

du

# LETTRE COLLÈGE

COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

## LES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES

### LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Les dernières Journées des économistes de la santé français qui se sont tenues à Bordeaux, à l'Ispe, en décembre dernier ont – une fois de plus – connu un fort succès traduisant le dynamisme et la qualité des travaux menés en économie de la santé par des doctorants comme par des chercheurs confirmés. Oublions d'ailleurs une image encore présente dans les esprits : les JESF ne sont pas dédiés aux jeunes ou aux doctorants et le 'J' est bien celui des 'Journées'. Lors de ces JESF, nous avons inauguré un nouveau format, avec une session invitée. Celle-ci, consacrée à l'évaluation, a montré que les chercheurs et les praticiens de l'évaluation ont besoin de se rencontrer et de confronter leurs questions et leurs solutions pour répondre aux nouveaux enjeux de l'aide à la décision.

Oui, les JESF sont ouvertes aux séniors comme aux jeunes.

Oui, les JESF sont ouvertes aux travaux d'évaluation comme aux travaux théoriques ou empiriques.

Carine Franc et l'ensemble du comité scientifique des JESF seront attentifs - demain comme hier - à cette ouverture.

Le CES sait aussi organiser le débat entre professionnels et chercheurs. En ce mois de mars 2015, le thème des prochaines matinées professionnelles sera consacré aux dispositifs médicaux, thème peu étudié par les économistes de la santé. Organiser ces matinées est ainsi une façon pour le CES d'inviter les chercheurs à s'emparer de nouvelles questions de recherche pour éclairer les débats et les enjeux de segments particuliers de l'activité du système de santé.

La présente lettre du CES réunit des papiers consacrés aux maisons de santé, issus de la matinée thématique de novembre dernier. Innovation dans l'organisation du système de santé, bousculant les équilibres et le modèle traditionnel des soins primaires, les maisons de santé interrogent les modalités de financement et de rémunération des professionnels de santé comme le partage des tâches dans l'accompagnement des patients. Je tiens à remercier Julien Mousquès qui a accepté – au nom du collège de coordonner ces dernières matinées et ce numéro de la Lettre du CES dont il signe l'éditorial.

Comme vous le savez, le CES a contribué à l'émergence de l'association européenne d'économie de la santé (European Health Economics Association, EuHEA). Après un an d'existence et une première expérience fructueuse, l'EuHEA organise en septembre 2015 à Paris son séminaire dédié aux doctorants et à leur directeur ou directrice de thèse. Il vous reste quelques jours pour envoyer vos propositions.

Soyez nombreux, la France accueille ce séminaire et elle doit être bien représentée ! Merci à Florence Jusot qui prépare attentivement cette rencontre qui sera, elle aussi – nous n'en doutons pas –, un moment agréable et convivial.

**Sophie BÉJEAN**

Présidente du Collège des Economistes de la Santé LEDi-Université de Bourgogne  
Présidente de Campus France

### ÉDITORIAL

L'exercice en groupe des généralistes en France, s'il est désormais majoritaire et l'objet d'un attrait croissant, reste néanmoins moins développé, de taille plus modeste et moins pluri-professionnel que dans d'autres pays comparables (Evrard et al, 2011 ; Kringos et al, 2013). Ainsi, la dynamique en faveur du regroupement en soins de premiers recours, qui jusqu'au milieu des années 2000 a été essentiellement portée par les choix des professionnels et l'évolution de leurs aspirations, est désormais accompagnée et soutenue par des politiques publiques, principalement en direction des maisons, pôles et centres de santé.

Plusieurs lois, programmes et autres plans ont ainsi été votés ou adoptés (e.g. Loi relative au développement des territoires ruraux de 2005, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de 2007 ; plan dynamique espoir banlieue de 2008, Loi hôpital patient santé et territoires de 2009, Loi Fourcade de 2011...). Cette « politique » a permis de mieux qualifier l'exercice regroupé pluri-professionnel, de créer un nouveau statut juridique en libéral (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires, Sisa), de labelliser le caractère pluri-pro-

fessionnel de certains logiciels de dossiers patients, et, enfin, d'allouer des aides financières à l'investissement et/ou au fonctionnement (e.g. fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, pôles d'excellence rurale, plans de développement des maisons et pôle de santé en milieu rural et urbain). C'est dans ce cadre que des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) ont été mises en œuvre en 2010. Elles cofinanciaient, au travers de montants forfaitaires distincts du paiement à l'acte, mais non substitutifs, le fonctionnement de maisons, pôles ou centre de santé sur la période 2010- 2013 à hauteurs de 50 000 par an et par site en moyenne. Ces montants forfaitaires visaient à améliorer la coordination des soins, à favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients (e.g. éducation thérapeutique du patient) et à développer la collaboration entre professionnels. Pilotées par la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), les ENMR ont été mises en œuvre au niveau local par les Agences régionales de santé (ARS) dans 19 régions françaises. Les ENMR concernaient 151 structures en

2012, elles ont été prorogées et étendues à 150 nouveaux sites jusqu'à fin 2014, dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

En 2014, le Ministère de la santé avait donné un mandat à la CNAMTS pour entamer des négociations avec les professionnels de soins de santé afin de généraliser les ENMR au travers d'une nouvelle politique conventionnelle, « la rémunération d'équipe ». La Cnamts proposait dans cette négociation un nouveau contrat pour les groupes pluriprofessionnels dans une logique de paiement à la performance. La négociation s'est conclue sur un échec au début du mois de novembre 2014, notamment pour des raisons conjoncturelles relatives au débat entre l'Etat et les syndicats professionnels sur la Loi santé, et la question de la poursuite du financement complémentaire du regroupement pluriprofessionnel était depuis lors suspendue à la réalisation d'un règlement arbitral.

Parallèlement à la diffusion des résultats d'une évaluation des ENMR (Mousquès et al, 2014), relativement favorable à l'exercice regroupé pluri-professionnel comparativement à l'exercice isolé ou regroupé monodisciplinaire, le règlement arbitral a été adopté récemment (décret du 23 février 2015). Le règlement arbitral prévoit que les caisses locales d'assurance maladie et les agences régionales de santé contractent avec des structures pluri-professionnelles volontaires. Les forfaits seront alloués dans une logique de paiement à la performance avec des critères en matière d'accessibilité aux soins de santé (e.g. heures d'ouverture, soins non-programmés, coordination, étendu des soins paramédicaux et spécialisés), d'intensité de travail d'équipe (e.g. protocoles pluriprofessionnelles principalement pour des maladies chroniques) et de dossiers patients informatisés et pluriprofessionnels (e.g. certification ASIP partagé entre tout le professionnel de soins de santé). Le montant des forfaits alloués est estimé, pour une liste de patients inscrits de référence de

4000 patients, à un maximum de 51 800 € par an et à un minimum de 17 850.

Il est notable de constater que dans le cadre des ENMR, comme dans celui du règlement arbitral sur la rémunération d'équipe, une place nouvelle est donnée à l'évaluation dans la conduite des politiques publiques. Elle associe plus étroitement expérimentation, extension, évaluation et généralisation.

En matière de recherche, la poursuite et l'amplification des travaux sont nécessaires afin d'accumuler de l'évidence sur l'impact de ce mode d'exercice, à partir d'échantillons de sites plus importants et d'une temporalité d'observation plus étendue. La question de l'identification de contrats optimaux pour ces formes d'organisation, notamment en matière d'équilibre entre rémunérations individuelles à l'acte des professionnels et collectives à la capitation, doit être exploré plus abondamment.

### Références

*Evrard I., Bourgueil Y., Le Fur P., Mousquès J., Baudier F. (2011). Exercice de groupe et pratiques de prévention en médecine générale, In Gautier A (dir.) Baromètre santé médecins généralistes 2009, Inpes, pp. 221-237.*

*Kringos D.S., Klazinga N.S. (2013). The composition of primary care teams: , , , The Netherlands, . Country Profiles, Academic Medical Center, University of Amsterdam, 61 pages.*

*Mousquès J., Bourgueil Y. Avec les contributions de Afrite A., Cartier T., Chevillard C., Couralet P.-E., Daniel F. et Lucas-Gabrielli V. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Rapport Irdes, n° 559, 2014/12, 154 pages.*

**Julien MOUSQUES**  
IRDES

## LA MSP AUJOURD'HUI : QUELS RETOURS D'EXPERIENCE ?

**Pierre DE HAAS**  
Fédération française des maisons  
et pôle de santé FFMPs

Nous assistons depuis quelques années à une transformation progressive des modalités d'exercice des professions de santé. Les patients changent (plus savants), les pathologies changent (deviennent plus complexes), les traitements évoluent (plus personnalisés), et les professionnels de santé commencent à adapter leur exercice à cette nouvelle donne.

Deux idées générales sont à retenir sur l'évolution des soins primaires.

