ESPACE SOCIAL EUROPÉEN

ACCÈS AUX DROITS

Renforcer les parcours usagers

CENTRES DE SANTÉ

L'ALTERNATIVE ?

N° 1278 - BIMENSUEL DU 2 AU 22 MAI 2025 15 €

80 ANS Sécurité Sociale

ASSURANCE MALADIE
LE DEVOIR DE MUTATION

l'Assurance Maladie

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

msa santé famille retraite services

Partez à la conquête d'un nouvel espace pour votre santé.

Mon espace santé est un carnet de santé numérique, interactif et sécurisé dont chacun bénéficie désormais pour participer au suivi et à la préservation de sa santé. Dans Mon espace santé vous allez pouvoir ranger toutes vos informations médicales, échanger avec vos professionnels de santé via une messagerie confidentielle et bientôt explorer de nombreux autres services et applications utiles pour votre santé. Rendez-vous dès maintenant sur **monespacesante.fr**

MON ESPACE SANTÉ

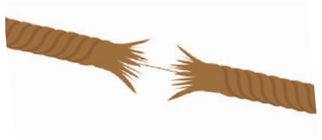
VOUS AVEZ LA MAIN SUR VOTRE SANTÉ.

MON DOSSIER MÉDICAL. MA MESSAGERIE SANTÉ.

ÉDITO

Pascal Beau

Le pacte médical affaibli



Une fois de plus, la France, se caractérise par une forme d'hystérie sur les moyens de réduire les déserts médicaux. Beaucoup ignore que ce qui devient un défi national procède de loin. Il faut remonter la pendule médicale à 1971. Date de la première convention médicale.
À cette époque, beaucoup de praticiens n'étaient pas conventionnés. Les tarifs médicaux, en dépit de règles départementales, s'opéraient souvent de gré à gré. Bref, le désordre régnait. Les inégalités d'accès aux soins étaient légions. La médecine de ville était à vau l'eau, faute de pilotage politique et d'esprit de responsabilité des syndicats professionnels. Il fallut alors la fermeté de Georges Pompidou et de Jacques Chaban-Delmas pour imposer le principe d'une convention médicale nationale.
Les règles du jeu furent claires. Les médecins devaient adhérer à une convention portée par la Cnamts, agissant par délégation de l'État, et pratiquer des tarifs opposables. En contrepartie, État et Assurance maladie s'engageaient à prendre en charge le coût de la protection sociale des médecins conventionnés et surtout à ne pas créer une « médecine de caisse » concurrente des libéraux. En quelque sorte, le pays a délégué à son corps médical une double mission : celle de soigner bien sûr, mais aussi, de garantir partout une offre de soins fut-elle libérale. Voilà grosso modo les termes du pacte de 1971. Ce pacte perdure 50 ans après. Entre temps, en 1980, il y eut la création du secteur à honoraire libres dont les dégâts sont colossaux.

Depuis près de 10 ans, le paysage dérape structurellement. L'aspiration des jeunes générations à exercer la médecine générale chute. Le métier s'est appauvri. La démographie est un « bateau ivre ». Les errances politiques et sanitaires déconsidérant la médecine générale, à l'inverse des spécialités croissantes et rémunératrices, aboutissent à une qiindigne au pays de Pasteur et de Curie. Aujourd'hui, la situation devient incontrôlée. On « supplie » les généralistes pour qu'ils passent quelques heures, de temps à autre, dans un désert médical. Pis encore, on quête le secours des élus locaux pour créer des solutions de terrain alors que ce n'est ni leur responsabilité ni leur métier.
Que les médecins ne se méprennent pas ! Le pacte médical politique national de confiance envers la profession est durablement affaibli. Quand bien même les responsabilités sont largement partagées. ■

SOMMAIRE

6 - ÉVÉNEMENT
• Centres de santé : le vent en poupe ?
• « *Il existe une forte demande territoriale qui nourrit une dynamique de terrain.* » Entretien avec la **Dr Hélène Colombani**, présidente de la Fédération nationale des centres de santé.

10 - SÉQUENCE SÉCU
Placer l'usager au cœur des parcours.

12 - 80 ANS DE LA SÉCU
Retraites, la question perpétuelle !

14 - LIBRE PROPOS
Les IPA acteurs de prévention en soins primaires. Tribune de Maxime Forcioli.

