeurs, ce sont les bonnes.

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

PATRICK DELFORGE

Dans le cadre de la certification à l'hôpital, qu'en est-il de l'évaluation des pratiques professionnelles ?

DOMINIQUE LE GULUDEC

La certification ne mesure pas un résultat. Elle essaye de voir si une démarche qualité est bien mise en place. Elle ne va pas regarder le niveau de prescription de tel acte, mais elle regarde si l'équipe, globalement, se pose les bonnes questions et procède aux analyses elle-même, par exemples du niveau des complications, de la façon dont les patients sont informés, etc. La qualité des pratiques professionnelles, dépend aussi de la composition des équipes. Par exemple, on a essayé d'inclure dans la certification, mais ce n'est pas facile, des critères comme le nombre de soignants dans les équipes, le turnover des soignants, qui comptent de façon primordiale.

ERIC CHENUT

Au travers de votre présentation, on voit que beaucoup des outils pour gagner en efficience existent, sont travaillés depuis des années et des années par la Haute Autorité de Santé. Est-ce que, au regard de votre expérience, vous avez espoir qu'on ait le courage de rendre ces préconisations opposables pour faire en sorte que, dans l'intérêt du patient, mais aussi dans la soutenabilité du financement du système de santé, on progresse enfin en termes d'efficience ?

DOMINIQUE LE GULUDEC C'est une question politique, monsieur.

ERIC CHENUT

Oui, mais vous avez dit tout à l'heure que vous vous exprimez en tant que médecin et citoyenne, libre de ses paroles.

DOMINIQUE LE GULUDEC

Il faudrait que les différents acteurs soient volontaires pour le faire ou, à défaut, un courage politique assez certain. C'est vrai que ce n'est pas facile et ce que j'ai vu sur le terrain, c'est que les intérêts des uns et des autres l'emportent souvent.

ALAIN BEAUPIN

Dominique n'en dit pas plus, mais nous avons compris.

ZEYNEP OR

Oui, des gouvernements sont tombés en France pour avoir essayé de faire ça. Ce n'est pas comme si on n'avait pas essayé. Je voudrais revenir sur le financement à la qualité. Pour clarifier, je suis évidemment d'accord avec vos constats. Mais on pense toujours qu'un financement à la qualité est un financement selon des indicateurs de qualité. Pas forcément. En fait, selon moi en tant qu'économiste, quand on dit financement à la qualité, c'est lié à la question qui est posée. Parce que si on a une idée de ce qu'est une bonne prise en charge, elle peut se traduire par une recommandation claire pour une prise en charge donnée. Et on peut calculer le coût de cette prise en charge de bonne qualité en remplacement de la prise en charge moyenne. Je pense à l'hôpital, évidemment, parce qu'on a des tarifs, mais ça peut venir aussi dans le cadre des expérimentations, des épisodes de soins, par exemple.

Si je prends un exemple très concret que je maîtrise, ce sont les prothèses de la hanche. Ça fait partie des épisodes de soins en cours d'expérimentation. C'est ce qu'on fait à l'ATIH, on regarde le coût moyen de cette prise en charge, on ajoute le coût moyen de réhabilitation et on va payer pour cette prise en charge. Mais à aucun moment, il n'y a une réflexion autour de la question : c'est quoi une bonne prise en charge ? Pour moi, c'est la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC), qui contient un ensemble de dispositions, c'est regarder le coût de cette bonne prise en charge et payer en conséquence. Parce que c'est aussi, sans être opposable, une façon d'être incité à la bonne prise en charge.

DOMINIQUE LE GULUDEC

Vous avez totalement raison, mais simplement, ce qui est fait aujourd'hui, c'est d'intégrer un financement à la qualité dans le coût des séjours et ensuite de l'apprécier. Je sais qu'à l'HAS, on était très fortement sollicités pour donner des indicateurs suffisamment nombreux pour couvrir tous les secteurs. Il nous semblait assez dangereux de financer de cette façon-là. Mais vous avez raison, il y a des façons d'inciter. Je pense qu'il y a un financement possible pour une incitation à la qualité. En revanche, financer un acte ou un séjour à la qualité me semble beaucoup plus difficile.

REGARD SOCIOLOGIQUE SUR L'EXPÉRIMENTATION DU PAIEMENT AU FORFAIT

Julia LEGRAND, Irdes, Cresppa-GTM (avec Laure Pitti)

PEPS : Paiement en équipe de professionnels de santé

Une des expérimentations de rémunérations collectives des professionnel·les de soins primaires, lancées à partir de 2019 dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, portée par Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et la direction de la sécurité sociale (DSS)

L'expérimentation PEPS propose à des équipes volontaires de médecins généralistes et d'infirmières de *substituer le paiement à l'acte par un paiement au forfait*

MÉTHODES ET TERRAINS D'ENQUÊTE

- Deux enquêtes qualitatives menées entre 2021 et 2023 avec Laure Pitti
- Observations répétées dans 4 CdS : en CdS municipaux en Île-de-France (IdF), en CdS associatifs en Provence Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes, en CdS coopératif en IdF.
- Entretiens avec des équipes de CdS et les porteurs des expérimentations (N=57)
- Observations des échanges avec l'équipe nationale projet (ENP)
- Volet quanti/éco : EFOP : enquête par questionnaire en cours d'analyse

QUELS OBJECTIFS DE PEPS ?

« *Un objectif stratégique global* » : « *améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et renforcer l'efficacité des dépenses de santé par une meilleure utilisation des ressources disponibles* » (Cahier des charges de l'expérimentation Peps, 2019)

Des « *objectifs opérationnels* » :

- « *améliorer l'accès aux soins en particulier dans les zones sous-denses* »
- « *améliorer la qualité du parcours des patients* »
- « *gagner en pertinence* »
- « *optimiser la prise en charge des patients* »

Nous faisons partie d'une équipe d'évaluation qui cherche à comprendre les effets du paiement au forfait, du passage du paiement à l'acte au paiement au forfait, dont les études quantitatives, économiques, sont toujours en cours.

Je vais vous présenter aujourd'hui un travail que j'ai réalisé en collaboration avec Laure Pitti, également sociologue et qui ne peut pas être là aujourd'hui, qui est principalement un travail qualitatif.

La plupart d'entre vous, je pense, connaissent bien PEPS, c'est le paiement en équipe de professionnels de santé. C'est une des expérimentations article 51 qui vise à sortir du paiement à l'acte et à proposer un paiement substitutif au forfait ou à la capitation. PEPS est sur un format d'expérimentation et s'adresse à des équipes volontaires de médecins généralistes, et d'infirmières initialement.

Nous avons mené deux enquêtes qualitatives entre 2021 et 2023, avec plusieurs méthodes : des observations répétées dans quatre centres de santé que nous avons choisis, des centres de santé municipaux, associatifs et coopératifs. À la suite de cela, nous avons fait 57 entretiens avec des professionnels de santé des centres de santé et avec les porteurs de l'expérimentation. Enfin, nous avons observé les échanges entre l'équipe nationale en charge de l'expérimentation et les expérimentateurs.

L'objectif de PEPS, l'objectif stratégique global, disons, c'est d'améliorer le service rendu aux patients par une meilleure qualité des soins et de renforcer l'efficacité des dépenses de santé. Ce qui rejoint les communications précédentes avec des objectifs opérationnels qui sont d'améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les déserts médicaux, d'améliorer la qualité des parcours des patients, de gagner en pertinence des soins et d'optimiser la prise en charge des patients.

Le paiement collectif forfaitaire est reçu annuellement par les structures au titre de chaque patient médecin traitant, avec des ajustements du montant des paiements qui dépendent de différentes variables relatives aux patients. Il peut s'agir de l'âge, du sexe, des affections longue durée, du lieu de résidence notamment, et, on pourra peut-être en parler au moment de la discussion, de la variable territoire qui est importante selon qu'on pense la santé en termes d'égalité ou en termes d'équité.

Les trois types de forfait, « consommant PEPS », c'est-à-dire les patients qui consomment dans une structure, ceux qui sont « non-consommant », et « AME » (aide médicale d'État) sont modulés avec différentes variables, dont le taux de fidélisation des patients, l'activité concrète des médecins généralistes, la qualité de la prise en charge et le taux de pauvreté du territoire d'implantation de la structure.