D'abord, il s'agit du passage d'un travail isolé à un travail en équipe. Cette transformation du travailleur isolé, de l'artisan, au travail en équipe, s'est déjà déroulée ailleurs, notamment dans les services de cancérologie qui ont une nette avance sur ces modalités. En soins primaires, ce changement impacte non seulement le partage des tâches mais aussi le partage de compétences et les problématiques économiques qui en découlent.

La deuxième idée est que nous assistons au passage d'un système qui s'intéressait aux soins à la personne à quelque chose de nouveau qui est à la fois le soin à la personne, mais aussi la santé de la population sur un territoire.

Aujourd'hui en tant que professionnel de santé, nous ne sommes pas seulement responsable de Mme Dupond qui vient nous voir pour un problème particulier, mais nous nous implique aussi, à travers cette consultation, à sa famille, à son emploi, et à son éventuelle problématique sociale et environnementale. Les professionnels des soins primaires investissent progressivement la question de la santé dans le quartier ou le village.

La définition des maisons de santé a été modifiée trois fois de suite dans des textes législatifs successifs. Nous avons inventé ce terme avec quelques amis pour les distinguer des maisons médicales qui étaient simplement des mises en commun de moyens. Ce terme a connu le succès et s'est retrouvé ainsi rapidement dans la loi avec la LFFS de 2008. La dernière définition est celle de la loi du 10 août 2011 dite loi Fourcade. Cette loi a permis de faire beaucoup progresser des points comme le partage de l'information dans l'équipe de soins primaires et aussi la création des SISA (Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires) qui sont des sortes de SCM améliorés.

Aujourd'hui, une maison de santé professionnelle est définie comme une équipe de professionnels de santé comportant au moins deux médecins et un autre professionnel de santé (sage-femme, dentiste, pharmacien, auxiliaire médical). Ils se réunissent et ont ensemble un projet de santé. Ils écrivent ce qu'ils projettent pour leurs patients et pour la population de leur territoire. Ils décrivent leur mode d'organisation pour assurer les soins et les objectifs qu'ils se sont fixés. C'est la différence avec une maison médicale classique où les uns et les autres produisent des soins, mais sans coordination ou projet global sur leur territoire.

Il est possible aussi d'avoir des soins secondaires dans ces structures avec des consultations avancées de médecine spécialisée par exemple.

Le nombre des maisons de santé est connu car dénombré par l'observatoire des maisons de santé mis en place par la DGOS à partir des chiffres fournis par les ARS. Le nombre de 500, maisons de santé a été dépassé alors que nous étions à une dizaine en 2006. Un nombre équivalent d'environ 500 projets sont dénombrés, ce qui veut dire que le millier de maisons de santé sera atteint en 2015. Si nous associons ce nombre de maisons de santé dans lesquelles les gens travaillent en libéral avec les centres de santé, dans lesquels les gens travaillent en salarié, nous en concluons que 10 % des professionnels de santé des soins primaires en France

exercent dans des structures coordonnées de ce type-là. Il est probable que les 20 % seront atteints en 2015. Quelque chose s'est donc enclenché qui pourrait faire basculer le système de distribution des soins primaires dans les dix ans pour les plus optimistes, ou dans les trente ans pour les plus pessimistes.

Trois leviers nous paraissent importants pour expliquer cette évolution :

Le premier est le changement de la relation au travail, qui n'est pas spécifique au monde de la santé. Aujourd'hui, les professionnels de santé ne veulent plus travailler comme cela se pratiquait il y a 30 ans. Un professionnel de santé ne peut travailler isolé s'il désire travailler trois jours ou trois jours et demi par semaine. La génération qui arrive sur le marché du travail désire travailler moins que ses aînés. Comme les séniors se laissent « contaminer » par cette nouvelle relation au travail, cela pose des questions de productivité qui poussent à une organisation différente.

Le deuxième levier relève de la rémunération. Aujourd'hui, la rémunération des professionnels de santé est dominée par la part dite « à l'acte » qui est longtemps restée la part exclusive. Progressivement nous voyons apparaître des rémunérations forfaitaires comme les rémunérations sur objectifs de santé publique ou de « médecin traitant ». Ces rémunérations sont liées au nombre de patients, mais aussi à l'organisation de la structure de soins. D'autres rémunérations apparaissent comme les nouveaux modes de rémunérations qui sont des rémunérations d'équipes. Il est visible que les ressources se destinent plus souvent à des rémunérations sur cahier des charges, plutôt qu'à des rémunérations d'actes. Cet item de la rémunération est très important en termes de levier car il est un des outils de la stratégie politique pour orienter les professionnels de santé vers un nouveau modèle d'organisation des soins primaires.

Le troisième levier, c'est celui que nous pouvons associer à la notion d'accessibilité. À la fois une question de démographie qui pousse les professionnels à se regrouper sur un territoire pour faciliter l'accessibilité. La réglementation sur l'accessibilité des cabinets pousse les professionnels de santé à se regrouper pour faciliter la mise aux normes.

Il existe aussi plusieurs raisons de blocage. Quatre d'entre eux nous semblent importants :

Le premier est représenté par les hommes et les femmes qui font le monde de la santé. Il est difficile de faire bouger une profession qui travaille d'une certaine manière depuis 30 ans, surtout quand ce sont des professionnels qui gagnent leur vie correctement. Faire changer une profession sans levier économique est quelque chose de compliqué, ce qui est logique et humain.

Ce travail de tentative de conviction est réalisé par notre fédération : réunions locales, journées portes ouvertes, séminaires, journées nationales, accompagnement des équipes sur le terrain. Nous sommes passés de 2 fédérations régionales en 2006 à 23 aujourd'hui. Cela montre qu'il y a une véritable dynamique qui s'enclenche chez beaucoup de professionnels de santé.

Le deuxième blocage relève de la problématique immobilière. En rural, il est relativement aisé de bâtir une MSP car des terrains se trouvent. En centre urbain, c'est plus compliqué. A Paris aujourd'hui, nous rencontrons un véritable souci et c'est un blocage au développement des soins primaires coordonnés. Nous travaillons sur des pistes en sensibilisant la caisse des dépôts et consignations pour créer une société foncière spécifique aux soins primaires. Les politiques doivent se saisir de cette question immobilière si nous voulons poursuivre cette « révolution » des soins primaires dans les grandes villes.

Le troisième blocage relève du management d'équipe. Une fois que nous aurons atteint 20% de professionnels de santé travaillant en équipe, nous aurons éclusé les leaders potentiels. Ceux en capacité de porter des projets et de les faire vivre. Manager une maison de santé nécessite des managers. Tous les professionnels de santé n'ont pas l'appétence, voire la compétence pour ces fonctions. Nous venons de créer une société coopérative de services pour les soins primaires. Cette société coopérative démarre en répondant à quelques équipes en

demande de coordinatrices ou -teurs à temps partiel. L'objectif sera ensuite de proposer des services comme secrétariat, gestion immobilière, gestion des stocks, gestion de systèmes d'information etc...

Un autre blocage est celui de la rémunération. Il n'y a qu'aujourd'hui guère de visibilité à court terme des rémunérations d'équipes citées plus haut. Un blocage est survenu lors des négociations conventionnelles qui devaient leur donner jour. Nous attendons que l'arbitre conventionnel remette ses décisions.

Il existe par ailleurs une multitude de d'autres sujets relevant de cette thématique. Nous travaillons sur les nouveaux métiers avec une perspective de création de 3 à 4000 emplois sur ce secteur dans les 10 ans, que ce soit des postes d'assistants médicaux de coordination dans les équipes... Nous lançons en Rhône-Alpes une expérience sur des médecins DIM, Délégués en Informatique Médicale, pour tenter de rattraper le retard important sur les systèmes d'information et l'utilisation des indicateurs. Nous travaillons aussi avec la Haute Autorité de Santé sur les démarches qualité, après la production d'une grille d'analyse des organisations de soins primaires et des équipes en maisons de santé. Enfin, un champ exploratoire est à développer sur les évolutions juridiques et réglementaires concernant ce travail en équipe, car les modèles de société d'exercice existants ne conviennent plus à cette évolution.

**Pierre DE HAAS**

### **Stephen S. MICK**

**Professeur Virginia Commonwealth University**

À propos des élections récentes aux États-Unis, en dépit des pertes écrasantes pour les démocrates, nous pensons que cela ne va pas mettre fin à la réforme du système de santé. Certes, il va y avoir beaucoup d'efforts pour supprimer Obama Care de la part des républicains, mais le Président a toujours le pouvoir de veto contre toute législation proposée. L'Accountable Care Act est l'une de ses principales. Nous sommes certains qu'il résistera à toutes les attaques contre elle. En outre, au fur et à mesure de la mise en œuvre du projet de loi sanitaire, certains républicains opposants ont perdu leur souhait de s'en débarrasser. Les avantages de quelques éléments de l'Obama Care ont été appréciés par un nombre croissant de l'électorat. De toute façon, les changements proposés pour reformer le système de prestations des soins sont volontaires, pas obligatoires, et donc pas dans la ligne de mire des républicains. Nous pouvons avoir tort, tous les paris sont ouverts.

