

CSO Objets Trouvés :

Soins primaires : réformes expérimentales pour financer les professionnels de santé

Transcription de la discussion avec Noémie Morize (juillet 2024)

Bonjour et bienvenue à tous et à toutes. Vous écoutez le podcast Objets trouvés du Centre de sociologie des organisations, le CSO. Nous vous proposons des récits de nos chercheuses et chercheurs en sciences humaines et sociales autour de leurs relations à leurs objets de recherche. Aujourd'hui, nous recevons Noémie Morize. Installez-vous confortablement, nous sommes ensemble pour une vingtaine de minutes.

CSO : Bonjour Noémie. Vous êtes une jeune chercheuse puisque vous venez de soutenir une thèse de sociologie qui a pour titre « Les coûts de l'autonomie économiste et médecins libéraux dans les réformes expérimentales des soins primaires ». Alors c'est une thèse qui est faite en cotutelle avec Patrick Castel pour Sciences Po/CSO et Cécile Fournier de l'IRDES. Alors l'IRDES qui est l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, un organisme français qui est chargé de produire des données statistiques et des analyses sur le système de santé en France. Alors voilà pour le contexte. Première question, vous abordez la question, celle sur les soins primaires. Est-ce que vous pourriez tout d'abord définir, préciser ce terme ?

Noémie Morize : les soins primaires, ce qu'on appelle communément les soins primaires, c'est le premier niveau de recours aux soins. Donc c'est ce qui va être les médecins généralistes, les infirmières libérales, les masseurs kinésithérapeutes et inversement pas les spécialistes. Alors ça inclut à la fois les soins mais ça inclut également dans l'expression soins primaires des dimensions de prévention et de promotion de la santé comme la vaccination, le dépistage des maladies, etc.

CSO : Alors dans cette thèse, qu'est-ce que vous avez cherché à étudier ?

Noémie Morize : Alors ma thèse, elle s'inscrit dans un contexte un petit peu particulier qui est celui d'une commande évaluative qui a donc été passée à la Cnam à l'IRDES. Moi j'ai bénéficié d'un contrat doctoral de la Fédération nationale des sciences politiques mais je me suis inscrite dans cette recherche pluridisciplinaire et collective portée par l'IRDES et donc autour de l'évaluation de deux expérimentations qui cherchent le nouveau moyen de financer les professionnels qui exercent de manière regroupée en soins primaires dans des nouvelles structures d'exercices notamment qui s'appellent les maisons de santé pluriprofessionnelles. Donc ces deux expérimentations, elles s'appellent IPEP et PEPS.

Alors la première c'est l'Incitation à une Prise En charge Partagée. En fait c'est une incitation économique qui est proposée à des collectifs de professionnels qui peuvent être des groupements hospitaliers, des communautés professionnelles territoriales de santé, des maisons de santé, des

centres de santé et on va proposer à ces groupes de professionnels de participer à cette expérimentation où il y a des indicateurs de performance et de qualité à atteindre et en l'échange de l'atteinte de ces indicateurs les professionnels vont recevoir en cas de résultat positif donc une certaine somme selon leurs résultats. Ces professionnels qui participent, il y a une trentaine de groupes, sont tous volontaires et pour la deuxième expérimentation PEPS donc pour Paiement en Equipe de Professionnels de Santé de ville, ça s'adresse à des médecins généralistes uniquement qui travaillent dans des maisons ou des centres de santé et on leur propose en fait de substituer collectivement leur paiement à l'acte par un paiement forfaitaire donc qui va être attribué par an et par passion qui sont affiliés médecins traitants. Quel que soit le soin, voilà au lieu d'aller voir son médecin généraliste est de payer une consultation en fonction de son profil, on va avoir un paiement annuel forfaitaire donc qui sera par exemple plus élevé pour un patient avec une maladie chronique que pour un patient qui n'en a pas, pour un patient âgé que pour un patient jeune etc. Et là encore ce sont les médecins qui sont volontaires. Encore une fois ce sont les médecins qui sont volontaires il y a une quinzaine de groupes de médecins qui participent à cette expérimentation.