Il y a des pré requis pour que les structures soient éligibles dans PEPS. Des équipes à minima de 4 médecins généralistes et une infirmière, avec *a minima* 250 patients "médecin traitant". Il y avait également un choix possible au sein de l'expérimentation PEPS, qui pouvait se faire sur la patientèle totale ou sur des sous-groupes de patientèle (comme les patients diabétiques ou les patients âgés).

Concrètement, dans les équipes qui sont investies dans PEPS, il y a des équipes comprenant entre 5 et 19 médecins généralistes et avec entre 1 et 8 infirmiers selon les types de centres, et puis des patientèles assez variées puisqu'on a entre 1000 et 10 000 patients selon les types de centres. Des tailles de structures assez variées donc.

Pour rappel, en France, en 2021, il y a 2500 centres de santé dont 600 environ qui sont pluriprofessionnels ou polyvalents - ce sont ces derniers qui sont rentrés dans l'expérimentation. PEPS est une expérimentation qui concerne uniquement les centres de santé à but non lucratif, puisqu'il y a une autre expérimentation qui s'appelle Primordial pour les centres de santé privés à but lucratif. Concrètement pour la phase exploratoire, 16 centres de santé se sont engagés dans PEPS, dont les 3/4 situés en Ile de France et qui sont des centres de santé municipaux. Historiquement en effet, ces centres de santé municipaux se situent en banlieue parisienne. Il y a également 3 centres de santé associatifs et un centre de santé coopératif, qui sont des structures plus récentes, ayant intégré l'expérimentation. On voit qu'il y a une grande hétérogénéité des modèles de centres de santé, et je ne parle pas des maisons de santé pluri-pro qui ont aussi intégré PEPS. Je vais en dire un mot rapidement même si ce n'est pas l'objet de notre enquête. Pour rappel, sur le montage financier avant PEPS, les centres de santé sont financés par l'assurance maladie à 50 % pour les associatifs, et à 75 % pour les municipaux. Les compléments viennent de diverses subventions, expérimentations, fonds régionaux, départementaux. En clair, il y a des montages assez variés avec des professionnels dédiés pour la recherche de financements complémentaires.

COMMENT FONCTIONNE PEPS ?

- Un paiement collectif forfaitaire que la structure reçoit annuellement pour chaque patient MT => « Une rémunération ajustée au risque, définie selon la typologie des patients » : âge, sexe, C2S, ALD, comorbidités, lieu de résidence

- 3 types de forfaits : Patients « consommants Peps » / Patients « AME » / Patients « non consommateurs »

- Les deux premiers forfaits sont « modulés » (ajustés) suivant 3 à 4 variables : taux de fidélisation des patients / activité des MG / qualité de la prise en charge / taux de pauvreté du territoire d'implantation de la structure

QUELS PRÉREQUIS POUR PEPS ?

- des équipes a minima de 4 MG et 1 infirmière
- 250 patients MT
- au forfait sur la base soit de leur patientèle totale, soit d'un segment de leur patientèle (par ex. personnes diabétiques ou âgées)

PEPS EN CENTRES DE SANTÉ :

- des équipes entre 5 et 19 MG, entre 1 et 8 infirmier-es selon les types de centres
- en patientèle totale, entre 1 038 et 10 070 patient.e.s selon les types de centres

PEPS, qu'est-ce que ça change ?

Un paiement forfaitaire vient se substituer au paiement à l'acte, mais concrètement, en termes de quantité, PEPS représente entre 20 et 30 % des recettes totales d'un centre de santé, soit associatif, soit municipal, de manière relativement stable dans le temps jusqu'à présent. Ce que les personnes sur place traduisent en faisant des équivalences : ça représente trois salaires de médecins sur une année ou encore 28 % du total des charges d'un centre de santé donné.

Je vous disais précédemment que j'allais dire un mot des MSP (Maisons de santé pluriprofessionnelles). Ce qu'on observe, c'est qu'il y a une seule MSP expérimentatrice sur quatre qui a atteint le plafonnement imposé par le passage de l'acte au forfait, alors que les 16 centres de santé qui ont intégré l'expérimentation l'ont tous atteint. 50 % des centres de santé dans PEPS perçoivent le plafond de modulation au forfait relatif au taux de pauvreté territoriale dont je vous parlais, alors qu'aucune des MSP engagées ne le touche concrètement. PEPS représente entre 60 € et 85 € par patient en centre de santé municipal et entre 97 € et 153 € par patient en centres de santé associatifs. Ce qu'on a également observé, c'est qu'il y a un taux de fidélisation des patients qui est très élevé puisqu'il est de 75 % à 93 % selon les centres.

PROFIL DES CDS IMPLIQUÉS DANS PEPS

- En 2021, 2 500 centres de santé, dont 582 sont pluriprofessionnels/polyvalents
- Dans PEPS, uniquement des CdS à but non lucratif (autre expérimentation « Primordial » pour les CdS privés à but lucratif)
- 16 CdS engagés dans PEPS, donc les $\frac{3}{4}$ se situent en IDF, car forte proportion de CdS municipaux (11 sur 16 sont dans PEPS)
- 11 CdS municipaux + anciens. Histoire : dispensaires, « banlieue rouge »
- 3 CdS associatifs + récents (1er créé en 2006). Histoire : filiation éducation populaire, humanitaire
- Nouveaux modèles de CdS coopératifs (SCIC) émergent récemment (2)
- Hétérogénéité du modèle « centres de santé ». Gérés par des collectivités territoriales, par des associations à but non-lucratif, par des sociétés

MONTAGES FINANCIERS COMPLEXES ET VARIÉS

- En 2019, entre 50% (pour les associatifs) et 75% (pour les municipaux) des ressources des centres de santé proviennent de l'assurance maladie
- Le complément (entre 50% et 25%) vient des subventions de la municipalité, des fonds régionaux et départementaux des ARS, de l'agence nationale de la cohésion des territoires pour les centres implantés en quartiers labellisés Politique de la ville, d'autres expérimentations, etc.

S'ENGAGER DANS LES EXPÉRIMENTATIONS : UNE AFFAIRE DE SOCIALISATION(S)

Engagement des « porteurs » de PEPS en CdS qui s'explique par leur trajectoire : origines familiales, trajectoire professionnelle, expériences militantes

En CMS :

- Origines sociales des médecins : enfants d'employés et d'ouvriers
- Socialisation professionnelle : rejet de l'exercice hospitalier malgré un attrait pour les missions d'intérêt public/salariat
- Choix d'une « médecine sociale » et lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé (ISS)
- Mandats syndicaux et/ou multi-positionnement professionnel

En CDS associatif :

- Coordinatrices de CDS associatifs = pas médecins
- Origines sociales : classes moyennes et supérieures (parents fonctionnaires ou cadres du secteur privé)
- Socialisation professionnelle : autogestion, coordination +++
- Pas d'engagement syndical ni partisan, mais d'autres formes d'engagement militant (humanitaire, associations d'éducation populaire, mouvements féministes)
- Implantation en quartiers prioritaires de la ville (QPV), lutte contre les ISS

Qu'est-ce qui explique que tous les centres de santé engagés dans PEPS aient poursuivi l'expérimentation, alors que les maisons de santé ont quitté massivement l'expérimentation, (puisqu'elles étaient onze à l'origine et qu'elles sont trois aujourd'hui) ? Il y a deux raisons principales. Il y a des questions structurelles et organisationnelles qui tiennent au type de structure que sont les centres de santé. Et puis il y a aussi des questions individuelles, qu'en tant que sociologue, évidemment, je vois comme étant structurelles, c'est-à-dire des questions de socialisation qui font que des gens sont disposés à vouloir promouvoir le forfait et à rentrer dans ce type d'expérimentation.

Historiquement, par exemple, en centre de santé municipal, le paiement des médecins se fait à la fonction. C'est déjà l'activité totale d'un médecin qui est rémunérée. Le paiement au forfait s'inscrit dans une continuité historique d'un type de paiement. Et puis il y a surtout, pour tous les types de centres, des professionnels dédiés à la recherche de financements, qui ont l'habitude de gérer des budgets et de gérer des projets, de trouver des financements et de faire un suivi...ce qui n'est pas forcément le cas en maison de santé.

Il y a également des engagements individuels qui tiennent aux trajectoires, aux origines sociales, mais aussi aux trajectoires professionnelles et aux différentes expériences en termes de socialisation professionnelle. On a beaucoup de professionnels qui sont intéressés dans leur activité par la promotion des missions d'intérêt public, par le salariat et par la défense d'une médecine sociale qui lutte contre les inégalités sociales de santé et les inégalités territoriales de santé. Les personnes engagées dans l'expérimentation ont souvent des mandats syndicaux ou des multiples positionnements professionnels. En centres de santé associatifs, les coordinatrices qui portent les projets ne sont pas des médecins, contrairement aux centres de santé municipaux.