ESPACE SOCIAL EUROPÉEN
Sarl au capital de 60 000 €
RCSParis B 480 706 159 (2005B02166)
27, rue des Bergers 75015 Paris
Tél. : 01 53 24 13 00
Associés : Alexandre Beau et Pascal Beau
Directeur de la publication et de la rédaction : Alexandre Beau

ABONNEMENTS 01 53 24 13 18
abonnements@espace-social.com

21 numéros/an et plus de 200 lettres électroniques.
- Professionnel : 450 € TTC.
- Individuel : 250 € TTC
- Association : 350 € TTC.

ADMINISTRATION
secretariat@espace-social.com

RÉDACTION
Analyse : Pascal Beau
Assurance Maladie - Sécu - International
Famille - Action sociale :
Alexandre Beau, *a.beau@espace-social.com*
Prévoyance complémentaire :
Emilie Guédé, *e.guede@espace-social.com*
Rédacteur graphique - Site Internet - Réseaux - Podcast :
Gladys De Micheli, *g.demicheli@espace-social.com*
Photos : cocktailsante.com
Couverture : Isabelle Ferrandez / Cocktail Santé

IMPRESSION RAS - 6, avenue des Tissonvilliers 95400 Villiers-le-Bel.

COMMISSION PARITAIRE
N° 0326 T 87714 - ISSN : N° 0999-7822.
Prix au numéro : 15€
Tous droits de reproduction réservés.
SPEJP Membre du syndicat de la presse économique, juridique et politique.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obligatoirement obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) 20, rue des Grands-Augustins 75006 Paris - Tél. : 01 44 07 47 70

DÉSERTS MÉDICAUX, LES ANNONCES BAYROU

Les annonces faites par le Premier ministre le 25 avril dans le Cantal s'apparentent à une énième tentative de déminage du dossier des déserts médicaux. Réfutant « la voie autoritaire », François Bayrou demande au gouvernement d'agir pour concrétiser plusieurs actions :

- Mesure phare, le principe de solidarité territoriale. Il se concrétise, notamment pour les médecins des zones limitrophes, généralistes et spécialistes, par 1 à 2 jours par mois dans les territoires en tensions (87 % du pays concerné…) avec des contreparties financières.
- Les établissements de santé seront également mobilisés.

Au total, l'exécutif escompte un potentiel de 30 millions de consultations supplémentaires sur ce principe. D'autres actions sont également attendues comme :

- L'amélioration de la diversification géographique et sociale du recrutement des étudiants par la mise en place de la première année d'études dans chaque département.
- Un effort de simplification : certificats médicaux, délistage de prescription médicale de médicaments à SMR insuffisant ou faible, augmentation du nombre d'assistants médicaux déjà au nombre de 8 000.
- Des conditions d'accueil attractives seront encouragées pour aider à l'installation de praticiens par les collectivités locales

Le projet prendrait notamment la forme d'amendements du gouvernement dans la PPL Garot à l'Assemblée et celle du sénateur Moullier, prochainement discutée. ■

Économies, la *shopping list* des Ocam

2,4 Mds € d'économies potentielles sur les dépenses des organismes complémentaires santé pourraient être proposés par la Mutualité française, le CTIP et France Assureurs. L'idée, non consensuelle cependant, est de revenir sur le périmètre des soins figurant dans les contrats responsables taxés à 13,27 % en rognant sur le 100 % prothétique, les médicaments à SMR faible, les IJ, les transports sanitaires et la pris en charge du forfait jour hospitalier. Un projet de réforme commun devrait être adressé au gouvernement.

Retraites, des chiffres étonnants

Le dernier recueil statistique de l'Assurance Retraite montre des chiffres étonnants sur les départs en retraite. Sur les 652 004 attributions de droits directs en 2024, on note que 118 252 dossiers concernent des retraites anticipées pour longue carrière (18 % du total) et 234 126 sont potentiellement éligibles au minimum contributif (soit 36 %). « Seuls » 296 361 nouveaux pensionnés eurent une retraite complète au titre du régime général. Quant à la retraite progressive en légère hausse à peine 31 300 cas répertoriés. À cet égard, le ministère du Travail va publier le décret autorisant son bénéfice dès l'âge de 60 ans.

SPDA généralisé!