L'histoire des efforts de réforme du système de santé aux États-Unis date au moins des années 30. Après plus de 80 ans de lutte, on connaît bien les formes variées d'organisation qu'on a échafaudées. Nous allons présenter les PCMH (primary care ou patient centered medical homes) ainsi que les ACO (Accountable Care Organizations) car nous ne pouvons plus parler de l'une sans l'autre quand il s'agit des États-Unis.

La croissance récente des ACO et des PCMH est impressionnante : 1 500 PCMH en 2010, 5 739 en 2013 ; 140 ACO en 2011, 600 en 2013. Le véritable essor de ces deux formes d'organisation médicales est donc clair mais il ne faut pas exagérer leur étendue. Il existe à peu près 700 000 médecins aux États-Unis dont 209 000 généralistes. Parmi eux, 28 000 font partie des PCMH soit seulement 13 % des généralistes et moins d'un pour cent du total. En même temps, il y a 109 000 regroupements avec deux médecins ou plus et 5 739 regroupements font partie des PCMH, ce qui veut dire que seulement 5% de tous les regroupements sont des PCMH.

Depuis 1967 les pédiatres ont conçu l'idée d'une maison médicale mais pendant des décennies le conseil est toujours resté dans les coulisses de la grande politique sanitaire. Ce n'est qu'après l'échec des HMO à la fin des années 90 que l'idée des PCMH s'est envolée. Elle ne faisait pas partie des réformes sanitaires publiques, mais des organisations professionnelles et privées ainsi que certaines fondations ont mis en avant la nécessité de réformer le système de prestations des soins de santé selon les grands axes des PCMH, qui sont les suivants : les patients inscrits auprès d'un médecin particulier, une équipe pluridisciplinaire de santé dirigée par un médecin, une orientation à la santé totale soit une approche holistique, des soins coordonnés liés au dossier médical électronique, des horaires plus étendus, un accent sur la qualité et la sécurité. Le mouvement des ACO s'est basé sur quelques éléments au cœur des PCMH et certains observateurs croient que le succès des ACO dépendra de la façon dont ils adoptent les principes fondamentaux des PCMH.

Quels sont les éléments des PCMH que les ACO ont adopté ou n'ont pas adopté? Les PCMH visent à fournir des soins centrés sur le patient et à réduire la fragmentation des soins. Dans les PCMH les patients sont acteurs de leur soin alors que les ACO n'ont pas explicitement cet objectif. Les patients d'un PCMH ont une relation continue avec des praticiens de soins primaires qui coordonnent leurs soins auprès de tous les prestataires et établissements de soins de santé et à travers toutes les étapes de la vie. L'accent dans les ACO d'intégrer les soins est emprunté au concept des PCMH de coordonner les soins aux patients. Les ACO construisent des incitations financières en direction des praticiens pour coordonner les soins, les PCMH ne le font pas. Les ACO attachent également le remboursement des rémunérations au rendement des normes, c'est-à-dire les 4P4, Pay for Performance, ainsi que l'introduction de plus de prise de risques sur ceux qui sont responsables du budget.

Alors que les deux mouvements sont volontaires, devenir ACO public est plus difficile car il existe des règlements relativement stricts applicables à toute entité qui plonge dans l'océan réformiste. Par contre, devenir un PCMH nécessite un processus d'accréditation régi par des associations privées, notamment la AAAHC. Ce n'est pas forcément une tâche facile, mais puisqu'il n'y a pas de financement lié à la désignation PCMH la route n'est pas aussi difficile. Avec la propagation de la prise de risques sur les regroupements, aussi bien que les contraintes sur les paiements, le modèle ACO deviendra à notre avis le modèle dominant aux États-Unis et il absorbera le modèle PCMH. Dès le moment où les assureurs privés seront convaincus que la réforme marchera suivant les expériences du gouvernement fédéral avec les Medicare ACO, le poids combiné des acteurs privés et publics forcera les cabinets médicaux

dans un type d'ACO ou un autre. Ceux qui sont déjà transformés en PCMH auront un grand avantage tandis que les autres auront des difficultés et beaucoup échoueront.

Les questions centrales consistent à savoir quelle sera la forme dominante des PCMH et ACO de l'avenir ? Qu'est-ce qui fonctionnera le mieux pour atteindre l'objectif d'augmentation d'accès et d'amélioration de la qualité et de réduction des coûts ? Nous n'avons pas la réponse à l'heure actuelle, mais il y a des signes de ce qui pourrait arriver :

- Premièrement, une étude empirique qui n'a pas encore été publiée mais qui le sera prochainement dans la revue Health Services Research a montré qu'il existe trois catégories de PCMH et ACO. : (i) les grandes Integrated Delivery System, IDS, comme les HMO, bien connues, qui sont vraiment des organisations pluridisciplinaires, (ii) les organisations un peu plus petites administrées par les médecins, pour les médecins, et avec une gamme de prestations plus restreinte, (iii) les regroupements faisant partie des hôpitaux, surtout les établissements dans les centres hospitaliers régionaux, les grands groupes d'hôpitaux contrôlés par les administrateurs et non par les médecins. La taille de tous les trois est bien plus grande que le regroupement moyen de médecins en soins primaires. Ce qui se passe c'est que les petits qui ont été historiquement au centre de l'émergence des PCMH disparaissent un par un. Le nombre de médecins affiliés à des regroupements a augmenté très rapidement alors que le nombre de regroupements PCMH a augmenté plus lentement. Il est donc possible de conclure que le mouvement PCMH est en train d'être intégré au mouvement ACO.

Aussi y a-t-il un grand débat entre ceux qui pensent que les structures de petite taille liées par les contrats, florissantes sur les marchés libres, sont préférables aux structures beaucoup plus grandes et intégrées administrativement. L'économiste James Robinson pense que les grandes structures causent « la perte de l'esprit entrepreneurial » et « la perte de la volonté d'accepter le risque et le développement d'une mentalité de bureaucrates par les gens travaillant au sein des établissements sanitaires ». De l'autre côté, Stephen Shortell insiste sur le fait que les grandes structures sont meilleures parce qu'elles ont toutes les ressources pour faire le nécessaire quand il s'agit des réformes sanitaires. Il ne le dit pas mais il se peut que ce soit une question de coûts de transaction. Les marges médicales sont trop faibles peut-être pour que les petites structures puissent achever leur objectif sans dépenser beaucoup plus d'argent que ce qui serait nécessaire dans les plus grandes structures intégrées verticalement. Le débat n'est pas fini mais on voit les enjeux.

Enfin, un regard sociologique : Même si nous ne connaissons pas la réponse à la question « laquelle des structures sera la meilleure pour que les objectifs de la réforme soient atteints ? », nous savons qu'il y a certains défis qu'un regroupement doit surmonter s'il est prêt à aller au-delà des formes de la pratique médicale habituelle. Il s'agit de quatre tensions, ou contradictions, ou paradoxes :

1. La force centripète vers l'intégration vs force centrifuge vers la différenciation. La première est liée à la nécessité de coordonner l'activité compliquée dans la prise en charge d'un patient. Les meilleurs soins sont ceux qui ont bien intégré tous les niveaux d'expertise dans une continuité interdisciplinaire contribuant à assurer la sécurité des patients. La seconde pousse l'organisation vers le cloisonnement des tâches et de ceux qui les font, une compétence nécessite de savoir beaucoup d'aspects médicaux qu'il n'est pas possible de partager parmi des groupes professionnels. La formation technique doit être différenciée.

2. Les règles et procédures formelles vs le conseil flexible. Les premières privilégient la prévisibilité du comportement, assez essentiel dans le quotidien d'un établissement. Les secondes privilégient les besoins de changement et l'adaptation face à l'imprévisible, aspect aussi essentiel à cause du caractère aléatoire de la maladie.

3. La structure hiérarchique vs l'autorité horizontale ou transversale. La première permet des liens clairs et limpides soulignant l'autorité verticale, la sécurité des ma-

lades exige la communication transparente et définitive. La seconde permet des décisions par consensus et favorise l'organisation apprenante ; la connaissance médicale est toujours en train de s'élargir et de s'approfondir.

4. Le rôle bien défini et étroit vs le rôle faiblement défini et souple. Le premier permet l'évaluation de la responsabilité et de la performance : chacun doit être évalué selon les critères bien compris donc chacun a besoin de connaître son domaine. Le second permet la souplesse, la satisfaction des effectifs et la reconversion : les besoins des malades exigent souvent qu'une personne fasse des tâches qui s'imbriquent.