Leur socialisation professionnelle est celle de l'autogestion et de la coordination, et comme PEPS permet notamment d'améliorer la coordination, elles s'engagent facilement dans l'expérimentation. Elles n'ont pas d'engagement syndical ou politique, mais elles ont d'autres formes d'engagement militant, plutôt humanitaire ou féministe. Et puis l'implantation de ces centres se faisant dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est aussi un enjeu important pour ces professionnels.

Les effets de PEPS : qu'est-ce que PEPS a permis de mettre en place ?

PEPS nécessite un tri des patients puisqu'il faut repérer les patients dits « médecins traitant ». Il y a d'abord, dans un premier temps un accroissement de la charge de travail des agents d'accueil. Ce qui permet dans un second temps de donner plus de place et plus de tâches aux personnes de l'accueil. Le temps médical alors déchargé, la qualité se trouve a priori améliorée.

Dans certains centres de santé, par exemple, où les agents d'accueil peuvent être recrutés localement dans le territoire, il y a des formes d'interconnaissance avec les patients du centre de santé, une meilleure compréhension, de meilleures explications de l'adressage vers des rendez-vous médicaux et même vers le social.

En termes de temps médical, l'usage de la rémunération PEPS a permis d'adapter la durée et le contenu des consultations. On l'a mentionné tout à l'heure, le paiement à l'acte a un effet pervers qui est de créer des sur-prescriptions. PEPS a permis d'allonger, quand c'était nécessaire, le temps de consultation pour effectuer d'autres types d'actions de prévention, de coordination.

Un autre usage intéressant et inattendu de l'expérimentation PEPS a été d'identifier les actes qui étaient jusque-là "non nomenclaturés" dans les centres de santé, c'est à dire le travail qui était déjà fait ou qui a été formalisé durant l'expérimentation, mais qui n'était pas identifié par l'assurance maladie et qui n'était pas rémunéré.

Or, on sait évidemment que des recettes à l'équilibre, constituent un des enjeux de toute structure. Cette identification des nouvelles actions ou des actions non-nomenclaturées a permis de les valoriser, puisque les modifications organisationnelles pour améliorer la qualité de la prise en charge des patients faisaient partie des objectifs du cahier des charges. PEPS a été l'occasion de formaliser, rendre visible et valoriser financièrement des actes qui étaient jusqu'alors non nomenclaturés. L'identification de ce type d'actes se traduit par une valorisation économique, ce qui est bien sûr très important, mais représente aussi une reconnaissance professionnelle du contenu de l'activité.

Il y a aussi une forme de compromis. La co-construction a engendré beaucoup de réunions et de discussions et de débats sur ce qu'était le « bon soin » et sur ce qui devait justement être remboursé. On observe des positions un peu différentes entre l'équipe nationale et les centres de santé expérimentateurs, bien sûr, qui font l'objet de compromis, de tentatives de compromis.

Pour l'équipe nationale, PEPS est un nouveau modèle économique qui vise à établir une rémunération qui se substitue au plus près du paiement à l'acte, avec une contrainte d'impératifs budgétaires, d'efficacité, et un cadre égalitaire empêchant notamment des effets d'aubaine territoriaux. Pour les centres de santé expérimentateurs, l'enjeu de PEPS est de revaloriser économiquement et symboliquement leur activité, notamment la prévention à destination des plus précaires, d'avoir un point de vue équitable sur la santé, avec peut-être plus de financement pour les lieux qui en ont le plus besoin.

En conclusion, l'expérimentation permet une acculturation réciproque, et surtout, elle permet de financer, formaliser et rendre visible des activités préexistantes qui étaient jusque-là invisibilisées. Dans le futur, c'est vrai que l'enjeu est que le fonctionnement par appel à projet ou par expérimentation ne constitue pas des financements pérennes. Se pose donc la question d'une généralisation éventuelle, de ses modalités et de ses variables d'ajustement.

FAIRE RECONNAITRE DES ACTIVITÉS HORS CONSULTATIONS

- Identifier les « nouvelles actions » ou les « modifications organisationnelles pour améliorer la qualité de leur prise en charge » (Cahier des charges de l'expérimentation Peps, 2019 : 32)
- Pour les équipes des centres de santé, PEPS = l'occasion de formaliser, de visibiliser et de valoriser financièrement et symboliquement des actes jusqu'alors non rémunérés

« Et donc l'idée c'est des activités dites "nouvelles" mais qui ne sont pas nouvelles et sur lesquelles on peut s'appuyer, on peut se mettre aussi en ordre de marche pour mieux organiser ça, et puis on peut l'affirmer, alors que jusque-là on est quand même en négoc[iation] assez constante, parce que nous on a quand même une gouvernance qui est quand même attentive à la dépense, et donc ça permet aussi de dire "vous voyez là on a une enveloppe et on peut mettre en oeuvre une organisation un peu différente" ». Médecin généraliste directeur, CdS municipal de Bonnart, novembre 2021.

RENDRE LES PRATIQUES VISIBLES ET LÉGITIMES EN LES RÉMUNÉRANT

- Faire remonter ces pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas rémunérées aux équipes nationales projet (ENP) est un moyen de les valoriser économiquement comme symboliquement
- Au-delà de la valorisation économique, c'est aussi et plus largement d'une conception du travail de soin qu'il s'agit de faire reconnaître

L'EXPÉRIMENTATION DU PASSAGE AU FORFAIT : UN COMPROMIS

- Pour l'équipe nationale, enjeux pratiques de PEPS mais aussi objectif de construire un modèle économique qui permette d'établir une rémunération « substitutive » au paiement à l'acte, cadrée par deux contraintes : un impératif budgétaire, un cadre égalitaire
- Pour les CdS expérimentateurs, enjeu de revalorisation économique et symbolique de leur activité, notamment prévention à destination des plus précaires : PEPS comme moyen de défendre une démarche d'équité

QUELQUES CONCLUSIONS

- L'expérimentation PEPS permet une acculturation réciproque : l'ENP diffuse les enjeux des politiques publiques et les expérimentateurs font « remonter du terrain » leurs problématiques
- PEPS permet de financer, formaliser et rendre visible des activités préexistantes
- Limite de PEPS : un financement non pérenne. La généralisation éventuelle pourrait remédier à ce problème, mais selon quelles modalités ?

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

ALINE CHASSINE DENIAU

Je suis directrice du GIP Santé Centre Val de Loire, une structure régionale qui porte la création de centres de santé. Vous évoquiez les fonctions ou les activités ou les missions qui n'étaient pas valorisées et qui ont été mises en exergue dans le cadre de cette expérimentation. De quoi parle-t-on ? Est-ce que vous avez des éléments pour illustrer ces missions là et sont-elles différentes de celles réalisées dans les MSP ? Est-ce que c'est une spécificité des centres de santé ou pas ?

JULIA LEGRAND

Il y a des différences qui sont dues aux différences d'implantations territoriales dont je parlais précédemment, même si certaines MSP peuvent être dans des territoires précarisés. Avec les centres de santé on a des structures qui se ressemblent beaucoup plus. On trouve aussi du personnel spécifique aux centres de santé, comme les coordinateurs, les médiateurs. Ils sont plus présents. Ce qui fait qu'on observe notamment des activités de prévention importantes ou des coordinations interprofessionnelles qui sont plus développées. Pour une liste exhaustive, on a fait une publication sur la question. Bien sûr l'assurance maladie a dressé une liste de toutes les activités qui ont été identifiées et remontées du terrain.

ROLAND WALGER

Dans l'expérimentation PEPS la difficulté que tu as pointée Alain, c'est le fait de pas pouvoir comparer objectivement ce qu'aurait apporté budgétairement la poursuite du paiement à l'acte par rapport ce qu'a apporté le paiement du forfait pendant la période. Personne n'est capable de faire ce rapprochement-là, en tout cas aujourd'hui, l'évaluation n'a pas été conduite comme ça.