Encore un acronyme dira-t-on. Charlotte Parmentier-Lecocq,

ministre de l'Autonomie et du Handicap vient d'annoncer la généralisation du Service public départemental de l'Autonomie, le SPDA, porté par les ARS et les conseils départementaux. Issu de la loi « Bien vieillir », ce dispositif expérimenté dans 18 départements vise à mieux informer les usagers, coordonner les acteurs, garantir la qualité des prestations et simplifier les parcours. La CNSA est actrice de premier plan dans la démarche.

80 ans S.S.

La cérémonie anniversaire des 80 ans des ordonnances créant la Sécurité sociale moderne se tiendra le 9 octobre prochain au CESE en présence d'Emmanuel Macron. Le chef de l'État conclura le temps officiel précédé par des prises de parole de Thierry Beaudet (président du CESE), Didier Tabuteau (vice-président du Conseil d'État), de Catherine Vautrin (ministre des Solidarités) et de Roselyne Bachelot (présidente du Comité d'histoire des administrations chargées de la Santé).

Rectificatif

À la demande du SNPDOSS CFE-CGC. Dans notre article « *Une nouvelle donne syndicale* », paru dans *ESE 1277*, nous avons indiqué que les élections professionnelles dans les branches des organismes de Sécurité sociale du régime général recouvraient les employés et cadres, les praticiens-conseils et les agents de direction. Or, ces derniers n'étaient pas concernés par ce vote et ont fait l'objet d'un scrutin dissocié dont les résultats, proclamés en novembre dernier, ont été les suivants : CFDT (34,3 %), CFTC (19,8 %), CFE-CGC (17,7 %), FO (15,5 %) et l'UNSA (12,7 %). Veuillez nous excuser pour cette erreur. ■

ILS ONT DIT

« La montée de l'hyperspécialisation de la médecine devient un problème. 58 % des praticiens sont des spécialistes. Ce qui permet certes un haut niveau d'expertise, mais cela multiplie les intervenants autour d'un même patient, ce qui n'est pas forcément utile vu notamment l'apport des nouvelles technologies, et cela accroît les inégalités territoriales ».
Dr Jean-Marcel Mourgues, vice-président du CNOM (Conseil national de l'Ordre des médecins).

« Le monde politique a souvent le talent de transformer une bonne idée en mauvaise. La solidarité, ça se travaille ! Cet affichage à vouloir nous obliger à le faire est très désagréable. (…) Attention aussi à ne pas déshabiller Pierre pour habiller Paul, alors que 87 % du territoire est identifié comme désert médical. ».
Dr Agnès Giannotti, présidente de MG-France sur les annonces faites par le Premier ministre.

« La protection de l'enfance en danger était le Graal des éducateurs spécialisés. Ils s'y engageaient par idéal. Maintenant, ils se tournent plus volontiers vers les secteurs du handicap et du médico-social où il y a plus de moyens et moins de contraintes. 97 % de nos établissements et services ont des difficultés pour recruter. Les salaires sont peu attractifs ; les sous-effectifs sont chroniques et la charge mentale est très forte ».
Iven Gastard, directeur d'établissement à Pontivy, dans *Le Monde*.

« D'ici la fin de l'année, un tiers des agences et des opérateurs de l'État seront fusionnés ou supprimés. C'est 2 à 3 Mds € d'économies à la clé, notamment pour l'emploi public. Aujourd'hui on a 180 000 personnes qui travaillent dans ces agences (...) Notre rôle est de considérer que les choses ne sont pas immuables (...)Mi-mai, je ferai des annonces précises ».
Amélie de Montchalin, ministre chargée des Comptes publics.

LES CHIFFRES

2,4 Mds €
d'économies potentielles (628 annoncées par la CNAM) selon la Mutualité française si un véritable partage des données santé se réalisait avec l'Assurance Maladie.

78 Mds €
de montant actuel du marché mondial de la e-santé, 300 Mds € projeté en 2030 !

Entre 15 et 22
départements (source ministérielle vs/ source FHF) toujours dépourvus fin 2024 d'Unités de soins palliatifs.

151 millions
d'Américains respirent « *un air malsain* » aux dires selon l'APE (Agence de protection US de l'environnement).

100 Mds €
de montant probable d'intérêts de la dette de la France en 2029 selon la projection de Bercy (67,7 Mds € en 2025), une situation explosive !