Ces quatre dimensions d'analyse de tensions traversent toutes les formes d'organisation en santé. Les petits regroupements et le réseau contractuel si cher à certains économistes américains sont-ils les mieux placés pour surmonter ces tensions ? Les modèles de regroupement plus grands et déjà intégrés administrativement auront-ils la plus grande chance de succès ? Il est nécessaire que le traitement de ces tensions fasse l'objet de négociations et de confrontations au sein des structures quelles qu'elles soient. Trouver un équilibre entre les quatre tensions n'est pas du tout évident mais cela ne veut pas dire que c'est impossible. Nous sommes à la frontière de la recherche sociologique dans ce domaine. C'est notre grand défi.

**Stephen S. MICK**

---

**Erin Strumpf**  
Professeur associé, Université McGill

---

Nous souhaitons présenter brièvement le concept de « Groupe de Médecins de Familles - GMF » au Québec ainsi que les résultats de quelques études, observationnelles voire quasi expérimentales, que nous avons menées au cours de ces dernières années afin de mieux comprendre l'impact des GMF.

La politique GMF a été mise en place en 2002. Le concept repose sur six à douze médecins qui travaillent ensemble et en collaboration avec les infirmières. D'autres professionnels de la santé peuvent collaborer, mais cela est assez rare au Québec. Concernant l'aspect populationnel, cela représente mille à deux mille patients par médecin en équivalent temps plein. La participation pour les médecins comme pour les patients est complètement volontaire au Québec. Le patient peut donc choisir s'il veut être pris en charge dans une GMF ou non ainsi que le médecin. Il existe aujourd'hui environ 250 GMF dans la Province de Québec, soit environ 60 % des médecins omnipraticiens et à peu près 40 % de la population inscrite.

La conception de cette politique a reposé sur le fait que les infirmières joueraient un rôle clé dans le soin des patients. Un contrat est signé entre chaque GMF et les instances locales de la santé. En échange d'un peu plus de financement public, en particulier les salaires des infirmières, les GMF sont d'accord pour augmenter leur offre de service, c'est-à-dire les heures d'ouverture en fin de semaine et le soir. Un autre point-clé est que les médecins gardent le même mode de rémunération en GMF et hors GMF, c'est-à-dire presque toujours un paiement à l'acte. Il n'y a pas de paiement à la performance y compris en GMF. Les objectifs visaient également à améliorer l'accès aux soins, les liens entre les services de première ligne et les services sociaux et enfin la qualité de service. L'idée de rendre le système de santé plus efficace était moins explicite dans la politique mais il s'agit d'une idée présente, comme pour tout système de santé.

Concernant les études, nous avons tout d'abord analysé s'il y avait ou non un impact des GMF sur l'accès aux soins. Il existe des régions socio-sanitaires au Québec où le taux de participation parmi les médecins ou parmi

les patients inscrits a augmenté beaucoup plus comparativement aux autres. Nous avons utilisé cette différence ainsi que l'enquête nationale sur la santé des collectivités canadiennes, conduite pendant dix ans. Nous avons ainsi étudié 114 000 résidents du Québec de 18 ans et plus. Nos résultats n'ont montré aucun lien entre la participation en GMF au niveau régional et le pourcentage de Québécois qui déclaraient avoir un médecin de famille, des besoins de santé non comblés ou des difficultés à accéder aux soins pendant les heures régulières ou en dehors des heures régulières. Ainsi, nous n'avons trouvé aucun effet des GMF sur l'accès aux soins. Cela pourrait être lié au fait que certaines GMF ne respectent pas leur contrat. En effet, le Ministère de la santé a découvert que 40 % des GMF n'ouvrent pas en fin de semaine comme le stipule le contrat et n'inscrivent pas le complément de patients dont ils sont responsables. Il y a ainsi peut-être un problème entre la conception de la politique et la façon dont elle est mise en oeuvre dans la réalité.

Une autre étude que nous avons conduite repose sur les données administratives du Québec issues de la Régie d'Assurance Maladie. Nous avons ainsi une base de 800 000 patients vulnérables, suivis chacun pendant sept ans. Dans ce contexte, vulnérable signifie que le patient a 70 ans ou plus, ou a une maladie chronique. Il s'agit donc d'une population âgée ou malade qui est déjà dans le système de santé. Cette étude a porté sur la première génération de GMF, c'est-à-dire les GMF mis en place au cours des deux premières années de la politique. La première étape a consisté à regarder si les caractéristiques des médecins et des patients qui rejoignent la GMF sont différentes, c'est-à-dire, s'il y a ou non une sélection. Nous avons montré que les GMF attirent des médecins qui pratiquent dans plusieurs lieux, c'est-à-dire qu'ils voient des patients en hôpital, en clinique et en urgence. Concernant les patients, nous avons montré que ceux qui rejoignaient les GMF étaient en moyenne plus malades et plus défavorisés.

Afin de corriger les différences entre GMF et non GMF, nous avons utilisé dans toutes ces études postérieures aux premières un score de propension afin de rendre les deux groupes comparables. Nous avons ensuite utilisé des modèles de régression qui comparent les changements dans le temps pour les patients en GMF avec les changements dans le temps pour les patients hors GMF. Il s'agit donc de la même idée qu'un essai clinique randomisé, sans la randomisation.

Nous avons analysé l'impact des GMF sur les pratiques cliniques préventives, c'est-à-dire les services qui sont conseillés par les lignes directrices et qui indiquent une qualité de soins en termes de processus. Nous avons trouvé des résultats mixtes : 1. Nous avons constaté une augmentation de 4 % par an pour les examens de mammographie des femmes ciblées dans les GMF, ce

qui est un bon résultat, mais aucun impact sur les taux d'osteodensitométrie, ainsi que sur les coloscopies. 2. Nous avons également analysé les lignes directrices par rapport aux maladies chroniques : diabète, insuffisance cardiaque et maladies pulmonaires obstructives chroniques parmi les patients de 65 ans et plus. Là aussi nous avons trouvé des résultats mixtes : une baisse de 3 % parmi les patients diabétiques qui ont une ordonnance de médicaments appropriés, c'est donc un mauvais résultat pour les GMF, par contre une augmentation du taux de consultation chez un optométriste, ce qui est un bon résultat. 3. Pour plusieurs autres indicateurs il n'y avait aucun effet pour les GMF. Il est donc clair qu'il y a de bons, mais aussi de mauvais résultats et enfin une absence de résultats.

Nous avons en outre étudié l'utilisation des services et leur coût. Nous avons montré que les GMF réduisent le nombre de visites auprès des omnipraticiens de 11 % par an et donc le coût associé. Les GMF réduisent également le nombre de visites chez un spécialiste de 4 % et les coûts associés de 5 %. Concernant les coûts totaux, c'est-à-dire les coûts pour les services ambulatoires et les coûts hospitaliers, nous avons constaté un effet : les GMF réduisent bien les coûts d'environ 6%, mais uniquement pendant les premières années, car cinq ans plus tard les coûts sont exactement les mêmes. Des analyses sont en cours afin de comprendre ce phénomène, est-ce une vraie diminution ou non ? Les coûts pour le Ministère de la santé afin de mettre en place et maintenir les GMF sont inférieurs aux économies réalisées durant les premières années. Mais si les économies ne sont pas pérennes, les coûts, eux, le sont. Nous ne pouvons donc garantir que le résultat soit positif.

Pour résumer, nous n'avons pas trouvé de preuves montrant que les GMF améliorent l'accès aux soins de premier recours au Québec alors que c'était leur objectif majeur. Il y a en revanche des preuves limitées montrant que les GMF ont amélioré la qualité des soins.. Les GMF ont également réduit les coûts et l'utilisation des services généraux et spécialisés. Enfin, les GMF permettent une réduction des coûts totaux durant les premières années.

Afin de mieux comprendre ces résultats et améliorer la performance des GMF, il faut mieux comprendre ce qui arrive dans ce type d'organisation, c'est-à-dire jusqu'à quel point la réalité est conforme à la conception de la politique, nous avons vu cela par rapport à la question de l'accès. Comment aussi les professionnels de la santé qui viennent de différentes disciplines travaillent ensemble ? Nous souhaiterions connaître les impacts sur la santé des patients inscrits de la population québécoise en général et quels sont les facteurs contextuels qui peuvent limiter l'évolution de ces individus et les organisations.

Erin STRUMPF

## LA MSP DEMAIN : COMPLEMENT OU SUBSTITUT DE L'OFFRE DE SOINS DE VILLE ?

**Valérie BUTHION**

MCU-HDR, Université Lumière Lyon 2, COACTIS  
EA 4161

Deux thèmes de réflexion, issus de nos expériences - celle de chercheur sur l'organisation des soins à l'interface ville-hôpital et celle d'évaluateur des politiques publiques de santé au sein du Haut Conseil de la Santé Publique - ont rencontré les préoccupations des participants à cette table ronde ainsi que celles des intervenants qui nous ont précédés dans la matinée. Ces thèmes reviennent de façon récurrente dans la question de l'organisation des soins.