On a travaillé au RNOGCS (Regroupement national des organisations gestionnaires de centres de santé) avec le concours de l'IJFR sur une étude du modèle économique des centres de santé. Il en ressort que structurellement, il y a un problème de fond lié notamment aux modalités du financement de notre système, à l'acte. Il se traduit par un déficit, dans toutes les comptabilités, même avec des bons critères de gestion, qui tourne autour de 10 % du chiffre d'affaires de chaque centre de santé, et qui représente quelque part, globalement, le coût de l'effet structure de la prise en soins des populations. Dans les évaluations ou dans le travail qui se poursuit autour de ce paiement au forfait, j'ai entendu qu'on arrive à financer des choses qui ne sont pas financées aujourd'hui par le système du paiement à l'acte.

Est-ce la structure en elle-même qu'on arrive à mesurer et à faire financer ? Il me semble en effet qu'un des enjeux dans la suite des travaux sur le financement, c'est quand même que ce soit l'effet structure qui soit reconnu comme étant la variable utile pour l'amélioration de la pertinence des soins, pour l'organisation des parcours et pour la coordination.

JULIA LEGRAND

Les économistes appellent structures matures, des structures ayant assez d'ancienneté et une organisation des soins avec suffisamment de professionnels de santé pour travailler en coordination. Dans PEPS, la structure est prise en compte dans le modèle, mais plutôt comme un critère d'éligibilité de PEPS. Ce n'est pas la structure elle-même qui est financée par PEPS.

HELENE COLOMBANI

Par rapport à cette importante question de Roland Walger, il ne faut pas oublier ce qu'est le périmètre de PEPS. C'est seulement généraliste médecin traitant/infirmier. Ce n'est pas la totalité de la file active ni de l'équipe. Les centres ont continué leur suivi des actes en parallèle de PEPS pour voir ce qu'ils faisaient. Ils ont observé dès le départ un effet très positif du fait de la valorisation de leur patientèle traitante. Parce qu'auparavant beaucoup de patients, vus régulièrement, n'étaient pas déclarés « médecin traitant ». Cet effet est arrivé très rapidement puis on a observé un effet positif sur les activités dont ont bénéficié les patients, permises par le travail en équipe médecin-infirmier, et médecin-infirmier de pratique avancée, même s'il n'est pas intégré dans le périmètre de PEPS.

RÈGLES TARIFAIRES ET MODÈLE ÉCONOMIQUE DES SOINS DE SANTÉ AUTOUR DU FUTUR ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ

TABLE RONDE

Éric Chenut, président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Hélène Colombani, présidente de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS)

Frédéric Villebrun, président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS)

Animée par **Philippe Leduc**, directeur du Think Tank Économie Santé

PHILIPPE LEDUC

Le thème qui nous est proposé est le suivant : Règles tarifaires et modèle économique des soins de santé autour du futur Accord National des centres de santé et du financement des missions de santé publique et de prévention. Donc on va parler du nerf de la guerre, l'argent. Ce n'est pas un sujet nouveau. Ce que nous allons essayer de faire avec les différentes personnalités réunies ici, c'est de voir ce qu'il y a de nouveau pour que ça change ? Quelles sont les voies de sortie ?

Avec Éric Chenut, que tout le monde connaît, président de la Mutualité française, je vous présente Hélène Colombani, présidente depuis septembre 2021 de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) et Frédéric Villebrun qui est président depuis juin 2020, et désormais co-président, de l'Union syndicale des médecins des centres de santé (USMCS).

Une étude récente, commandée par les organisations des centres de santé à ACE Santé confirme que le modèle économique pose des problèmes pour les centres de santé. Le rapport réalisé par l'IGAS sur ce modèle économique n'a pas encore été rendu public. Enfin, l'ancienne ministre de la Santé, Agnès Firmin-Le Bodo, avait promis pour début 2024 un plan pour les centres de santé. Compte tenu de toutes ces informations, je vous propose de faire un premier tour de table, avant d'aborder ce que vous préconisez, et dans ces préconisations, de nous indiquer les responsabilités respectives pour leur mise en œuvre des institutions, de l'assurance maladie, et des pouvoirs publics.

Qu'est ce qui fait que ça peut bouger aujourd'hui selon vous ? Ce qui n'est manifestement pas tout à fait évident. On a vu qu'il y avait un certain intérêt pour l'expérimentation PEPS, qui a remplacé les paiements à l'acte par un forfait dans certains centres de santé. Le constat est-il toujours le même aujourd'hui sur le fait que le modèle économique des centres de santé n'est pas adapté à vos missions ? On commence par vous, madame Colombani.

HELENE COLOMBANI

Effectivement, le modèle économique n'est pas adapté, et ce depuis longtemps. Il y a déjà eu des rapports IGAS qui ont dit que notre modèle économique des centres de santé était structurellement boiteux. C'était écrit tel quel, et ça n'a pas évolué. Actuellement, on est dans une situation d'urgence. Je pense qu'après la crise sanitaire, les difficultés économiques pour un certain nombre de centres de santé se sont accentuées. Il y a vraiment urgence à trouver des solutions pour permettre leur développement. Par rapport à tout ce qui a été dit par les intervenants précédents, j'aurais une remarque générale : la santé, est un bien commun. Souvent, on nous renvoie que les centres de santé sont sous-productifs.

C'est ce qu'on nous énonce. Mais en même temps, qu'est-ce qu'on mesure ? La production d'actes ou la production de valeur, la production de soins et de prises en charge de patients sans triage ? Est-ce qu'on mesure la pertinence des soins ? L'efficacité ? Le travail qui est mené auprès de publics précaires qui nécessitent des moyens adaptés, supplémentaires ? Qu'est-ce qu'on mesure ? On nous renvoie des messages parfois incompréhensibles. Lorsqu'est abordée la question du déficit des centres de santé, j'entends souvent dire, y compris par les tutelles, « faites plus d'actes ! » alors que, comme les débats précédents l'ont montré, on a constaté que la mise en œuvre de cette piste a entraîné des déviations.

Au vu du nombre d'affaires qui sont sorties ces derniers temps, on constate que la multiplication d'actes inappropriés, si elle peut générer une rentabilité de façade au niveau de la structure, n'est pas économiquement valable au niveau sociétal. Et pour le patient, d'un point de vue médical, ce n'est pas satisfaisant. Je pense qu'il est important aussi de parler d'efficacité, pas seulement de pertinence. Quand il s'agit de prendre en charge des publics vulnérables, il faut prendre en considération tous les moyens qu'on met en place pour que ces patients soient bien pris en charge. C'est de la prévention, c'est éviter que ces patients vulnérables soient hospitalisés et que par conséquent ils coûtent plus cher à la société et que leur espérance de vie soit moindre...

PHILIPPE LEDUC

Alors Hélène Colombani, cette situation est connue, on le sait, vos arguments sont frappés au coin du bon sens et pourtant ça ne bouge pas. Avant d'arriver aux propositions, poursuivons sur le constat. Éric Chenut, selon vous, ce modèle économique est-il vraiment inadapté et faut-il trouver autre chose ?

ERIC CHENUT

Le modèle économique fait que beaucoup de nos structures sont en difficulté. On le voit malheureusement, il y a des centres de santé qui ferment. Ça montre bien leur extrême fragilité, que ce soient des centres de santé médicaux, dentaire, ou autres. C'est une réalité sur le terrain aujourd'hui. La docteure Hélène Colombani vient de le rappeler, les rapports se succèdent. On nous promet des plans. Sur les avenants, il y a de petites choses qui bougent. On ne peut pas dire que rien n'est fait, que rien ne bouge. Mais ce n'est pas à la hauteur de l'enjeu de l'accès effectif aux soins de premier recours. Sur le fait que les centres de santé portent des missions que ne portent pas les cabinets de ville, ne portent pas toujours les MSP, il faut nous interroger : comment ces missions-là, ces missions de service public, de coordination, sont prises en compte ? Si on veut demain poursuivre la transformation structurelle de l'offre de soins de premier recours, on a besoin des centres de santé. Aujourd'hui, nous en gérons 570 dans toute la France. C'est un maillon essentiel dans l'offre d'accès aux soins de premier recours. Si on veut promouvoir les équipes de soins traitantes, si on veut mieux mobiliser la bonne ressource au bon moment (médical, paramédical, l'articulation avec les pharmaciens, etc.), c'est par ces structures là aussi qu'on facilitera cette transformation. Nous souhaitons que les centres de santé s'inscrivent davantage dans la permanence de soins. Comment on finance correctement cette permanence de soins qui n'est aujourd'hui pas financée, quand elle est menée dans le cadre d'un centre de santé. Il y a un certain nombre de sujets comme ceux-ci qui sont fondamentaux. Je posais la question tout à l'heure : quand sera-t-on en capacité, en volonté, de rendre opposables les bonnes prescriptions de la Haute Autorité de Santé (HAS) Il y a un travail colossal qui est fait. Il y a des accords confraternels qui sont élaborés à partir de données médicales, scientifiques, etc. On a la chance en France d'avoir une Haute Autorité de Santé (HAS) qui fait ce travail, et derrière, on ne s'appuie pas dessus pour rendre le système plus efficace. Dans le même temps, on fait des coupes franches budgétaires, comptables, court-termistes, totalement techno. On propose le doublement des franchises sur les boîtes de médicaments, ce qui sanctionne des assurés sociaux qui malheureusement ont le malheur d'être malades. On marche complètement sur la tête. En revanche, on ne remet pas en cause les prescriptions, les doubles prescriptions et les sur-prescriptions de médicaments. On n'est pas du tout cohérent, par manque de volonté, manque de courage politique. Je vais dire les choses clairement, si on veut avancer là-dessus, **ça veut dire qu'il faut tordre le cou à la Charte de la Médecine Libérale de 1927.**

PHILIPPE LEDUC Ce n'est pas gagné !