98 %
des pharmaciens et des médecins sont équipés d'un logiciel compatible avec l'appli carte Vitale.

85 %
des Padhue (praticiens hospitaliers à diplôme hors UE) ont validé leurs épreuves de connaissance et 1600 d'entre eux seront affectés dans des petites CH contre 288 dans les CHU...

Centres de santé : le vent en poupe ?

Alors que la question de l'accès aux soins et de l'augmentation des zones de déserts médicaux focalisent l'attention des pouvoirs publics et des parlementaires, de nombreux centres de santé continuent de s'ouvrir sur l'ensemble du territoire. Problème, si le modèle présente de sérieux atouts, il doit également faire face à des problèmes structurels liés à son mode d'organisation.

Présentée parfois comme une alternative crédible à un secteur libéral en perte d'attractivité dans un contexte de désertification médicale croissante des territoires, les centres de santé sont plus que jamais au centre des attentions des décideurs publics. Élus locaux en tête. Or, si ce modèle de structure sanitaire de proximité présente d'incontestables avantages, celles-ci s'entrechoquent avec un certain nombre de limites freinant quelque peu sa généralisation. La lecture du rapport IGAS de février dernier sur l'évaluation économique de ces établissements ainsi que les données remontées par la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) apportent un éclairage utile en la matière.

Bien que la définition d'un centre de santé réponde à des critères précis *(cf. encadré 1)*, leur organisation interne, ainsi que leur champ de spécialisation, peut varier. Pris au global, les dernières données font état de près de 2 960 centres ouverts. Sur ce nombre, près de 1 260 étaient spécialisés uniquement dans des soins dentaires et 452 dans des soins infirmiers. Un focus particulier mérite d'être réalisé sur le cas des centres de santé pluriprofessionnels. Ces structures employant a minima un médecin généraliste et un auxiliaire médical constituent un maillon du socle de soins primaire dans les territoires. À fin novembre 2024, la CNAM en recensait près de 667 contre 356 en 2016 et 586 en 2022 *(cf. encadré 2)*.

Souplesse

Cette diversité d'approche se retranscrit dans les organisations internes à ces structures. Très variables selon les cas de figure. D'après les données IGAS, le nombre médian de médecins employés était de 6 en 2022. Nuance importante toutefois, leur équivalent temps plein était de 2,6 sur l'année. Une taille somme toute modeste donc qui souligne que les professionnels exerçant dans ces structures le font majoritairement à temps partiel en complément d'une activité libérale. Les données prises au global, bien qu'approximatives, font bien ressortir cette logique :

- Environ 6 000 médecins salariés (équivalent de 2 400 ETP annuels)
- Environ 3 900 paramédicaux (2 900 ETP)
- Environ 5 250 professionnels médico-administratifs (3 850 ETP)

Quant à leur gestion, celle-ci repose principalement sur un modèle associatif (40 % des centres), les organismes de Sécurité sociale (18 %) et les activités de livre III mutualistes (7 %). Les collectivités locales, bien que ne pesant « que » 23 %, connaissent une forte croissance ces dernières années *(cf. encadré p.8)*.

Un financement qui pose question

Le financement de ces centres est au cœur des préoccupations des acteurs avec un modèle tendant à devenir structurellement déficitaire. Le déficit d'exploitation médian en 2022 correspondait à 10 % des dépenses engagées avec une croissance des charges d'exploitation (+ 82 % entre 2016 et 2022, soit avant le pic de la période d'inflation) non compensée par celle des recettes. Ces dernières dépendant à 80 % de l'activité des personnels médicaux. Logique, mais problématique. Car, si dans la pratique, les centres constitués d'équipes pluridisciplinaires ont l'avantage de contribuer à une prise en charge globale des patients puisqu'il est alors possible de mettre en place une partie du parcours de soins à l'intérieur même de l'établissement, cela semble se faire au détriment de la productivité générale. Sur ce point, l'IGAS remonte un certain nombre d'éléments laissant entrevoir une forme de sous-activité générale même si des disparités entre établissements existent.

CENTRES OU MAISONS DE SANTÉ, QUELLES DIFFÉRENCES ?