Le premier thème est qu'attend-on véritablement des prestations des maisons pluriprofessionnelles de santé (MPS)? Avec l'évocation des soins primaires, de soins coordonnés, on se retrouve avec des objectifs assez proches de ceux qui avaient été attribués aux réseaux de soins. La première question est donc de savoir ce que l'on attend des MPS : combler un manque de soins de première ligne ? on a parlé des déserts médicaux etc., ou remettre en question la répartition entre la ville et l'hôpital ? Car une fois que l'on regroupe des professionnels de santé dans une structure organisée qui leur donne un peu de marge de manœuvre pour faire plus de prestations, ne sont-ils pas naturellement amenés à proposer plus de services ? La question des MPS peut-elle alors se poser indépendamment de la

question du recul d'un certain nombre de prises en charge à l'hôpital ?

Le second thème est un problème qui se pose de façon régulière dans l'évaluation des politiques publiques, notre tendance colbertiste, jacobine, notre maladie génétique à la standardisation et à la réglementation. Ces MPS ont-elles vraiment besoin d'un modèle type ? On comprend bien sûr que les assureurs apprécient le fait de n'avoir qu'un seul modèle, plus simple à financer, car reposant sur moins d'incertitudes pour calculer les dotations budgétaires, mais cela est opposé à la réalité des territoires. Une MPS implantée en Basse-Normandie doit-elle avoir les mêmes fonctions que celle qui va se retrouver en zone urbaine, alors que l'hôpital n'est pas loin ? Dans certaines zones géographiques, l'hôpital bon an, mal an, prend en charge un certain nombre de choses. Faut-il transférer ces prises en charge dans une MPS ? A-t-on vraiment besoin des mêmes structures ? La question de la généralisation des expériences qui fonctionnent se retrouve dans toutes les évaluations de politique de santé, alors que l'on connaît la faible reproductibilité des expériences de ce type. Sera-t-on enfin capables, au regard des besoins des populations aujourd'hui sur des territoires hétérogènes, de sortir de ce besoin irrépressible, par la réglementation ou par la tarification, d'étouffer les expériences par un modèle unique ?

**Valérie BUTHION**

**Pierre-Jean LANCRY**  
Vice-président du Haut Conseil  
Pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

En Basse-Normandie on ne parle pas de maisons de santé mais de pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA). Dans le grand Ouest, c'est cette notion de PSLA qui prévaut, qui n'est pas nécessairement une maison en dur. Il peut s'agir de différentes structures coordonnées, s'appuyant sur un hôpital local, une maison, etc., d'où l'idée de pôle. Même si l'ARS « pilote », il faut savoir qu'à chaque fois, l'initiative provient des professionnels eux-mêmes. Toutes les expériences où des municipalités ont essayé d'attirer seules des professionnels, n'ont pas marché. Ce que nous avons pu observer, et qui nous paraît fondamental, est cette nouvelle approche par rapport à la patientèle. On passe de la relation entre un médecin et sa patientèle à un projet de santé pour une population dans un territoire donné, comme c'est le cas à Orbec, où se trouve le premier

pôle de santé de Basse Normandie. A ce jour on en dénombre une trentaine, installés ou en projet. L'idée est qu'on y trouve à la fois des soins de premier recours, de la prévention, de l'éducation thérapeutique, etc.

On a commencé à « universitariser » des pôles de santé en Basse-Normandie. Ainsi des chefs de clinique, des maîtres de conférences de médecine générale valident leur parcours universitaire dans des PSLA. Il s'agit d'une chose très utile car il y a ce lien entre la formation et la pratique professionnelle.

Nous avons beaucoup d'espoir quant au développement de ces structures car elles répondent à un besoin et à une demande, à la fois des professionnels eux-mêmes mais aussi des ARS et des populations. S'agit-il d'une structure qui va venir concurrencer l'hôpital ? Nous ne le savons pas et cela ne constitue pas notre préoccupation première. Certains médecins ne souhaitaient plus rester dans certains territoires. L'évaluation a montré que l'on a pu stabiliser la démographie



médicale des généralistes dans les zones où ont été créées des pôles de santé. Mais ce que l'on a observé aussi et qui a été très utile, c'est que l'on a pu développer en parallèle des « groupes qualité », des « groupes de pairs ». En Basse-Normandie, sur 1280 médecins généralistes, 270 médecins participent à ces groupes qualité soit plus de 20%, ce qui est énorme. L'Assurance Maladie a observé que les prescriptions médicales et les pratiques, sont très différentes entre les médecins qui participent à ces groupes qualité et les médecins qui n'y participent pas. Nous soulignons l'existence et l'importance des groupes qualité car systématiquement, la création d'un pôle de santé émane des médecins qui sont dans les groupes qualité. Nous ne savons pas dans quel sens est la causalité, mais il y a un lien entre ceux qui ont une approche différente de leurs pratiques et ceux qui créent des pôles de santé. Nous ne sommes donc pas étonnés d'observer, comme le montrent aussi les expériences étrangères, une baisse des prescriptions ou une meilleure prescription. En Basse-Normandie et dans le Grand-Ouest une baisse des prescriptions de

médicaments a été observée. Aujourd'hui, la question qui reste en suspens est de pérenniser le financement de ces groupes qualité. Cela concerne une dizaine de régions sur les 24 administratives. Les économies générées sont très supérieures au coût de fonctionnement mais si nous ne pérennisons pas les groupes qualité, nous risquons de ne plus avoir de promoteurs des PSLA. Nous terminerons notre propos par un point concernant l'hospitalisation : la question n'est pas celle de la concurrence ou de la complémentarité. La question est la suivante : si on arrive à substituer un type de production de soins par un autre, ambulatoire versus hospitalier, alors comment faire évoluer ces structures hospitalières lorsque l'on sait les difficultés que l'on rencontre sur le terrain ? Faire évoluer les structures hospitalières est extrêmement difficile. Que devons-nous faire avec une production de soins ambulatoires plus importante et une production de soins hospitaliers plus faible ?

**Pierre Jean LANCRY**

**Leïla DAGNET**  
Direction de la jeunesse,  
des solidarités et du sport  
Région PACA

## LES MAISONS RÉGIONALES DE LA SANTÉ : UNE POLITIQUE D'ACCÈS AUX SOINS ET D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Les collectivités territoriales et les professionnels de santé en Provence-Alpes-Côte d'Azur se sont engagés récemment dans le mouvement de regroupements pluri-professionnels, alors qu'il était initié plus précocement dans d'autres régions. En effet, les indicateurs de santé y sont globalement satisfaisants, et l'offre de soins, libérale et hospitalière, est bien pourvue en dépit de quelques zones sous-dotées. A la parution du cahier des charges des Maisons de santé pluri-professionnelles en 2010, plusieurs communes rurales avaient interpellé les pouvoirs publics sur des difficultés à renouveler leur médecin généraliste, dont certaines connaissaient de réelles situations de désertification médicale.

Mais si le territoire régional présente une offre de soins supérieure à la moyenne nationale, il est marqué par des inégalités, qu'il s'agisse de l'état de santé, de la consommation de soins ou de la répartition des services de santé. Ces inégalités sont essentiellement liées aux contrastes des lieux de vie et aux inégalités socio-économiques.

En effet, le littoral, situé au sud de la région, rassemble deux métropoles, plusieurs grands centres urbains et des territoires fortement industrialisés. A l'inverse, le nord de la région se compose en grande partie de territoires ruraux et alpins. De même, les écarts de niveau de vie en région sont parmi les plus importants en France, les zones périphériques des grandes villes se distinguent par la forte proportion de ménages pauvres et le taux de chômage important des femmes et des jeunes.

Ce contexte socio-économique et géographique contribue à des disparités très marquées en termes d'état de santé et de recours aux soins. Les indicateurs de santé des territoires situés aux extrémités de la région sont moins favorables que ceux situés sur le littoral et les grands centres urbains. La répartition des professionnels de santé est aussi très inégale, fortement concentrée sur le littoral au détriment des zones montagneuses et rurales.

C'est dans ce contexte que les élus régionaux ont souhaité, en 2010, mettre en place un dispositif avec pour ambition de contribuer à un égal accès aux soins et à la prévention, dans une logique d'aménagement du territoire. L'élaboration du cadre d'intervention et de l'appel à projets des « Maisons Régionales de la Santé » s'est appuyée sur l'audition d'experts, d'institutionnels, d'élus locaux et de professionnels de santé et s'est inscrite en complémentarité avec le cahier des charges des Maisons de santé pluri-professionnelles.

Un appel à projets volontariste qui implique collectivités territoriales, services déconcentrés de l'Etat et professionnels de santé

Concrètement, l'appel à projets fixe des objectifs et des critères, à partir desquels la Région labellise les projets et octroie une aide financière. Les points principaux à retenir sont les suivants : les projets labellisés doivent reposer sur des démarches partenariales associant les collectivités locales, les regroupements de professionnels de santé, les associations intervenant dans le domaine de la santé, les établissements de santé...