ERIC CHENUT

Mais à un moment donné il nous faut nous interroger : est-ce qu'en tant qu'assurés sociaux, nous devons continuer d'être des citoyens passifs, des patients amorphes ?

Ou est-ce qu'on reprend notre protection sociale en main avec les professionnels de santé, avec les associations de patients, etc. Ce sont ces questions-là qui sont devant nous.

PHILIPPE LEDUC

On a le sentiment que l'état du système de santé s'aggrave de jour en jour. Les déserts médicaux sont toujours là. Donc il y a un vrai sujet et peut être que ça peut mobiliser les pouvoirs publics. Toujours sur le constat, Frédéric Villebrun, j'ai entendu dans les présentations, qu'il y avait des équipes dans les centres de santé qui cherchaient des financements complémentaires, qui sont payées pour aller chercher de l'argent. Ça ne suffit pas ?

FREDERIC VILLEBRUN

Non, ça ne suffit pas. Je fais effectivement le même constat. Parlons d'efficacité, parlons de productivité. Au niveau professionnel, car il faut aussi aborder la question du point de vue des professionnels de santé, on est étonné d'entendre que des personnalités publiques osent dire qu'en centre de santé, on ne fait « qu'un acte par heure ».

PHILIPPE LEDUC. Un acte par heure, ce n'est pas beaucoup

FREDERIC VILLEBRUN

Ce n'est pas beaucoup mais est-ce que quelqu'un a vérifié ça ? D'où sortent ces assertions ? Comment des choses peuvent être dites publiquement de cette façon ?

ERIC CHENUT

C'est comme les 27 millions de consultations non honorées, c'est pareil

FREDERIC VILLEBRUN

Oui, on ne sait pas d'où viennent ces chiffres. Je pense qu'il y a une utilité à quantifier les données. On a déjà des études documentées depuis des années sur les effets du temps de consultation sur les prescriptions. Une chercheuse, Anne Vega, avait prouvé que plus le temps de consultation était court, plus les professionnels prescrivait. Et donc on revient à ce que disait Alain Beaupin tout à l'heure : 740 000 € de prescription par médecin généraliste chaque année, si on donne du temps et des moyens pour bien rémunérer les médecins généralistes, ils prescriront moins. Reversons ensuite ces sommes à la bonne prise en charge des soins des patients. Les patients ne demandent pas forcément à ce qu'on leur prescrive plus de traitements. Ils demandent du soin, de l'écoute et une relation thérapeutique. Cette relation thérapeutique n'est plus possible par un abattage d'actes. Je pense que les professionnels souhaitent avoir une rémunération qui soit décente, mais ne cherchent pas à multiplier les actes. Et je pense que les centres de santé remplissent cette cohérence et cette pertinence qui est nécessaire pour le système de santé.

PHILIPPE LEDUC

Alors, quelles sont les solutions ? Et pourquoi vous n'arrivez pas à convaincre ? Peut-être parce que d'après vous, ce sont les médecins libéraux que craignent les pouvoirs publics ? Par rapport à l'IGAS, par rapport à ce que disait Madame la ministre, qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui, vous pourriez convaincre ? Y'a-t-il un levier qui fait que vous pourriez avoir un financement et un modèle économique plus appropriés ?

ERIC CHENUT

Aujourd'hui, je pense que les conditions sont réunies. On est à la croisée des chemins. On voit bien qu'il y a une problématique de soutenabilité du modèle. En 2024, les dépenses totales pour tout le système de santé (assurance maladie, ce que financent les complémentaires et le reste à charge des ménages), on est à 310 milliards. Si on laisse les choses évoluer en la matière, ça ne sera plus le débat de savoir combien prend en charge l'assurance maladie, combien prennent en charge les complémentaires, qu'est-ce qu'on rembourse, qu'est-ce qu'on dérembourse ? La réalité c'est qu'on ne pourra plus financer le système et qu'il faudra faire des coupes franches, pures et simples. Si on ne travaille pas la question de l'efficacité, avec cette somme-là est-ce qu'on aura un état de la santé de la population et une lutte contre les inégalités en santé qui seront suffisamment efficaces ? Force est de constater que non. Notre espérance de vie sans incapacité est quand même très moyenne. Aujourd'hui Il y a des gens qui n'arrivent pas à accéder aux soins. On a une organisation territoriale des soins de premier recours qui est de plus en plus compliquée. Les déserts médicaux s'agrandissent comme le désert de Gobi. Les délais pour accéder à un certain nombre de spécialités sont de plus en plus longs...

PHILIPPE LEDUC Mais concrètement, est-ce que les pouvoirs publics, par rapport, à ce constat...

ERIC CHENUT C'est qu'en fait, ils n'ont plus le choix.

PHILIPPE LEDUC Ça fait longtemps qu'ils n'ont plus le choix.

ERIC CHENUT

Les enquêtes d'opinion montrent que les sujets de santé et d'accès aux soins deviennent une préoccupation majeure. Donc il va bien falloir trouver des solutions. Est-ce que vous imaginiez, il y a ne serait-ce que dix ans, que des parlementaires de droite, de gauche, du centre, feraient des propositions trans-partisanes pour imposer l'installation de médecins ? Non. Donc on voit bien que les choses bougent. Et la question c'est qu'il ne faut pas que ça bouge uniquement sur des sujets de ce type-là. Il faut que ça bouge, y compris sur la question de la prescription, de la bonne prescription, de l'efficacité de l'organisation. Nos centres de santé font partie de la solution. Il faut que nous arrivions à le démontrer, à le poser comme alternative, et à montrer que les besoins de financement complémentaires pour arriver à avoir des centres pérennes, qui renforcent encore leur mission de prévention, d'orientation vers le bon soin au bon moment coûteront infiniment moins cher que l'inefficacité que l'on constate par ailleurs. Je pense que nous avons en ce moment une fenêtre de tir, mais si on ne fait pas ça, on aura une problématique absolument majeure.

PHILIPPE LEDUC

Il faut convaincre l'assurance maladie, les pouvoirs publics, la région, les collectivités territoriales ou tout le monde ?

HELENE COLOMBANI

Je dirais beaucoup de monde.

PHILIPPE LEDUC

Mais le levier principal ?

HELENE COLOMBANI

Je pense qu'il faudrait changer d'organisation des soins primaires, parce que là, actuellement, elle n'est pas du tout réfléchie. Elle est fondée sur des valeurs très anciennes, on parlait de la Charte de la médecine libérale de 1927, et sur le mode de rémunération qui en découle. Donc tant qu'on reste dans une vision des soins de premier recours qui est de ce type, on n'avancera pas, parce que l'organisation du système organise les moyens et la manière de le financer. Si on réfléchit, quand on a un hôpital qui est très structuré et des soins ambulatoires qui sont laissés à l'appréciation d'individus, qui sont complètement inorganisés, à part quelques centres de santé et maisons de santé, on va passer à côté d'une nouvelle...

PHILIPPE LEDUC

Hélène, là-dessus, on est d'accord mais comment convaincre ? Parce qu'on voit bien que les pouvoirs publics, les ménages pour des raisons X ou Y... Mais comment convaincre de la justesse de ce discours ? Qu'est ce qui fait que la population, l'opinion publique n'en peut plus ? Pour vous, quels sont les arguments ?