On a parfois tendance à confondre les centres de santé avec les maisons de santé. Or, les deux modèles sont bien distincts. Les maisons de santé regroupent un collectif de professionnels de santé pluridisciplinaires libéraux dans une approche pouvant être perçue comme une extension du cabinet de ville. À l'opposé, les professionnels de santé qui exercent dans un centre de santé sont salariés par un organisme gestionnaire à but non lucratif. Autre nuance, ces derniers proposent uniquement des soins de premiers recours à des tarifs de secteur 1. Il existe quelques exceptions de tarification libre maitrisée comme en matière de dentaire (prothèses). Le tiers-payant, part RO, y est également généralisé. 83 % des établissements assurant même la part RC. ■

Par exemple, le niveau médian de file active « médecin généraliste » était de 1 481 patients en 2022. C'est 5 % de moins qu'un médecin généraliste en libéral. L'écart s'accentue lorsque l'on se penche sur le nombre médian d'actes cliniques de médecine généraliste effectués : 3 396 dans les centres contre 4 614 en libéral soit 36 % de différence. En ce qui concerne le niveau médian de patientèle « médecin traitant », celui-ci s'établissait à 700 dans les centres contre 1 100 en secteur libéral. Cette accumulation explique, en grande partie, la problématique récurrente de déficit de recettes à laquelle font face une majorité de centres. Toutefois, ces chiffres sont quelque peu contestés par la FNCS qui rappelle que doivent être pris en compte d'autres facteurs : un temps de travail plus limité (35 h/semaine en moyenne contre 54 h en libéral), une plus grande ouverture de créneaux pour des soins non-programmés, une plus grande précarité des populations suivies, des difficultés à télédéclarer les médecins traitants sur Amelipro (la situation s'est améliorée depuis 2 ans)… quel que soit le poids de vue adopté, les marges de progrès demeurent réelles.

Malgré tout, des leviers d'optimisation des recettes existent. L'IGAS en a relevé plusieurs *« peu ou insuffisamment activés »* : le recours à la subvention Teulade (1/4 des centres ont déclaré ne pas l'avoir perçu en 2022) permettant de compenser la prise en charge d'une partie des cotisations maladie et vieillesse des professionnels salariés par l'Assurance Maladie, l'extension des plages d'ouverture, un plus grand recours aux services de téléconsultation, des progrès en ce qui concerne la dématérialisation du flux de facturation. Les autres voies à explorer portent sur une généralisation progressive de l'expérimentation PEPS *(cf. ESE 1251)* et la mise en place de pratiques coordonnées entre médecins et infirmiers en soins généraux (IDE). L'Inspection pointant une expérimentation, menée en ce sens, ayant permis d'atteindre un ratio file active médecin traitant/médecin généraliste de 1 595 patients là où l'on dépasse à peine les 1 000 en secteur libéral. •••

ENCORE DES INÉGALITÉS TERRITORIALES

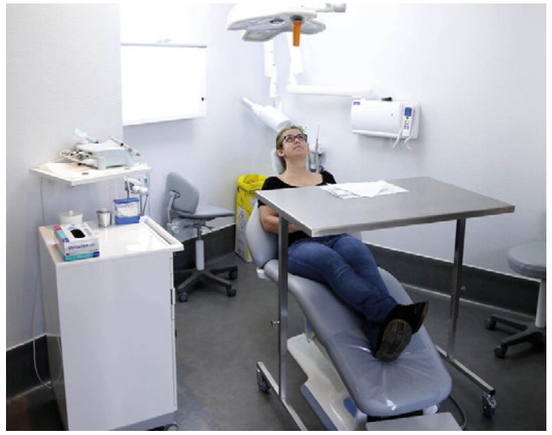
À l'image d'une majorité de structures de soins primaires, la répartition des centres de santé pluriprofessionnels sur l'ensemble du territoire demeure assez inégalitaire avec 40 % d'entre eux concentrés sur la seule région Île-de-France en 2022. Derrière, on retrouve les Hauts-de-France (13 %), l'Auvergne-Rhône-Alpes (10 %), le Grand Est et la PACA (7 % chacun). En somme, 70 % du parc des centres de santé sont implantés dans 5 régions. Qui plus est, toujours en 2022, la région parisienne comptait près de 61 % des ETP annuels de professionnels médicaux employés en France. Très loin devant la région Auvergne-Rhône-Alpes (8,2 %) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (6,3 %).