CSO : D'accord alors quelles méthodes vous avez appliquées pour réaliser justement vos terrains de recherche ?

Noémie Morize : Alors ces deux expérimentations, c'est pour moi un moyen d'observer plus largement des transformations dans l'organisation et les politiques de soins primaires et donc pour ce faire j'ai mené une double enquête à la fois au niveau national et local, une enquête qualitative qui a une dimension longitudinale puisqu'elle s'est déroulée de manière régulière pendant les quatre années de terrain de ma thèse. La première volée de l'enquête, c'était au niveau national j'ai fait en fait de l'observation des membres des administrations à l'assurance maladie et au ministère de la santé qui pilote ces expérimentations ; donc toutes les deux semaines ils avaient une réunion autour du pilotage de ces expérimentations à laquelle j'ai eu l'opportunité d'assister avec ma casquette d'évaluatrice. Donc j'ai observé plus d'une centaine d'observations comme ça, de réunions et j'ai réalisé en plus une trentaine d'entretiens semi directifs et du recueil de documentation. Le but de tout ça c'était de comprendre en fait quel est le travail de ces acteurs, qu'est-ce qu'ils cherchent à faire avec ces politiques, quelles sont aussi les relations entre les administrations sanitaires parce que on a souvent tendance à apercevoir les administrations un petit peu comme un bloc homogène et donc faire de l'observation, ça permet aussi d'identifier les stratégies différenciées de certains acteurs par rapport à d'autres etc. Et puis alors au local, j'ai mené trois enquêtes qu'on appelle monographiques, c'est à dire en fait on va aller enquêter dans une organisation particulière on va rencontrer autant d'acteurs possibles dans cette organisation-là donc dans des maisons de santé, trois maisons de santé, j'ai réalisé là environ 60 entretiens quelques observations de réunion lorsque j'avais l'opportunité et là le but c'était de comprendre comment est-ce que les professionnels de santé s'approprient ces financements. Est-ce qu'il y avait des effets concrets localement et est-ce qu'il y avait des

évolutions au fil des ans puisque je suis retournée plusieurs fois dans chacune de ces maisons de santé.

CSO : Et localement c'était où en fait ? Quel était le lieu ?

Noémie Morize : Et bien dans trois maisons de santé donc implantées dans des régions différentes en France voilà dont je ne donnerai pas le nom parce qu'ensuite comme il n'y a pas énormément de participants ce serait facile de les retrouver.

CSO : D'accord très bien. Pouvez-vous nous faire partager les conclusions de votre thèse ?

Noémie Morize : Bien sûr, alors c'est une thèse qui a deux dimensions puisqu'on a ce côté un petit peu longitudinal de s'intéresser à la mise en place de ces politiques expérimentales depuis leur conception jusqu'à leur mise en œuvre. On a une dimension qui permet d'éclairer à la fois comment fonctionnent les administrations et puis aussi comment est-ce que ces expérimentations sont reçues localement, quelles sont les évolutions locales des soins primaires. De là je peux présenter aujourd'hui rapidement trois grands résultats. Le premier s'apporte sur qui est-ce qui fait les réformes des soins primaires. Jusqu'à présent dans la littérature on avait une lecture que c'était plutôt portée par des médecins généralistes qui sont soucieux de réformer l'organisation locale des soins primaires ce qui s'observe également dans ma thèse. Ils sont bien là mais ici j'ai pu mettre en avant que les administrations sanitaires nationales jouaient aussi un rôle dans ces réformes de soins primaires notamment donc la Caisse nationale d'assurance maladie et le ministère de la santé. Alors là mon travail dialogue avec d'autres travaux qui s'interrogent notamment sur une étatisation de l'assurance maladie parce que donc l'assurance maladie à la base était dirigée par des partenaires sociaux quand elle a été fondée dans l'après-guerre et puis des lois successives en 1997, puis en 2004, ont fait que sa direction a petit à petit été confiée davantage à des acteurs administratifs donc généralement des personnes qui ont un profil d'énarque et son budget a également été mis davantage sous contrôle du ministère de la santé pour le dire très rapidement et donc il y a cette question est-ce qu'il y a une étatisation de la Cnam avec laquelle je dialogue dans ma thèse. Ce que je montre, c'est que c'est un peu plus compliqué qu'une étatisation, simplement parce que la Cnam reste tout de même indépendante dans ces actions, ce n'est pas une administration centrale nationale uniformisée entre le ministère et la Cnam. Cependant, il y a bien une technocratisation entre guillemets de l'assurance maladie puisque ce sont principalement des acteurs administratifs qui sont porteurs de ces réformes des soins primaires mais l'assurance maladie garde un pouvoir dans la conception et surtout dans la mise en œuvre des expérimentations par exemple parce qu'elle a un accès extrêmement privilégié aux données de santé qui permettent par exemple de construire les modèles économiques sur lesquels je travaille. Alors un deuxième résultat, c'est la dimension économique de ces réformes, je viens de parler de modèles économiques. En fait, l'IPEP et PEPS sont des expérimentations qui reposent sur des modèles où à partir des données de consommation des patients à partir d'indicateurs de qualité, qui sont construits par les administrations. On va chercher à prédire et