HELENE COLOMBANI

Je ne sais pas si on va convaincre, cependant ce que je sais, c'est que les usagers commencent à s'énerver. Les élus locaux s'énervent aussi beaucoup. Il y a sur le terrain beaucoup de gens qui commencent à en avoir marre et cependant, au plan politique national, visiblement les centres de santé ne sont pas compris comme la solution pour eux. On l'a bien observé.

PHILIPPE LEDUC Toujours pas ? Il n'y a pas un petit frémissement ? Non ?

HELENE COLOMBANI

Oui, un peu. On voit que PEPS fonctionne bien en centre de santé. Même si ça ne répond pas à tout le modèle économique, ce sont quand même des premiers pas. Il y a plein de centres qui seraient partants pour avancer et adopter ces nouvelles règles tarifaires, mais pour le moment c'est bloqué. Ceux qui sont engagés dans PEPS vont poursuivre pour deux ans avec PEPS 2, on ouvre à de nouvelles des maisons de santé, mais on n'autorise pas de nouveaux centres de santé à s'engager dans l'expérimentation. Nous, ça nous pose un problème. Et pourquoi PEPS 2 ? Parce que les institutions sont embêtées que ça fonctionne dans les centres de santé et que ça ne fonctionne pas dans les maisons de santé. Ils veulent rattraper les choses.

D'autres expérimentations sont en cours, qui sont intéressantes pour les missions des centres de santé. C'est SECPA qui valorise toute l'activité autour du patient vulnérable socialement. La médiation, le travail global en équipe autour des patients les plus fragiles. A l'heure où nous parlons, on ne sait pas si l'expérimentation est renouvelée. Et pour le moment, ceux qui sont dans l'expérimentation ne voient pas de porte de sortie. On attend les résultats du rapport IGAS. Les changements réguliers de ministre de la Santé, ne permettent pas une prise en charge de ce dossier-là de manière convaincante. On éprouve des difficultés à rencontrer le ministre, ce qui est décevant, tandis que les élus locaux nous sollicitent à la recherche de solutions.

PHILIPPE LEDUC Frédéric Villebrun, est-ce qu'in fine, il faut prendre l'opinion publique à témoin et faire pression ?

FREDERIC VILLEBRUN

Je pense qu'il faut effectivement se saisir de tous les leviers possibles pour mobiliser. On voit bien qu'au niveau de l'exécutif, au niveau national, on n'a pas de réponse concrète. On a ce grand plan qui a été annoncé par la ministre déléguée et qui n'arrive pas.

PHILIPPE LEDUC Une ministre qui depuis a quitté le gouvernement

FREDERIC VILLEBRUN

Une ministre partie et depuis on annonce un plan pour les seules maisons de santé. Et donc on peut se dire que quelque part, la simple équité entre maisons de santé et centres de santé n'est pas assurée. Alors que nous voudrions, au prorata bien sûr, l'équivalent. C'est le minimum, et ça, on ne l'a pas. Effectivement, on peut interpellier. Mais l'on sait qu'au sein des négociations conventionnelles libérales en même temps, toutes ces questions de la transformation n'ont pas été abordées. Et si l'on disait : « on arrête de payer des actes et on réfléchit au forfait ? » Ce n'est pas simplement une présidence de la République ou d'autres personnes qui décrètent qu'on va passer des milliers de praticiens libéraux au forfait. Donc l'accompagnement n'y est pas. Il y a des effets d'annonce, il y a des effets repoussoir de ces annonces. Et en face de ça, le modèle des centres de santé, qui permet de manière concrète et pratique de porter ces évolutions, n'est pas développé, n'est pas encouragé et n'est pas soutenu.

PHILIPPE LEDUC

Éric Chenut, dans les négociations conventionnelles, vous espérez que ce soit quelque chose qui porte ? Est-ce que PEPS est une voie d'avenir ? Quels sont concrètement, les voies, les leviers, qui peuvent être intéressants et faire bouger les choses ?

ERIC CHENUT

Tout ce qui permettra de financer ces missions de service public, d'accueil, de coordination, donc tout ce qui permettra de développer des solutions alternatives au « purement à l'acte », avec des forfaitisations, des financements de parcours, etc. Ce qu'on fait, y compris dans le cadre de l'expérimentation article 51 parcours coordonné et renforcé. Tous ces sujets-là sont utiles, seront utiles pour autant qu'on puisse les étendre à l'ensemble des centres de santé qui souhaitent s'inscrire dedans et qu'on ait de la visibilité en termes de pérennisation. Et au-delà de ça, dans ce pays on prend des grandes décisions un peu systémiques et puis on constate quelques années après, des catastrophes faute d'avoir associé les acteurs. On a vu des pans entiers de la santé se financiariser. La biologie avec les catastrophes que ça donne. La radiologie, les radiologues sont un peu en train de réagir. On a vu sur le champ de la cohésion sociale avec les EHPAD, avec les crèches. Sur les centres de santé, c'est rampant, ça se structure avec des scandales de fraude dans des structures qui pour le coup galvaudent, le fait centres de santé, ce que nous sommes.

PHILIPPE LEDUC Il y a un risque d'abîmer votre image.

ERIC CHENUT

Ça altère totalement notre image. On a laissé faire, pas nous, les pouvoirs publics ont laissé faire, ont laissé ces structures se développer. Là, on commence enfin à faire des contrôles sur la fraude parce qu'on sait, on s'aperçoit qu'ils sur-codifient, qu'il y a des actes qui ne sont pas réalisés. Mais que diable, qu'attendons-nous, pas nous, une fois encore, les pouvoirs publics, pour dire : on pose un contrat avec des municipalités, avec des associations, des fondations, des coopérateurs, des mutualistes qui aujourd'hui font fonctionner des centres de santé qui ont une éthique, une pratique. Qu'on nous challenge en nous donnant des objectifs dans le cadre de contractualisations, on sait faire, on a une historicité en la matière. Y compris qu'on nous challenge sur l'accompagnement de la nécessaire transformation du système de santé. Moi je ne suis pas anti-médecine libérale, j'estime qu'il faut les deux, qu'il faut aider des structures coordonnées comme on sait les faire et aussi la médecine libérale. Je pense qu'il ne faut pas avancer les uns contre les autres, mais on a besoin de renforcer, de pérenniser ces structures. Sans cela, elles manqueront profondément dans un certain nombre de territoires. Et surtout, il n'y aura pas d'alternative à ce que, aujourd'hui, nous portons et nous apportons. Notamment pour un certain nombre de publics, notamment plus vulnérables, qui, sans nous, ne s'y retrouveront pas. En ce moment, j'organise pour la mutualité des forums jeunes pour parler santé, solidarité. Qu'est-ce que nous disent les jeunes ? Les services en ligne, c'est bien, mais nous, on a besoin d'humain, on a besoin de comprendre comment ça marche.

PHILIPPE LEDUC Les vieux aussi

ERIC CHENUT

Oui mais en ce moment, je fais un forum « jeune », je ne fais pas un forum « vieux ». Je vous rends témoignage de ce que me disent les jeunes. Pour eux, on pourrait penser que le tout numérique, ça leur irait très bien. Eh bien non, ce qu'ils veulent c'est du lien, c'est de l'humain et aujourd'hui ils sont paumés dans un système qui se déshumanise. Je pense que là aussi nos centres de santé apportent cette réponse pour toutes les populations, pour tous les âges, dans les territoires en proximité. Je crois que c'est ce qu'attendent les gens, on a des occasions avec le PLFSS 2025, c'est qu'on se batte pied à pied là-dessus, et que d'ici là on gagne la bataille de l'opinion. Et puis il y a des élections qui peuvent nous aider formidablement, les élections municipales de 2026, parce que l'enjeu de l'accès aux soins, c'est un enjeu de proximité et que là, l'Association des Maires de France, que ce soient des grandes métropoles comme des petites villes ou du milieu rural, sont des alliés objectifs des centres de santé. Donc, je pense qu'on a intérêt aussi à travailler avec eux.

PHILIPPE LEDUC Et le plan promu par la ministre Firmin-Le-Bodo, est ce qu'il est toujours en cours ?

ERIC CHENUT

En tout cas, quand j'ai rencontré Catherine Vautrin et Frédérique Valletoux, j'ai rappelé ce qu'avaient été les engagements pris, quelles étaient nos attentes. On nous a dit que tout ça n'était pas perdu de vue, mais que forcément, ils arrivaient. Je les ai vus en février au tout début, on ne pouvait pas encore me donner de calendrier. Je ne crois plus trop les déclarations et ce que j'attends, c'est surtout du concret, en nous associant, en nous mettant autour de la table, comment on co-construit cette contractualisation ? Il faut absolument que cette réponse soit faite avec les acteurs, nous les gestionnaires et aussi les assurés sociaux et leurs représentants

PHILIPPE LEDUC

Hélène Colombani, l'objectif, c'est le PLFSS ou l'assurance maladie ? Ma question, c'est qu'est-ce que vous préconisez pour avancer réellement ?