On notera toutefois que près des deux cinquièmes des centres eux sont implantés dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou en périphérie de ceux-ci. Conséquence, le taux moyen de patientèle C2S et AME s'établit à 18 % par établissement. Le double du taux moyen national de personnes bénéficiant de ces dispositifs (10 %). ■

Une multiplication de ce type de tests est donc fortement recommandée. Cette démarche devant se faire en parallèle de « *l'émergence d'un nouveau modèle de financement fondé sur une composante de capitation* ». Un mécanisme présenté comme plus à même de « *garantir l'accès aux soins sur tous les territoires, notamment les plus désertés, sans dégrader la qualité de la prise en charge.* »

Un cadre redéfini?

Rebondissant sur les conclusions du rapport IGAS, la FNCS a informé l'Assurance Maladie de son opposition à la reconduction de l'accord national conventionnel régissant les rapports entre les établissements et la CNAM ainsi que leur financement. Ledit accord datait tout de même de 2015.
Appel reçu du côté des pouvoirs publics. La lettre de cadrage, écrite conjointement par Catherine Vautrin et Yannick Neuder à l'attention du DG de la CNAM en vue de l'ouverture de nouvelles négociations, se fait l'écho de cette demande en fixant une feuille de route autour de trois piliers : financement, attractivité et productivité. Les ministres de tutelle demandant sur le premier point « *d'actionner les leviers économiques* » nécessaires pour pérenniser l'activité des centres. Sont déjà avancés les principes de refonte des rémunérations forfaitaires, de simplification de la structure de l'accord national ainsi que le renforcement de l'accompagnement par l'Assurance Maladie. Ironie de la chose, un an après avoir défendu l'exercice libéral dans le cadre de la convention médicale, cette dernière devra également œuvrer à promouvoir « *le modèle salarié comme un modèle alternatif* ». Concernant les enjeux de productivité, le potentiel futur accord devra créer « *des incitatifs à travailler davantage et explorer le déploiement progressif de modes de rémunération alternatifs au paiement à l'acte* ». On relèvera également que les ministres demandent à Thomas Fatome de « *conforter* » la place des centres de santé dans le SAS et la permanence des soins ambulatoires tout en



insistant sur leur installation dans les zones sous-denses qui pourra être « *encouragée* ».
Force est donc de constater que progressivement les centres de santé commencent à trouver leur place dans le paysage sanitaire. Certes, ils ne sont pas la solution miracle palliative aux maux organisationnels de la médecine de ville. Toutefois, ce modèle alternatif a le mérite d'apporter des solutions en matière d'accès aux soins tout en proposant un cadre d'activité susceptible de répondre aux attentes de jeunes médecins. Suffisant pour à terme se substituer au secteur libéral ? Probablement pas. Intéressant pour pérenniser une approche complémentaire à celui-ci afin de développer de nouveaux modes d'organisation et de financement tout en investissant dans des territoires le nécessitant ? Très certainement.

Alexandre Beau

LE MODÈLE OCCITAN

Les collectivités locales font partie des acteurs moteurs dans la dynamique d'ouverture de centres de santé depuis quelques années. Traduisant en cela, une forme d'exaspération des élus locaux voyant leur démographie médicale libérale se replier dans un certain nombre de zones sans que la puissance publique n'arrive à l'endiguer. Dans ce paysage, l'ensemble des régions se sont dotées de plans de lutte contre les déserts médicaux s'appuyant des approches et des leviers divers. Parmi ces initiatives, celle déployée par la région Occitanie, dans le cadre du Groupement d'Intérêt Public (GIP) « Ma santé, Ma Région » créé en mars 2022, se distingue particulièrement par la rapidité de sa montée en charge. Quelques chiffres, datant de mars dernier, illustrent ceci :

- **21 centres de santé ouverts, principalement dans des zones rurales, sur 10 départements.**
- **72 professionnels de santé salariés (66 médecins généralistes et 6 sages-femmes) + 39 secrétaires médicales et 1 assistante médicale.**
- **31 074 patientes et patients ont choisi un centre comme médecin traitant.**

- **275 184 consultations réalisées**
- **14 Ms € de budget annuel dédié cette année**

La présidente de la région, Carole Delga (PS), ne compte pas s'arrêter à ce stade en fixant comme feuille de route, d'ici la fin de son mandat en 2028, l'objectif de 200 médecins recrutés. En outre, elle ambitionne de « susciter des vocations » chez les jeunes dans les territoires ruraux en mettant en place, dès le lycée, une option permettant aux jeunes de se familiariser avec les métiers de la santé.

