



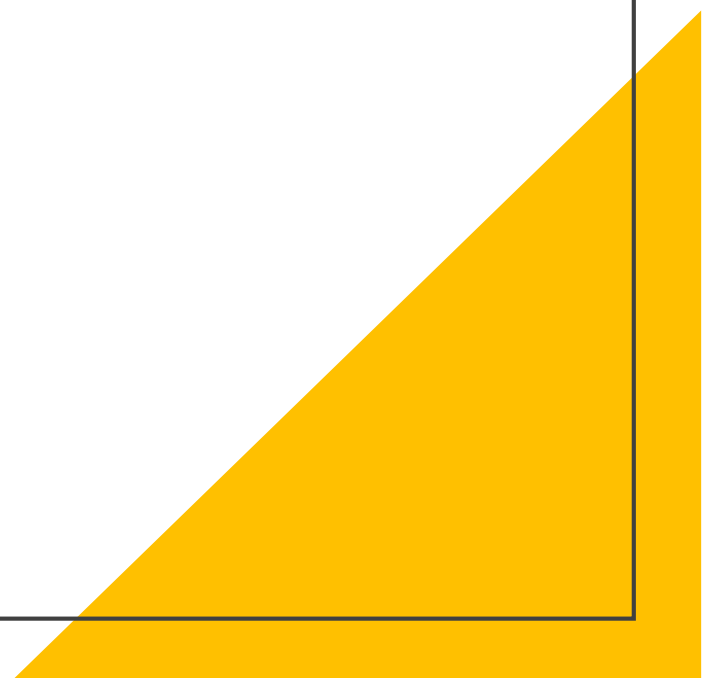
# Une conception médicale de la santé publique dans les territoires pour réguler les soins primaires

24 mars 2022

Noémie Morize (SciencesPo CSO, Irdes)

# Plan

- ❖ Problématisation : Ipep et les CPTS pour réguler les soins primaires
- ❖ Une méthode qualitative
- ❖ Résultats



# 1. Problématisation

## ❖ **Des soins primaires graduellement régulés**

- ❖ 2004 médecins traitants
- ❖ 2009 Capi puis ROSP
- ❖ 2007 ENMR ; 2016 ACI MSP

## ❖ Rapport Devictor (2014) : une approche plus territoriale de cette régulation

## ❖ 2016 (décret) ; 2019 (ACI) -> **Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)** qui permettent à un collectif de professionnels de santé de contractualiser avec une ARS et une CPAM

## ❖ 2019 (article 51) : expérimentation **d'Incitation à une prise en charge partagée (Ipep)** – financements incitatifs pour des collectifs de professionnels de santé sur des objectifs de qualité et d'efficience

# 1. Problématisation

- ❖ CPTS / Ipep : introduisent une dimension de santé publique
  - ❖ Proposent aux professionnels de santé le passage d'une responsabilité individuelle à une responsabilité collective
- ❖ Historiquement, en France, la santé publique est portée par l'État et les collectivités territoriales
- ❖ Depuis les années 2000, nous sommes dans un contexte de baisse de la démographie médicale
- ❖ Stratégie de l'État : confier plus de missions aux professionnels de soins primaires
- ❖ **Dans quelle mesure la mise en place d'instruments de santé publique à une échelle territoriale oriente-t-elle les actions des professionnels de soins primaires ?**

## 2. Méthode

### ❖ **Contexte :**

- ❖ Travail de thèse depuis 2019 + enquête collective et évaluation commanditée par la Cnam à l'Irdes
- ❖ Évaluation pluridisciplinaire et collective (géographes, économistes, sociologues)

### ❖ **Méthode qualitative :**

- ❖ Corpus de documents (rapports, comptes rendus de réunions, dossiers de candidature...)
- ❖ Une centaine d'heures d'observation auprès des équipes Ipep du ministère et de la Cnam
- ❖ Une soixantaine d'entretiens semi-directifs menés avec des membres de la Cnam et du ministère ; avec des professionnels d'organisations de santé

### ❖ **Une enquête centrée sur les professionnels libéraux**

## 2. Méthode

### **CPTS et Ipep, deux dispositifs comparables ?**

- ❖ Des visions très similaires de l'organisation territoriale de la santé
- ❖ CPTS : dans le droit commun, via contractualisation, et sur une population
- ❖ Ipep : expérimental, et sur une patientèle
- ❖ Limite : une entrée par Ipep qui sélectionne les professionnels enquêtés, et restreint l'analyse à une frange spécifique de participants aux CPTS

### 3. Résultats

- ❖ **Les conceptions de la santé publique portée par l'Etat et l'Assurance maladie au travers des CPTS et d'Ipep**
- ❖ **Les appropriations locales de ces instruments par les professionnels de santé**

### 3. Résultats

*« Les acteurs de santé prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire » (Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel, CPTS)*

*« Ce groupement d'acteurs (...) partage collectivement une responsabilité envers une patientèle. (...) Ce concept dit de "responsabilité populationnelle" a pour objectif d'inciter les acteurs à se fédérer autour d'un projet commun pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. » (Cahier des charges, Ipep, 05/2019)*



### 3. Résultats

- ❖ Régulation des professionnels de soins primaires -> « virage ambulatoire »
- ❖ Des dispositifs centrés sur les soins primaires
- ❖ Une centralité qui est récente dans les conceptions des politiques publiques de la Direction générale de l'offre de soins « DGOS)

*« Les médecins traitants sont quand même le pivot du parcours de santé. » (Entretien, Chargée de mission, ministère de la Santé, 11/2019)*