HELENE COLOMBANI

On a plusieurs pistes. D'abord, le futur accord national des centres de santé, puisqu'on arrive à la fin des 5 ans de cette convention. On va, à partir de septembre, recommencer à travailler avec l'assurance maladie. Reste à définir quel va être le cadre de cette négociation.

PHILIPPE LEDUC

Est-ce qu'il y a une lettre de cadrage comme pour les libéraux par le ministre ou pas dans ce genre de négociations ? Normalement, oui ?

HELENE COLOMBANI

Il y a des éléments qui sont donnés

PHILIPPE LEDUC Par le ministre ?

HELENE COLOMBANI

Oui, mais qui sont peut-être moins, formalisés. Et là, évidemment, dans cette perspective, on souhaite mettre en avant les nouveaux modes de rémunération que sont PEPS et SECPA, la valorisation de tout ce qui est prise en charge de la vulnérabilité sociale, de la prévention. Donc on a des sujets. PEPS évidemment. On considère que ce ne doit pas être obligatoire, que ça doit pouvoir être optionnel pour ceux qui veulent s'en emparer. Il y a des sujets qu'on pourrait faire porter dans le cadre du PLFSS : faire avancer la notion de dotation sur mission, qui ne serait pas un financement de l'assurance maladie, mais plutôt un financement de l'État pour les missions que remplissent les centres de santé, en analogie avec celui des missions d'intérêt général des hôpitaux. Dans les centres de santé ces missions pourraient être la prise en charge des populations vulnérables, la prévention, la formation, la recherche. Elles pourraient tout à fait entrer dans ce type d'enveloppe dimensionnée en fonction de la population des territoires. Il y a tout de même beaucoup de pistes. Surtout, il faudrait une vraie loi de santé qui reconfigure les soins primaires en partant des besoins des patients.

PHILIPPE LEDUC

Ça, ce n'est pas gagné.

HELENE COLOMBANI

Oui, mais si on ne le fait pas, on a des effets d'annonce, on a des choses qui s'empilent et une inefficacité. Les financiers arrivent et s'installent sur un terrain fragilisé par de larges failles dans le système, comme le dit bien le rapport de la chaire santé de Sciences-Po sur la financiarisation. Ils investissent dans des marchés, en expansion avec le vieillissement de la population et l'augmentation des besoins de soins. Ils peuvent y investir des capitaux. Si on ne fait pas quelque chose pour structurer et éviter l'implantation de structures déviantes, on va, je pense, avoir des scandales comme on a eu dans le médico-social.

PHILIPPE LEDUC

Frédéric Villebrun, vous vous inscrivez dans cette logique, quels sont les points complémentaires sur lesquelles vous pourriez insister ?

FREDERIC VILLEBRUN

Beaucoup de choses ont été dites, mais pour revenir aux professionnels de santé, je pense qu'il y a une question au sujet des statuts, notamment dans les centres de santé publics. On n'a pour l'instant pas de statut à proprement parler pour les professionnels. Ça a des conséquences sur l'attractivité des structures. On sait que là aussi, sans réponse gouvernementale, on n'aura pas de perspectives de solution dans les prochaines années. Donc, ça veut dire qu'il y a des freins en termes de développement des centres de santé, de reconnaissance des professionnels dans les structures, pour ne parler que des centres de santé publics. Il ne faut pas oublier, qu'on a constaté malgré ces freins une augmentation très importante, du nombre de centres de santé portés par des collectivités et par des structures publiques, témoignant de l'importance des besoins dans les territoires. L'absence de statut représente un frein à la fidélisation des professionnels. On a donc besoin d'un plan d'action de ce côté-ci. L'Union syndicale que je préside, et co-préside depuis deux jours, va être moteur pour porter auprès du gouvernement et des parlementaires des propositions en la matière.

PHILIPPE LEDUC Vous êtes à deux présidents (à l'USMCS)

FREDERIC VILLEBRUN Oui, depuis mardi. C'est comme les gendarmes, c'est co-présidé.

PHILIPPE LEDUC Alors, est-ce qu'il y a des commentaires ou des questions ou des avis dans la salle ?

ECHANGES AVEC LES PARTICIPANTS

RICHARD LOPEZ

De ce que j'ai entendu depuis tout à l'heure, entre Monsieur Chenut, Monsieur Villebrun et Madame Colombani, j'ai l'impression que l'on essaye de définir ce que doit être un service public territorial de santé ambulatoire. Donc il faut l'appeler comme ça à un moment donné. Si on veut vraiment, comme disait Éric Chenut, remettre en cause le monopole de la Charte libérale de 1927, il faut redonner un cadre général, maintenir cette existence de l'exercice libéral, et sans opposition mettre en place, en contrepoint, un service public ambulatoire comme il y a un service public hospitalier. Ce service public ne doit pas être uniquement l'apanage de structures publiques, il peut être porté par des organisations mutualistes, associatives, des fondations, sur la base d'un cadre législatif et d'un cahier des charges et devra être soutenu par un financement adapté. Je pense que c'est ce sur quoi on doit réfléchir et travailler si on veut vraiment arrêter les rustines, les bricolages et le rapiéçage que nous impose le choix actuel de rester toujours dans le cadre du sacrosaint système libéral du paiement à l'acte. Parce que c'est ça ce qu'on essaie de sauver actuellement. On a bien vu dans les dernières négociations de la convention des médecins libéraux que la première opposition frontale qui s'est levée, c'est lorsque a été annoncée l'introduction d'une part de rémunération forfaitaire dans les négociations conventionnelles libérales. Ça a tout fait exploser. Donc pourquoi ne pas sortir de cette dualité ?

PHILIPPE LEDUC

Le service public, vous le verriez sur tout le territoire où là où il y a des difficultés ?

RICHARD LOPEZ

Non, un service public est par principe universel, national. Ça permet à l'État d'avoir la main pour agir partout où il veut en fonction de ses priorités. Mais il est universel et destiné à tout le monde et pour tout. Le privé enfin, le libéral a le droit et devra continuer d'exister.

PHILIPPE LEDUC

C'est ce qu'avait voulu développer Marisol Touraine...

RICHARD LOPEZ

...dans le service public territorial de santé qui a été dévoyé en communauté professionnelle territoriale de santé...

PHILIPPE LEDUC

...pour de bonnes raisons.

FREDERIC VILLEBRUN

Sur ce point, c'est aussi dans ces murs que le Conseil économique, social et environnemental a porté dès 2017, le fait que, faute de structures en libéral ou privées qui soient sur les territoires, en cas de désertification avancée, c'est l'État qui devait prendre la main et créer effectivement des structures publiques. Ça a été porté par le Conseil économique, social et environnemental depuis des années. On n'a aucune reprise de ça par le gouvernement. Donc heureusement que le Cese existe.

PHILIPPE LEDUC

Une question, oui ?

ZEYNEP OR

Je suis tout à fait d'accord avec l'intervention précédente. Cette réflexion au niveau territorial, c'est ce dont on a besoin en soins primaires pour la santé publique. Mais dans cette réflexion également, comme vous le savez maintenant, nous avons des hôpitaux de proximité : les hôpitaux locaux. Avec un modèle économique tout à fait intéressant parce qu'ils sont maintenant financés sur trois ans, complètement sur le budget global, ce sont des financements tri-annuels. Une partie fixe une partie variable avec des objectifs de santé publique territoriale, y compris d'assurer l'accès aux soins ambulatoires primaires et en collaborant avec des communautés de professionnels de santé du territoire. Je pense que dans la réflexion sur le financement des centres de santé, il faut peut-être intégrer la notion de gradation de soins et de définir peut-être au niveau territorial, les missions, les tâches, etc.

HELENE COLOMBANI

Oui, vous définissez la gradation des soins primaires de l'OMS, c'est à dire qui intègre effectivement des hôpitaux de proximité.