L'appel à projets pose également comme critère la réalisation d'un diagnostic territorial afin de s'assurer de l'analyse et de la prise en compte des besoins de santé de la population, des caractéristiques socio-économiques du territoire concerné.

Enfin, les champs d'intervention des projets doivent recouvrir des activités de soins, de prévention et de promotion de la santé, de même que des actions relevant de la solidarité et de l'accompagnement social des patients. Celles-ci sont priorisées et déclinées dans un projet de santé qui fédère les professionnels de santé.

Compte tenu de la complexité des démarches, les porteurs de projet peuvent mobiliser l'expertise de deux centres de ressources régionaux de santé, l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) sur le diagnostic de santé et le Comité Régional d'Education pour la Santé (CRES) sur l'accompagnement au projet de santé.

Le soutien financier de la Région prévoit prioritairement des aides à l'investissement pour des opérations de construction et de réhabilitation de locaux ainsi que des aides à l'acquisition d'équipements mobiliers (pour les espaces collectifs), informatiques et médicaux. Les aides au fonctionnement recouvrent l'ingénierie de projet (notamment en direction des Ateliers Santé Ville), la coordination médicale, les actions de prévention et les programmes d'éducation thérapeutique. La prise en charge des actes de soins est exclue du financement régional.

Une convention pluri-annuelle d'objectifs et de moyens et une convention annuelle d'application encadrent les relations contractuelles entre les porteurs de projet et la Région.

L'appui technique et financier de la Région soutient en priorité les projets dans les territoires ruraux rencontrant des difficultés de démographie médicale ainsi que les territoires urbains et péri-urbains concentrant des inégalités sociales, des indicateurs de santé défavorables et des inégalités d'accès aux soins et à la prévention, tels ceux de la géographie prioritaire de la politique de la ville.

Au terme de quatre années de mise en œuvre du dispositif, les Maisons Régionales de la Santé ont répondu

à un besoin des territoires. Ainsi, depuis 2011, 40 projets, à géométrie variable, ont été labellisés sur l'ensemble du territoire régional.

Une recomposition dynamique de l'offre de soins au service de la population

Les premiers projets se sont développés dans les Hautes-Alpes et l'arrière-pays des Alpes-Maritimes, principalement dans des territoires ruraux isolés, et ont regroupé autour de deux ou trois médecins généralistes, des professionnels paramédicaux. Les communes et communautés de communes se sont engagées dans ces démarches en mobilisant les professionnels de santé et en contribuant au projet immobilier.

A partir de 2013, plusieurs initiatives ont émergé dans les zones périphériques des grands centres urbains, confirmant la pertinence de ce dispositif dans la prise en compte des inégalités sociales d'accès aux soins. La création de plusieurs maisons de santé dans les quartiers Nord de Marseille, à Carpentras et dans le quartier des Moulins à Nice, ont aussi contribué à donner une impulsion nouvelle au contenu des projets de santé.

Ainsi, les professionnels à l'initiative de ces démarches sont préoccupés par le lien entre soins, accès aux droits, et prévention, contribuant à faire évoluer les projets vers l'articulation entre des activités de santé, sociales et médico-sociales. La spécificité des projets dans ces territoires est également de chercher à proposer une offre de médecine spécialisée complémentaire, et rendue accessible pour les publics précaires, par l'obligation de pratiquer dans ces structures le tarif conventionné secteur 1.

Les maisons de santé tendent aussi à se regrouper sous forme de pôles, qui s'organisent en réseaux de professionnels autour d'actions communes dans le domaine de l'éducation thérapeutique du patient, de la coordination des parcours de soins, de l'échange de pratiques et de formations. Deux exemples sont intéressants à relever en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, celui du Pôle de santé du Champsaur Valgaudemar, dans les Hautes-Alpes, et qui regroupe trois maisons de santé ainsi que celui du Pôle de santé centre ouest Vaucluse, et qui regroupe cinq maisons de santé.

L'émergence d'une coordination dans la politique régionale des soins primaires

Si la compétence en aménagement du territoire de la Région lui a permis d'être un interlocuteur pertinent des collectivités locales engagées avec les professionnels de santé, le partenariat avec l'Agence Régionale de Santé a contribué à mettre en synergie projet immobilier et projet de santé.

Ce partenariat se décline à deux niveaux. Tout d'abord, a été mise en place une Commission de Coordination pour l'Offre de Soins de Proximité (CCOP), co-présidée

par l'Agence Régionale de Santé, la Préfecture de région et la Région. Cette instance réunit l'ensemble des services de l'Etat, les collectivités locales, les représentants des professionnels de santé, l'assurance maladie, les facultés de Médecine... Elle permet d'informer et d'échanger sur les actions entreprises par l'ensemble des intervenants publics et privés dans le champ de l'offre de soins.

A un niveau technique, les projets sont accompagnés en partenariat avec les services des préfectures départementales et de l'Agence Régionale de Santé, afin d'articuler au mieux les différentes sources de financements, à l'investissement mais aussi d'aide au fonctionnement en exercice coordonnée. De même, l'Agence Régionale de Santé apporte son expertise sur les projets de santé jusqu'à la validation, en conformité avec le cahier des charges des Maisons de santé pluri-professionnelles. Ce partenariat technique a permis à plusieurs de ces structures d'exercice coordonné de bénéficier de l'Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunérations et d'être accompagné pour se regrouper en pôles de santé.

Les perspectives de cette politique régionale  
Du projet de création d'une structure d'exercice coordonné à la mise en œuvre opérationnelle du projet de santé, le processus reste complexe car il appelle de nouvelles formes d'organisation du travail des professionnels de santé, et pose la question de la pérennisation du fonctionnement de ses structures. L'arrêté du 23 fé-

vrier 2015 relatif aux structures de santé pluri-professionnelles va permettre de donner un cadre au financement et au fonctionnement de ces structures. La dynamique en Provence-Alpes-Côte d'Azur est amorcée, la mobilisation et l'engagement de plusieurs professionnels de santé ont été remarquables. Mais même si la Région en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé ont mobilisé des moyens financiers pour apporter un appui méthodologique à ces porteurs de projet, celui-ci nécessite d'être plus développé et adapté à l'ensemble des besoins des projets, notamment sur le statut juridique et sur les systèmes d'information de ces structures.

L'évaluation de ces structures en termes d'accessibilité aux soins apparaît aussi nécessaire afin de mesurer l'efficacité de cette politique volontariste régionale et de poser les conditions de sa poursuite.

Enfin, un des enjeux aujourd'hui pour les élus régionaux est de soutenir, dans les territoires présentant des inégalités d'accès aux soins et à la prévention, notamment les territoires de la politique de la ville, des actions de prévention en complémentarité avec l'offre de soins proposée dans les Maisons Régionales de la Santé, en espérant que les professionnels de santé sauront aussi se mobiliser sur cette évolution de leurs activités.

**Leïla DAGNET**

### **David DARMON**

**Médecin généraliste pôle de santé de Roquefort-Les-Pins, Alpes-Maritimes, Maître de conférences associé, Département de recherche et d'enseignement en médecine générale, Faculté de médecine Université Nice Sophia Antipolis**

## **EXERCICE REGROUPE ET VIRAGE AMBULATOIRE : ESPÉRANCES ET DÉSILLUSIONS**

La création de pôles et maisons de santé est une solution promue par les instances décisionnaires en réponse à une demande de soins croissante et à la pénurie de médecins. La crise de la démographie médicale n'est pas la simple conséquence d'une mauvaise gestion des effectifs, mais s'explique aussi par une véritable crise de vocation concernant la médecine ambulatoire et la médecine générale en particulier. Le rappel de certaines étapes de l'évolution du système de santé est nécessaire pour comprendre sur quel terreau la situation s'est développée.

La première scission notable entre la ville et l'hôpital date des ordonnances Debré de 1958 avec la création des Centres hospitalo-universitaires (CHU). Ces établissements sont des lieux d'excellence d'exercice de la médecine et la ville qui est le lieu des soins courants. Ce qui a établi une différence de « valeur » entre les professionnels, confortant la position des CH comme étant des lieux où s'exercent des soins de hautes technicités.

Un processus de sélection élitiste s'est mis en place, relayant au second choix l'activité dans les hôpitaux dits périphériques ou en ville, faisant naître le début d'un certain cloisonnement. Avant ces ordonnances, les médecins de ville allaient travailler à l'hôpital permettant un échange important entre ces deux milieux, la communication entre la ville et l'hôpital qui n'était pas rompue. Actuellement on retrouve ce type de fonctionnement dans les hôpitaux locaux, où des médecins de ville hospitalisent leurs patients et coordonnent les soins au sein des hôpitaux locaux.