évaluer les pratiques des professionnels de santé et donc on cherche à travers ces modèles économiques à inciter les professionnels de santé à adopter plutôt tel ou tel comportement alors on voit que les savoirs les méthodes économiques sont vraiment centrales dans ces expérimentations. Ce que montre ma thèse par rapport à cette dimension économique, c'est qu'on a davantage d'autres personnes formées à l'économie dans les administrations de la santé aujourd'hui par rapport à des enquêtes qui avaient été menées à la fin des années 90 qui montraient qu'effectivement l'économie prenait une place croissante dans l'administration de la santé mais c'était surtout à partir d'acteurs extérieurs que ce soit des experts dans des think tanks ou dans des instituts de recherche ou des personnes des administrations des finances plutôt donc là. Ce que ma thèse montre, c'est que maintenant il y a des économistes qui sont aussi dans ces administrations sanitaires, qui ont des positions de cadre de managers et qui participent activement à diffuser ces savoirs, ces méthodes économiques donc il y a diversité dans la représentation, c'est à dire que dans la manière dont on conçoit les politiques de santé. Il y a une institutionnalisation des positions des économistes au sein même des administrations sanitaires. Ça impacte forcément la manière dont on conçoit les politiques qui reposent davantage sur les savoirs économiques et ça va aussi impacter la manière dont on cadre les problèmes et les solutions et dont on pense les causalités. Par exemple, ici on va considérer que la solution aux divers problèmes des soins primaires donc qui sont notamment la baisse de la démographie médicale, la difficulté à accéder, la difficulté à accéder aux médecins etc. c'est d'inciter les professionnels à changer leurs pratiques à faire des pratiques plus performantes et donc ça c'est et qu'on va pouvoir les inciter à ça au travers de modèles économiques. Ce sont vraiment des raisonnements qui sont issus de l'économie. Mais alors attention, ce que montre ma thèse aussi c'est que les effets de ce qu'on pourrait appeler une économisation des soins primaires, ils ne sont pas homogènes déjà on a deux expérimentations qui sont très différentes. Je l'ai dit en introduction : IPEP, c'est plutôt de l'incitation à la performance. PEPS, c'est la mise en place d'un forfait, on pourrait se dire qu'un forfait est plutôt moins productiviste que le paiement à l'acte donc les effets de cette économisation sont pas du tout homogènes et puis l'autre chose c'est qu'il y a des écarts aussi entre la rhétorique et la pratique par exemple dans la détermination des modèles économiques, ce ne sont pas toujours des critères objectifs qui jouent pour décider de quelle modulation on va mettre mais il y a aussi des critères sociaux qui rentrent en jeu avec un enjeu fort de conserver l'engagement des professionnels de santé dans ces expérimentations puisqu'elles reposent sur du volontariat donc il faut pas aller à contre-sens de ce qu'ils attendent eux-mêmes des expérimentations. Somme toute, ce que montre ma thèse, c'est que l'économie s'additionne à plusieurs autres valeurs, elle dialogue avec plusieurs autres idées davantage qu'elles ne les remplacent. Troisième point sur l'évolution des groupes professionnels en eux-mêmes donc la partie un petit peu plus locale de mon enquête, alors l'idée première quand on entend parler d'incitation de régulation etc. c'est de se dire l'autonomie des professionnels va être menacée. Il va avoir moins de marge de manœuvre dans la réalisation de leur travail quotidien. Ce que montre ma thèse, c'est que la mise en place des expérimentations est plutôt favorable aux médecins généralistes. Alors, ce sont des médecins généralistes qui sont inscrits dans des