## 3. Résultats

### ❖ Des objectifs similaires

*« L'amélioration de l'accès aux soins ; l'organisation du parcours pluriprofessionnel autour du patient ; le développement d'actions territoriales de prévention » (Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel, CPTS.)*

*« L'accès aux soins sur le territoire ; la coordination dans la prise en charge, particulièrement entre la ville et l'hôpital ; la prévention et la promotion de la santé ; la pertinence des prescriptions médicamenteuses » (Cahier des charges, Ipep, 05/2019)*

Objectifs traduits par la mise en place d'indicateurs

### 3. Résultats

❖ Des indicateurs élaborés avec des contraintes fortes côté administrations

*« Le critère de faisabilité, c'était le plus important parce qu'il fallait que les indicateurs soient automatisables au maximum. Notre objectif est de ne pas avoir des indicateurs déclaratifs qui mettent une charge supplémentaire sur les équipes parce qu'elles impliquent du recueil et du coup des données pas forcément très fiables, qui ne permettent pas non plus de se comparer à une moyenne nationale ou même aux autres groupements. » (Entretien, Chargée de mission, ministère de la Santé, 11/2021)*

Dix indicateurs : 6 sur les dépenses liées aux hospitalisations ; 4 autres (déclaration médecin traitant ; usage des DMP ; actions de prévention ; part des patients en polyprescription continue)

### 3. Résultats

- ❖ Les professionnels de santé qui s'engagent dans les expérimentations : souvent engagés dans des fédérations, des syndicats, des URPS
- ❖ Des ressources : réseau, connaissances dans la rédaction d'appel à projets, dans la gestion de projet, socialisation au langage des administrations...
- ❖ Des professionnels de santé qui négocient nationalement ou régionalement avec l'Assurance maladie ou l'État
- ❖ Ou qui contournent les attendu des CPTS / d'Ipep localement

### 3. Résultats

- ❖ Négociations avec l'Assurance maladie et l'État : nationalement ou régionale
- ❖ Permet de pouvoir porter son point de vue aux administrations
- ❖ Mais l'efficacité est limitée : les administrations ne sont pas souples sur les indicateurs

*« Chacune de ces réunions, des réunions en plus qui duraient 4, 5, 6 heures, insupportables. (...) La première réunion on parle d'accès médecin traitant. La directrice de la CPAM te dit nous on veut qu'en trois ans, vous ayez réduit de 90% le nombre de patients sans médecins traitants. Ça fait 20 ans que c'est une politique publique de mettre des médecins traitants, c'est incité même financièrement maintenant. Et elle veut que nous, du jour au lendemain, en 5 ans, on fasse ce qui n'a pas été fait. (...) Donc voilà, ça a tout le temps été comme ça. Après on a compris un peu comment ils fonctionnaient. (Coordinateur de CPTS, 10/2021)*

### 3. Résultats

- ❖ Mais des modèles très peu contraignants
- ❖ Avec des financements non fléchés, qu'on peut utiliser pour financer des actions déjà mises en place antérieurement

*« Très sincèrement je me suis dit rapidement si ça nous amène de l'intéressement tant mieux ça nous permettra de faire d'autres projets (...) Mais je n'y voyais pas forcément plus d'intérêt que ça sur le reste. » (Kinésithérapeute libéral, CPTS, 10/2021)*

# 3. Résultats

## ❖ Des appropriations diverses des modèles

### ❖ Une adaptation a minima aux particularités du territoire

*« Les indicateurs sont globaux (...) quand on parle de prévention de la fragilité, on travaille sur la fragilité, et de prévention de l'obésité, on est totalement dans les indicateurs. (...) Effectivement il y a des besoins qui ne sont pas forcément repérés par les tutelles, mais qui nous semble être une nécessité. » (Médecin généraliste libéral, CPTS, 03/2021)*

### ❖ Une appropriation forte des modèles, pour porter une conception de la santé globale et une perspective de réduction des inégalités sociales de santé

*« J'ai vite déchanté sur les modalités de calcul et la base des indicateurs qualité notamment (...) : il n'y a pas un indicateur qui est en lien avec ce qu'on fait dans notre programme de prévention. » (Kinésithérapeute libéral, CPTS, 10/2021)*

### 3. Résultats

- ❖ Un contexte de crise sanitaire qui met en lumière une organisation en silo des administrations

- ❖ Les financements CPTS et Ipep ont pu être précieux pour organiser les CPTS durant la crise sanitaire

- ❖ Mais les objectifs des CPTS et d'Ipep sont restés décorrés de la crise sanitaire, avec des actions spécifiques à l'épidémie non prises en compte par les administrations

*« Cette année, la vaccination Covid a complètement laminé les autres actions, on a fait énormément de vaccins (...), quelque part je ne sais pas trop faire la part d'Ipep et du reste dans l'action archi prioritaire de la CPTS en 2021. Il n'y a pas énormément de subtilité (...), tout y est passé, l'argent de l'ACI, l'argent de la CPTS, d'Ipep. » (Médecin généraliste, CPTS, 11/2021)*



# Conclusion

- ❖ Une vision de la santé publique curative et médico-centrée de l'État et de l'Assurance maladie
- ❖ Des professionnels de santé ayant de fortes capacités à s'approprier les modèles
- ❖ Une hétérogénéité des moyens et des pratiques, qui se traduisent par une prise en charge inégale des territoires
- ❖ Une implication non formalisée des collectivités territoriales