Une seconde période remarquable fut durant les années 80 l'excès de médecins poussant les médecins à aller travailler dans le milieu où il y avait moins de concur-

rence, loin des CH, effectuant un très large éventail d'actes cliniques et techniques nécessitant de nombreuses compétences afin de répondre aux besoins des populations prises en charge. On retrouve encore ce profil chez les médecins en milieu rural ou en montagne qui sont capables de pratiquer des actes de radiologie, de faire de la traumatologie (des plâtres), etc. A contrario en centre-ville la compétition importante poussait les médecins généralistes à accéder aux demandes des patients (visite non médicalement justifiées, augmentation la prescription de médicaments, etc.). La compétition existait entre médecins généralistes, mais aussi avec d'autres spécialistes. Ces différents facteurs ont ainsi contribué à limiter les tâches du médecin généraliste dans certains cas et à donner une image hétérogène de cette profession avec un champ d'action mal défini vers laquelle les futurs professionnels ont donc du mal à s'orienter car difficilement identifiable.

Parallèlement à ce phénomène, l'hôpital ouvrait ses consultations à tous les patients qui le souhaitaient sans tri préalable ou recommandation par le médecin traitant. L'accès aux urgences n'a pas été limité aux urgences vitales, il a même été facilité avec la dispense d'avance de frais. Ainsi les urgences se sont donc mises à prendre en charge des soins non vitaux et assumer une continuité des soins, voire une permanence de soins probablement au détriment d'une structuration forte de la médecine ville pour répondre à ces objectifs de continuité et de permanence.

Ce constat a donné lieu à une question : quel est le rôle du médecin généraliste? Quand il n'y a pas d'autre confrère spécialiste son rôle est d'assumer toutes les fonctions. Dans le cas contraire, ses fonctions s'en trouvent résolument réduites. Plusieurs réformes qui ont été mises en place pour introduire une forme de régulation d'une profession revendiquant majoritairement un exercice libéral comme la réforme du médecin traitant. Sans être un vrai gate-keeping à l'anglo-saxonne, cette réforme attribue un rôle de régulation d'accès aux différentes spécialités médicales. Mais si dans les faits plus de 90 % des cas un médecin généraliste ont été choisis comme médecin traitant, tout médecin pouvait être médecin traitant (endocrinologue, cardiologue... ). ceci mettait en évidence le manque d'identification du médecin généraliste comme coordonnateur de soins. La loi HPST a enfin apporté une définition des missions du médecin généraliste, sans pour autant dire que ces missions étaient exclusives, c'est-à-dire que d'autres professionnels pouvaient aussi les assumer. De nouveaux modes de rémunération ont été mis en place pour les généralistes afin d'asseoir les fonctions que l'on souhaite leur voir assumer (les forfaits pour la prise en charge de malades chroniques, la rémunération sur les objectifs de santé publique). Ces budgets ont le plus souvent été calculés sur la base du montant prévisible d'une augmentation du tarif de la consultation,

mais sans augmenter le tarif de la consultation, c'est-à-dire sans réellement attribuer de budget supplémentaire.

Concernant l'avenir, le développement des pôles et maisons de santé est soutenu par de nombreux professionnels et notamment les plus jeunes en raison de l'envie des professionnels de travailler ensemble avec un autre mode de fonctionnement. Nous sommes confrontés à une population de patients vieillissante et de plus en plus complexe d'un point de vue médical et social, avec un temps partiel pour les médecins généralistes qui augmente, avec des missions définies par la loi de coordination de permanence de soins, de continuité des soins, d'objectifs de santé publique. La question est de savoir si le généraliste peut vraiment assumer toutes ces missions dans le modèle dans lequel nous sommes actuellement et en dehors des pôles et maisons de santé ? Les pôles et maisons de santé ont plutôt montré qu'ils étaient en capacité de répondre à ces défis en créant de nouveaux métiers en mettant en place des coopérations interprofessionnelles. Il existe ainsi une offre différente dans ces maisons et pôles de santé. Un exemple illustrant ce fait est le recrutement de médecins généralistes aux profils spécifiques destiné à offrir une plus large gamme de soins répondant aux besoins d'une population et répondant ainsi à un aspect du problème d'accès aux soins. Les indices laissent présager d'une évolution vers un modèle plutôt à l'anglaise comme avec les GPSI (General Practitioner with Special Interest). Les maisons de santé ont aussi répondu à ce défi du temps partiel chez le médecin généraliste puisque cela permet de prendre en charge les patients à 100 %, mais pas à 100 % du temps du même médecin généraliste.

Enfin concernant la question de la répartition des tâches entre la ville et de l'hôpital on se pose la question suivante : Comment peut-on comprendre que l'on dise vouloir valoriser la médecine générale et lui voir assumer tant de missions, alors que l'on continue de financer les réseaux d'initiative hospitalière pour prendre charge des patients en ville de façon tronçonnée par maladie, ou à développer des plates-formes d'appui financées à l'hôpital ? Le constat est le financement de l'hôpital pour des missions de soins exercés en ville. Dans le contexte actuel ces financements seraient en déduction voir au détriment du renforcement d'équipes déjà formalisées pouvant assumer ces missions. Les ARS qui arbitrent à présent ces financements entre la ville et l'hôpital doivent faire face à la pression politique des élus, celle des salariés des structures publiques. La mutation n'est pas simple, mais avons-nous d'autres choix ? Les travaux de Barbara Starfield qui ont montré que les pays qui avaient fait le choix de soins primaires augmentent l'accès aux soins des patients et réduisent les inégalités sociales de santé ; les études de White qui

montrent qu'en médecine de ville le médecin généraliste prend charge 90% des problèmes présentés par les patients et on sait qu'il y a un gap, le gap 90-10, c'est-à-dire que 90% des ressources sont allouées au niveau mondial à 10% des soins les plus spécialisés, et que 90% des acteurs qui prennent en charge la majorité des problèmes de santé ne bénéficient que de 10% des ressources. Notre système est ambivalent il fait peser sur des acteurs libéraux des charges de service public. Du point de vue des libéraux les ajustements se font à enveloppe fermée avec peu d'investissement (allocation de nouveaux modes de rémunération, mais suppression des astreintes de nuits). Pour survivre, notre système nécessite une définition claire des rôles des différents acteurs avec une allocation de moyens cohérents pour relever les défis auxquels nous sommes confrontés.

## Références

- RAPPORT JUILHARD. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement. Paris : Ministère chargé de la santé ; Paris : La documentation française 2009/06*
- BLOY G. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). SERIE ETUDES ET RECHERCHES- DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES 2011/02*
- Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence. In : Rapport annuel 2006-2007 de l'Ondps. Tome 1 : La médecine générale. Ondps, 2008.*
- SICARD D. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues. Paris : DREES SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES : 2001/08 : N° : 22. 63p.*
- Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.*
- GAY DEL SANTO J. Lozère : organiser et renforcer les soins de premier recours en milieu rural. RESEAUX SANTE & TERRITOIRE 2011/01-02; Vol : : n°: 36 : Pages : 24-28*
- Direction de la sécurité sociale. Expérimentations Nouveaux Modes de Rémunération des professionnels de santé 2013.*
- Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. N Engl J Med 2001;2021-5.*
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83:457-502.*

## Hedda WEISSMANN Caisse Nationale d'Assurance Maladie de Travailleurs Salariés

En tant responsables du département des professions de santé de la CNAM, nous avons vécu de l'intérieur huit mois de négociations très intenses autour de ce qui a été dénommé « les soins de proximité ». Il s'agissait d'une négociation pluri-professionnelle impliquant plus de 10 professions et par moment 48 organisations syndicales représentatives de ces différentes professions. Les discussions sur le sujet de la coordination des soins des différentes professions ont donc été très riches. Nous souhaitons présenter ici le cadre et les principaux enjeux de cette négociation.

Le sujet de la suite à donner aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération a été l'un des thèmes de la négociation. A cet égard, les évaluations de l'IRDES ont permis d'éclairer certains choix et nous allons revenir plus concrètement sur le modèle de financement qui était prévu dans le cadre de la négociation, modèle qui n'a pas débouché sur un accord mais qui va servir de

base à l'arbitrage prévu en cas d'échec de la négociation. Nous présenterons également le contexte concret dans lequel la généralisation sera mise en œuvre. Il faut aussi rappeler que la négociation avait un champ plus large que la coordination au sein des maisons de santé ou pôles de santé. Les termes exacts sont maisons de santé pluri professionnelles mono ou multi-sites, c'est-à-dire dans les murs ou hors les murs et il y a aussi des centres de santé. L'un des enjeux considéré comme majeur, sur lequel il y avait un consensus, était de développer la coordination des professionnels de santé en ville pour une meilleure prise en charge en ambulatoire. Le débat a notamment porté sur la place de l'hôpital et de la ville pour favoriser le recours le plus efficient. Les partenaires ont reconnu la nécessité de répondre, d'une part, à la demande des patients d'être pris en charge de la manière qu'ils le souhaitent, donc souvent au plus près de chez eux, quand ce sont des patients chroniques ou complexes, d'autre part, à celle des professionnels de santé, notamment les jeunes, de travailler ensemble, et enfin de passer d'un système de santé cloisonné à des parcours centrés sur le patient

afin de lui éviter « un parcours du combattant ». Tous ces enjeux ont été discutés.