Entretien avec la **Dr Hélène Colombani**, présidente de la Fédération nationale des centres de santé.

« Il existe une forte demande territoriale qui nourrit une dynamique de terrain »

Le 3 avril dernier, vous avez communiqué la décision de vos instances de dénoncer l'accord national liant les centres de santé à la CNAM. Pourquoi ?
Cet accord date de 2015. En dépit de nos demandes réitérées, l'Assurance Maladie et même le ministère de la Santé n'ont pas manifesté une quelconque volonté d'ouvrir un chantier structurel de réforme quant à la situation des centres. D'où notre décision. Il faut comprendre que les pratiques professionnelles changent. Il y eut bien des promesses lors de l'avenant 5 de la convention médicale de revoir les conditions de financement des centres. Au final, aucune perspective n'était en vue !

Le rapport Igas paru en février dernier a dû satisfaire la fédération pour nombre de ses attendus ?
Nous avons été très tardivement destinataires de ce rapport… le contexte général des centres tient du paradoxe. Nombre d'élus locaux de collectivités locales décident de prendre la main et portent une dynamique de créations bien qu'ici et là pour des raisons budgétaires, certains centres doivent fermer leurs portes.
Je vous cite des données incontestables. Entre 2016 et fin 2024, le nombre de centres pluriprofessionnels est passé de 356 à 658. Aujourd'hui, le chiffre de 1 284 centres médicaux et polyvalents est atteint. Quant aux acteurs soignants et autres, les effectifs ont cru de 40 % en 6 ans pour atteindre le chiffre de 18 876 en 2024. Depuis la progression est constante. Existe donc une forte demande territoriale qui nourrit une dynamique de terrain. C'est dire les besoins à satisfaire et surtout la solution que représente ces centres pour prendre en charge non seulement la population en situation de précarité, éloignée du soin, dans une démarche d'accompagnement des besoins de soin mais également résout en partie la problématique des déserts médicaux.

Le rapport critique ces derniers pour une forme de sous-productivité. Que répondez-vous ?
Là le paradoxe est à son comble. Comparer la file-activité de soin entre un médecin généraliste libéral et son confrère salarié en centre ne tient pas. Le premier assume des heures d'activité plus importante alors que les centres mobilisent les acteurs de soin sur la base de 35 heures hebdomadaires. Une fois les données comparatives recalées comme cela devrait être, on parvient à un chiffre de de patientèle assez comparable de 1 481 en moyenne pour les centres et de 1 223 en libéral. La différence est tenue !
Plus encore, nous ne faisons pas de l'accumulation d'actes l'alpha et l'oméga du juste soin. Un credo que devrait d'ailleurs partager l'Assurance Maladie… d'autant que les centres sont actifs sur les expériences type article 51, les PEPS version 1 et bientôt, en version 2 en intégrant cette fois des maisons de santé pluriprofessionnelles. S'agissant de populations précaires, le principe d'une course à la productivité n'est vraiment pas pertinent.

Quelles perspectives maintenant ?
L'accord national dénoncé, il convient d'ouvrir le chantier d'une vraie mise à plat des réalités et d'opérer une mutation médico-économique. Les ministres, Catherine Vautrin et Yannick Neuder, ont adressé le 16 avril un courrier de mandat au directeur général de la CNAM. Plusieurs priorités sont envisagées portant la mobilisation des sources actuelles de financement des centres, sur la promotion du modèle salarié comme alternative et complémentaire à l'installation libérale classique, sur la priorité donnée à la prise en charge des patients vulnérables, enfin à la lutte contre les fraudes et aux déviances de facturation.

À ce stade, que souhaite la Fédération nationale ?
Notre priorité absolue est de mettre fin au déficit chronique structurel qui découle d'un financement à l'acte pour 80 % de nos recettes. Il faut un vrai financement mixte incluant la reconnaissance de nos missions sociales et de santé publique. Cela passe par des rémunérations de missions de service public pour des patients vulnérables et complexes. Les coûts liés au tiers-payant et à la coordination des soins doivent aussi être pris en compte. D'autres aspects sont indispensables comme les innovations organisationnelles et l'engagement dans la pertinence et la sécurité des soins.