mouvements de réforme des soins primaires qui cherchent à réorganiser localement les soins primaires, ils sont très engagés dans la promotion des maisons de santé et ils sont très favorables à ce type de mode d'exercice. Ils cherchent à travailler avec d'autres professionnels de manière plus coordonnée, ils pensent qu'ils pourront avoir des pratiques de meilleure qualité de cette manière-là

CSO : et j'imagine que ce regroupement permet d'avoir une offre diversifiée auprès de la population locale

Noémie Morize : tout à fait et les médecins généralistes participent en fait à élaborer les modèles économiques. Les acteurs des administrations les associent étroitement à la conception des modèles économiques, ce qui est pour eux en fait aussi un moyen d'influencer l'action publique donc. C'est intéressant pour eux et puis localement ils retrouvent une autre forme de prestige qui est davantage dans les relations aux autres professionnels parce qu'eux leurs problématiques, ça va être d'expliquer que le temps médical donc ce qu'ils appellent le temps médical. C'est en fait le temps de diagnostic et de prescription que des tâches que seuls les médecins généralistes peuvent faire est devenu très précieux, parce qu'on manque de médecins généralistes. Ce qui est un fait et donc comme ce temps médical est très précieux, ça va justifier davantage de délégations de tâches vers d'autres professionnels et là ce sont plutôt des femmes. Donc ça peut être notamment des infirmières, ça peut être des secrétaires des sages femmes etc et parmi les tâches qu'ils délèguent, il y a certaines tâches qui ne sont pas très valorisées, qu'ils vont pouvoir déléguer à ces professionnels. Il y a aussi des tâches qu'ils apprécient comme de faire de la prévention, de l'éducation thérapeutique du patient. Il y a des médecins généralistes qui sont aussi un peu frustrés de ces évolutions mais somme toute ça va conduire à plutôt un maintien des hiérarchies professionnelles, voir un renforcement de ces hiérarchies professionnelles. On le voit notamment très clairement avec le cas du développement d'infirmières de soins primaires salariés parce que les infirmières en général en soins primaires, elles sont libérales, elles font des tournées à domicile, Enfin, ce genre de tâches elles vont voir les personnes âgées, les patients polypathologiques, administrer des traitements etc. Et donc là, elles ont aussi la possibilité d'être salariées au sein de ces maisons de santé. C'est très émergent mais c'est ce qu'on voit apparaître, ça demande des financements publics comme ceux que j'étudie puisque il faut bien financer leur poste mais donc dans ces positions de salariés, c'est assez nouveau donc les choses sont en train de bouger etc elles restent quand même très dépendantes des médecins pour la réalisation de leur travail à elles, parce que c'est les médecins qui vont orienter les patients qu'ils veulent, vers elles pour faire les tâches qu'ils leur prescrivent et donc en fait elles perdent par rapport à un exercice libéral, elles perdent plutôt en autonomie professionnelle

CSO : au travers des observations que vous venez de nous décrire, est ce que la mise en place des maisons de santé en France fonctionne sur notre sur notre territoire ?