La coordination des soins est indispensable si l'on souhaite que le virage ambulatoire ait lieu et il faut qu'il y ait également des équipes de proximité en ville et pas seulement en structures afin de le mettre en pratique. Il ne suffit pas seulement d'exercice en structure pluri professionnelles, il faut aussi que des professionnels qui continuent à exercer dans des cabinets regroupés, mono-professionnels, travaillent ensemble. La négociation a été rendue plus complexe en raison de la discussion parallèle, avec des interlocuteurs presque identiques mais pas complètement, à partir de deux supports différents. Le premier était très adapté à la négociation sur les maisons de santé (dénommé ACI, Accord Conventionnel Interprofessionnel), l'autre plus large ayant vocation à couvrir d'autres sujets, (dénommé ACIP, Accord Cadre Inter Professionnel), avait pour objectif de favoriser la coordination pour les patients lourds, pour des épisodes de soins particuliers. Sans entrer dans les détails, cela signifie qu'il y avait autour de la table des syndicats représentant ces différentes professions et qu'il n'y avait pas forcément un consensus sur le mode d'organisation. Ainsi, la réponse à la question posée dans le cadre de cette matinée thématique « La MSP demain : complément ou substitut de l'offre de soins de ville ? » n'était pas consensuelle. Dans la réalité, on est plutôt très loin d'un modèle unique. En effet, on constate qu'il existe des organisations très hétérogènes avec des rémunérations qui se diversifient ; l'un des enjeux de la négociation était d'ajouter une nouvelle rémunération axée sur la coordination et pas seulement pour ces maisons de santé. Enfin, sur l'échec de ces négociations, il faut noter l'influence du climat actuel, notamment l'inquiétude des professionnels au regard de la loi santé, qu'ils considèrent comme « une étatisation du système de santé » et le risque d'une trop grande décentralisation, etc. Mais le cœur du problème reste le défi à relever pour développer cette coordination, pour changer les réflexes culturels, sociologiques, les cloisonnements entre professions, car s'il existe des changements de points de vue des nouvelles générations, et qu'il apparaît clairement qu'il existe une appétence des jeunes à exercer dans ce type de structures, nous ne sommes pas certaine que le « stock » de professionnels en exercice, pas seulement les plus âgés, soit absolument d'accord avec ce type d'exercice. En résulte l'expression d'un message contrasté sur les modèles à mettre en œuvre. La question de l'uniformisation ne me paraît pas se poser en ces termes à l'heure actuelle, mais plutôt celle de l'hétérogénéité qui nécessitera des articulations entre ces différents modes d'exercice. Les orientations pour la négociation portaient le principe que ces équipes exerçant en structures produisent des effets sur la prise en charge des patients et son efficacité. Si les professionnels de santé ont l'envie d'exercer ainsi et qu'ils économisent sur un certain nombre de charges en se regroupant, on pourrait en conclure qu'il n'y a

rien à financer de plus et que le modèle se mettra en place spontanément là où les acteurs le souhaitent. Par ailleurs, il y a un consensus sur le fait qu'afin que cela fonctionne bien, le projet doit être porté par les acteurs de terrain. Cela peut limiter le nombre de maisons de santé à venir. Il faut donc un projet mais après ? Ce n'est pas suffisant disent, et nous sommes tentés de les croire, les pionniers très fervents et très militants, parce qu'il y a des coûts de coordination mal pris en compte par la rémunération à l'acte. La coordination prend du temps, et par ailleurs il y a aussi l'investissement. Dans la négociation il n'était pas question de financer l'immobilier car l'impact financier aurait dépassé les possibilités et ce n'est pas a priori le rôle de l'Assurance Maladie de financer des « murs », l'une des contraintes importantes étant évidemment la contrainte économique. Mais l'enjeu était donc, si l'Assurance Maladie finançait en complément des actes, de financer un service rendu aux patients, des résultats. L'option n'a pas été de les mesurer comme pour la rémunération sur objectifs de santé publique en observant des indicateurs parce que cette rémunération s'additionne aux autres rémunérations qui perdurent pour chacun des acteurs, pour les médecins en particulier. Donc il s'agissait de trouver une sorte de cahier des charges cohérent favorisant la qualité des pratiques et le service rendu mais qui soit en partie adaptable. Trois grands axes ont été retenus :

Le premier est l'accès aux soins, pour lequel l'apport positif des structures pluri professionnelles semble assez clairement démontré, pas partout apparemment (cf. article d'Erin Strumpf sur l'expérience canadienne), mais en tout cas en France, cela semble favoriser l'accès aux soins au niveau géographique mais aussi au niveau de l'amplitude horaire. Cet axe-là est très important et considéré comme un pré-requis pour donner lieu à rémunération.

La coordination qui implique du temps de travail en équipe, second axe, qui nécessite de se concentrer sur des patients qui ont besoin de plus de temps et sur des cas complexes, de réaliser des revues de dossiers, de définir des protocoles pluri professionnels de prise en charge, est donc aussi l'un des axes sur lequel un financement est fléché.

Enfin, le dernier axe correspond aux outils au service des missions de la structure, à savoir le système d'information. Il existe déjà un principe de labellisation de ces systèmes d'information, qui doit être encore amélioré de sorte que les systèmes soient plus performants car ils sont encore trop centrés sur l'exercice des médecins et ne permettent pas forcément un partage avec les autres professionnels. Une certaine souplesse a été introduite dans ce qui a été proposé et construit conjointement avec les syndicats, en s'appuyant évidemment sur ce qui avait été réalisé dans les expérimentations. Celles-ci avaient elles-mêmes déjà évolué en 2014, en particulier afin d'éviter des effets d'aubaine ou de façade, qu'il n'y ait pas des professionnels qui semblent travailler

ensemble mais au fond restent chacun dans leur cabinet, ce qui n'est pas efficace.

C'est pourquoi le niveau d'intégration et de coopération est un sujet important qui reste ouvert, le financement s'appliquant à toute structure qui a un projet de santé. L'ARS et la Caisse Primaire sont chargées de la contractualisation et doivent donc vérifier qu'il y a une cohérence avec le projet de la Région et une certaine souplesse est laissée à l'échelon régional pour un certain nombre de missions et d'options pour les structures, car toutes ne sont pas obligées de se conformer strictement au même modèle. A noter également que la rémunération fondée sur un système de points comporte à la fois une partie fixe et une partie variable en fonction de la patientèle, puisque des financements portent plutôt sur de l'investissement et d'autres dépendent du nombre de patients suivis par la structure. Par rapport aux objectifs, le projet tel qu'il a été présenté aux syndicats fin octobre 2014 est pratiquement abouti. L'échec n'est donc pas forcément lié à ce projet-là, mais aussi au contexte et à l'autre sujet de négociation car celle-ci ne portait pas seulement sur ce champ-là.

Juridiquement, dès le mois de septembre, quand les négociations officielles ont commencé, l'accord conventionnel interprofessionnel s'était imposé comme le cadre juridique adéquat pour les structures. Après échec de la négociation, un arbitre, Bertrand Fragonard, a été désigné par la présidente du HCAAM en l'absence d'accord des représentants syndicaux, comme le prévoit les textes. Très prochainement, l'arbitre désigné va être saisi officiellement pour commencer sa tâche, et à partir de ce moment-là, il aura trois mois pour proposer un règlement arbitral à la ministre. Son rôle est d'arbitrer entre les parties puisque le règlement arbitral se substitue à l'accord tel qu'il aurait été négocié par les partenaires et a donc la même vocation, la même application. Aussi, le schéma décrit dans les grandes lignes devrait s'appliquer dans un avenir proche, car la base de l'accord est déjà construite de façon assez consensuelle et ne devrait donc pas être profondément remise en cause.

*Note a posteriori : depuis le règlement arbitral a été publié au JO le 27 février 2015.*



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

#### Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,  
adressez votre courrier au :  
CES - Site CNRS - Bâtiment E - 7, rue Guy Môquet – 94802 Villejuif  
Tél : 06 07 75 14 90

E-mail : [ces@ces-asso.org](mailto:ces@ces-asso.org)  
Site internet : <http://www.ces-asso.org>

#### La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Sophie Béjean, assistée de Nora Ferdjaoui Moumjid et Julien Mousquès  
Secrétariat de rédaction : Frédéric Bonnemaïson  
Réalisation : Louyot.  
ISSN : 1953-6755