FREDERIC VILLEBRUN

Je voudrais ajouter un point sur la coopération au niveau ville-hôpital, on est aussi dans les statuts. Si un médecin hospitalier veut travailler en centre de santé, pour l'instant, c'est deux statuts différents, c'est deux fonctions différentes. On a beaucoup de professionnels qui ne peuvent pas aller dans différentes structures pour ces raisons-là. Si on a un statut unique, ce qu'on porte aussi au niveau de notre syndicat, qui s'applique dans les PMI, l'Éducation nationale, les hôpitaux et les centres de santé, on peut arriver vraiment à développer les structures de prévention dont on n'a pas parlé aujourd'hui, qui sont essentielles et sont en train de mourir, que sont la médecine scolaire et les services de PMI.

SALIHA GREVIN

Je voulais juste revenir sur les hôpitaux de proximité. Ils mettent tous en place des réponses à la demande de soins non programmés, et ce sont eux qui aujourd'hui assurent beaucoup le renouvellement de traitements chroniques. On est parti beaucoup et fort au niveau du gouvernement sur l'organisation de réponses à la demande de soins non programmés. D'ailleurs, c'était une des missions qui étaient dévolues aux les CPTS dès les premières signatures. Mais on ne répond pas à l'accès à un médecin traitant, à la différence des centres de santé qui répondent à l'accès médecin traitant, comme on le voit quand on ouvre de nouveaux centres de santé. Pour vous donner des chiffres, nous avons un centre de santé du département du Nord qui a ouvert en janvier de cette année.

En cinq mois, on est aujourd'hui à plus de 2400 patients qui sont déclarés médecins traitants dont plus de la moitié à 60 ans. Un tiers est en ALD (Affection de longue durée), un tiers a plus de 70 ans. Donc là, on est vraiment dans une réponse aux besoins de prise en charge de patients âgés, de patients chroniques, de patients en ALD. On avait classiquement dans les centres de santé une sur-représentation de patients vulnérables ; là, on a l'impression qu'on a aussi une forte proportion de patients malades chroniques.

JIOVANNY DUMOULIN

Je suis chef du service santé au département du Pas de Calais. Une petite remarque simplement. Vous parliez tout à l'heure de temporalité sur les discussions. Je pense que la phase 2025 est essentielle. N'oublions pas qu'on a un certain nombre de centres de santé qui sont portés par des collectivités pour lesquelles effectivement les finances commencent à être de plus en plus compliquées. On sait que dans la situation actuelle, on a un certain nombre de collectivités qui ne passeront pas la phase 2025 et ne pourront pas présenter un budget en équilibre. Et très clairement, aujourd'hui, les discussions vont se porter sur les compétences facultatives qu'elles portent et notamment les centres de santé, et leur pérennité s'ils ne sont pas à l'équilibre. Et ça, c'est un point qui est pour moi essentiel. C'est une question de pérennité de l'offre de soins dans certains quartiers, dans certaines communes, qui est en jeu aujourd'hui autour de cette question du financement.

HELENE COLOMBANI

Oui, effectivement la situation est fragile pour beaucoup de centres de santé, dont la charge financière est reportée sur les collectivités gestionnaires. Pour nous, et pour toutes les organisations qui représentent les centres de santé, l'enjeu est justement d'essayer de préparer ces étapes à venir et de pouvoir les aborder avec un maximum d'éléments et d'être le plus convaincants possible. Je pense qu'on a des atouts.

Saliha Grévin, vient d'ailleurs d'en montrer très fortement l'exemple. Je pense que les élus locaux, puisqu'on rencontre régulièrement les élus et les associations d'élus, sont tout à fait conscients de cette problématique. Eux-mêmes portent le sujet. Maintenant, ce qu'il faut engager, c'est une nouvelle étape pour changer la manière d'organiser le système de soins primaires comme on l'a dit, et la manière de le financer. Effectivement, il faut créer un réseau de centres de santé ou de structures de santé partout sur les territoires permettant un accès à tout le monde pour qu'il n'y ait pas de déserts médicaux. Donc, pour qu'il n'y ait plus ces déserts médicaux et qu'on puisse travailler. On l'a vu avec beaucoup d'exemples aujourd'hui, il faut pouvoir travailler sur des nouveaux modes de financement des professionnels de santé. Ces modes de financement peuvent être mixtes au départ, mais étant donné qu'on va vers des personnes âgées, des personnes qui ont plusieurs pathologies, qu'il y a moins de disponibilité de personnel médical à un moment où il faut travailler en équipe, il va falloir penser le financement en équipe.

Et quand on est une équipe, on est une structure aussi et donc on a des coûts de structure. Et quand les maisons de santé annoncent qu'elles ont besoin d'un plan Marshall pour les maisons de santé, ça veut dire quoi ? Quand on est une structure, on a tous les mêmes besoins et à un moment il faut être équitable avec tout le monde et essayer de financer tout le monde correctement.

PHILIPPE LEDUC

Frederic Villebrun, un mot de conclusion.

FREDERIC VILLEBRUN

J'adhère à tout ce qui a été dit par Hélène Colombani et je pense qu'effectivement on a besoin d'avoir un soutien fort de tous et je pense que le séminaire d'aujourd'hui montre bien la pertinence des centres de santé. Néanmoins, avec des questions en termes de recherche, on n'a pas beaucoup parlé de la recherche, notamment des études qui avaient été faites au sein des centres de santé, notamment l'étude Epidaure qui montrait que les centres de santé sont potentiellement plus efficaces par ce type de recherche, mais on n'a pas suffisamment d'éléments de recherche pour aussi abonder dans cette direction et on a du côté des professionnels, beaucoup d'incertitude. Je pense aussi que beaucoup de praticiens, je parle des médecins généralistes parce que j'en suis un, mais l'ensemble des professionnels de santé aimeraient mieux connaître les centres de santé et ne pas avoir une sorte de d'image de déficit qui n'en est pas un puisque, comme l'a rappelé Hélène, en fin de compte, toutes les structures, qu'elles soient libérales ou de centres de santé, ont besoin de financement supplémentaire. Donc d'avoir une image et j'espère que le séminaire d'aujourd'hui permettra de redonner la réalité des choses et de pouvoir aussi montrer aux pouvoirs publics, de faire visiter des centres de santé à des décideurs. Parce que pour l'instant, on n'a pas eu la visite de la CNAM ou du ministère de la santé.

PHILIPPE LEDUC

Ce sont surtout des visites dans les MSP.

FREDERIC VILLEBRUN

On a eu peut-être une visite d'un centre de santé participatif, mais d'avoir un peu plus de visibilité aussi et par exemple, je parle du Premier Ministre ou du Président de la République, qu'ils puissent voir réellement comment travaillent les professionnels de centres de santé. Parce que ce ne sont pas des professionnels qui se tournent les pouces et qu'on est vraiment dans l'engagement et même pour certains, le militantisme et ça, ce n'est pas reconnu à leur juste valeur. Donc je pense qu'il y a une certaine reconnaissance à obtenir et ça passe par, comme vous le disiez au début, l'opinion publique et les décideurs.

PHILIPPE LEDUC

Merci, merci beaucoup et on va passer la parole à Alain Beaupin

ALAIN BEAUPIN

Je voudrais conclure par des remerciements, à vous à cette table ronde, à Philippe Leduc pour son animation fine et pertinente ainsi qu'à tous les intervenants. Merci aux chercheurs et aux personnalités qui nous ont fait partager leurs travaux et leurs analyses. Loin d'avoir épuisé le sujet, ils nous ouvrent des perspectives et nous invitent à de nouveaux travaux de recherche et à l'action. Merci aussi aux participants, puisque l'un des enjeux de ce séminaire était d'arriver à mettre toute la famille des centres de santé autour de la table et dans la salle. On a vu qu'entre les centres de santé qui viennent du municipal, des collectivités, de la mutualité, de l'associatif, toute la famille des centres de santé était là aujourd'hui, avec un intérêt marqué pour un futur que nous pourrions construire ensemble. Notre ami Richard a dit « un service public territorial de santé ». On voit bien qu'il faut porter les choses avec vigueur, c'est en tout cas ce qui me semble ressortir au plan politique. J'ajoute une invitation aux équipes des centres de santé à prendre part au projet coopératif d'entrepôt de données de santé Epidaure porté par l'Institut Jean-François Rey que nous avons évoqué.

Ce document est téléchargeable sur le site de l'IJFR
www.IJFR.fr

L'intégrale des vidéos du séminaire
est disponible sur notre chaîne youtube
youtube.com/@IJFR-videos

Pour nous contacter
contact@ijfr.fr

nos fondateurs



USMCS

Union Syndicale des Médecins
de Centres de Santé



fédération nationale des centres de santé

avec le soutien de