Noémie Morize : alors c'est une question compliquée bien sûr de dire, est-ce que quelque chose fonctionne ou pas. Alors mes recherches ne portent pas spécifiquement sur l'évaluation des maisons de santé en elle-même, notamment parce que j'arrive trop tard. Ça a déjà été fait par d'autres et notamment par mes collègues à l'IRDES de manière pluriprofessionnelle. Ce que les résultats des recherches montrent de manière globale, c'est tout d'abord que les maisons de santé permettent en effet d'attirer ou de maintenir des médecins généralistes dans des zones rurales donc ça c'est un premier résultat positif. Ensuite, au niveau des pratiques des médecins généralistes, les recherches portent principalement sur les médecins généralistes. Au niveau des pratiques des médecins généralistes, on observe qu'il y a davantage de patients qui sont suivis en étant en filière médecin traitant, plutôt une meilleure qualité des soins au niveau par exemple de la prévention de la vaccination, de la qualité des prescriptions et effectivement un accroissement de la coordination pluriprofessionnelle. Un autre pan de résultats porte sur les conditions de travail pour les médecins généralistes et là encore les résultats sont plutôt positifs. On voit que les maisons de santé permettent aux médecins généralistes d'avoir des meilleures conditions de travail avec des rémunérations légèrement et plus élevées un petit peu plus de jours de congés ou un petit peu moins d'heures de travail par semaine que leurs collègues en libéral solitaire. Donc, somme toute, une appréciation de leur part d'un meilleur équilibre vie personnelle/vie professionnelle. Malgré ces résultats qui sont plutôt positifs, on peut quand même souligner que les maisons de santé restent très hétérogènes parce qu'il y a vraiment assez peu de contrôle, assez peu de contraintes, donc ça peut être aussi bien un regroupement où il y a énormément d'interactions, des réunions toutes les semaines, que simplement une mutualisation de locaux entre professionnels de santé. Et mes collègues économistes montrent notamment que ces résultats sont similaires dans des maisons de santé avec ou sans financement public donc en fait ce sont davantage des effets qui sont liés au regroupement des professionnels qu'au financement public qui sont attribués aux maisons de santé. Ensuite, il y a plein d'autres politiques qui sont également envisageables pour questionner l'installation des médecins généralistes.

CSO : Très bien alors dernière question, selon vous, quelle est la place du sociologue aujourd'hui dans notre société. Peut-être plus spécifiquement dans le domaine de la santé que vous connaissez bien ?

Noémie Morize : Alors c'est une question je pense qu'on se pose tous peut-être encore plus quand on est jeune sociologue que quand enfin... je ne sais pas, je pourrais dire ça dans quelques années ! Je trouve que tout d'abord la sociologie a une place dans la transmission de certains savoirs aussi bien dans la formation, l'enseignement mais aussi plus largement parce qu'on a des savoirs qui peuvent apporter des contrepoints à certaines idées et donc, les diffuser aussi largement possible et faire reconnaître participent aussi au débat public. C'est un premier point et puis un deuxième point, donc quelle est la place du sociologue aujourd'hui dans la société, on a une place qui reste encore à construire dans l'action, c'est à dire qu'il y a beaucoup de chercheurs encore qui pensent que ce n'est pas tout à fait possible de s'impliquer dans l'action tout en

produisant des recherches indépendantes. Je pense qu'on peut mener des recherches et aussi prendre part dans une certaine mesure, bien sûr, avec certaines précautions, à l'avis de nos objets d'études au travers de l'évaluation des politiques publiques. Par exemple : au travers de l'expertise, au travers de la restitution de la diffusion de nos résultats à un large nombre de personnes. Les sociologues ont à mon sens aussi une place à prendre à côté d'autres savoirs, pas pour les remplacer, mais pour les compléter, pour enrichir les connaissances et permettre un certain pluralisme.

CSO : D'accord merci Noémie. C'était le podcast *Objet Trouvés* du CSO. Si vous avez aimé cet épisode, abonnez-vous sur votre plateforme d'écoute préférée et faites-le savoir autour de vous.

Objets Trouvés