Propos recueillis par Pascal Beau

ORGANISMES

Placer l'usager au cœur des parcours

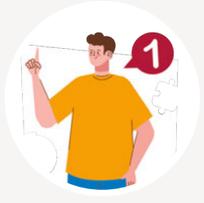
Dans un rapport intitulé « *Les parcours des usagers de la Sécurité sociale : comment mieux accompagner les moments de la vie ?* », paru début avril, l'Igas formule une vingtaine de propositions pour améliorer ces dispositifs. Elle évoque notamment une feuille de route et une méthodologie commune, ainsi qu'un pilotage interbranche.

Accompagner dans les moments clés de la vie pour favoriser l'accès aux droits. Telle est la vocation des parcours proposés par la Sécurité sociale à ses usagers. Présent dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) dès la fin des années 2000, ce concept s'est progressivement imposé. Il est pleinement conforté pour la période 2023-2027, alors que la relation avec l'usager et la qualité de services apparaissent centrales dans la dernière génération des feuilles de route des organismes de Sécurité sociale.

L'Igas s'est saisie du sujet lors d'une mission qui s'est tenue entre février et septembre 2024. Son analyse a été conduite à partir de cinq parcours, autour d'événements de vie touchant près de 4 millions de personnes chaque année. Ils concernent la séparation (pilotage par la CNAF), l'arrivée d'un enfant (CNAF et CNAM), la création d'entreprises par des travailleurs indépendants (Urssaf Caisse nationale), l'accès à la majorité de jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (initié dans le Lot et copiloté par les Caf et Cpam du département) et enfin, le passage à la retraite des demandeurs d'emploi et pour inaptitude par la voie médicale (CNAV).

Face à une « *notion relativement récente, aux contours variables et aux usages disparates* », la mission propose une définition précise des parcours, autour de six éléments cumulatifs. L'usager doit d'abord être au cœur de la conception et du déroulement, « *en tant qu'acteur* ». Cet accompagnement est centré sur un moment de vie, et déployé pour tous les concernés, « *dans une logique d'universalisme proportionné à chacun selon ses moyens (degré d'autonomie), à chacun selon ses besoins (degré de complexité et d'urgence des situations)* ». Le parcours est conçu en interbranches et avec d'autres entités, comme France travail ou les collectivités locales. Nécessairement « *jalonné dans le temps avec un début et une fin marqués* », voire même des étapes identifiées, il est représenté graphiquement « *pour être mis en visibilité de chaque usager* ».

« Dites-le nous une fois », un effet simplificateur majeur attendu



Les sujets relatifs à l'utilisation et l'échange des données ont connu un élan dans les COG 2023-2027, concrétisant le principe du « dites-le nous une fois ». Le pilotage est assuré par une gouvernance interbranche et une feuille de route commune s'articule autour de 11 chantiers. « *Certaines des actions programmées ouvrent des perspectives prometteuses pour certains parcours* » souligne l'Igas. Objectif ? Automatiser un maximum d'étapes d'un parcours grâce aux échanges de données. Quelques initiatives sont déjà relevées, sous la forme de conventions bilatérales entre caisses nationales (CNAF et CNAM par exemple), ou locales. Mais si une accélération paraît indispensable, reste à outiller les caisses pour ce chantier qui intègre le respect du règlement européen sur la protection des données (RGPD) et nécessite « *un solide dispositif de maîtrise des risques* ».

Mieux s'appuyer sur France services

Les plus de 2 800 espaces France services (EFS) s'imposent comme des partenaires essentiels pour les organismes de Sécurité sociale. Ils intègrent les Allocations Familiales, l'Assurance Maladie, l'Assurance Retraite et l'Urssaf (la généralisation pour certaines missions est prévue cette année après une préfiguration au deuxième semestre 2024), permettant de compléter leur réseau territorial et d'apporter des réponses de premier niveau aux usagers. Dès lors, les EFS « *pourraient et devraient être des appuis davantage sollicités pour les parcours* », souligne l'Igas. Elle plaide pour un renforcement de la détection des usagers concernés par les moments de vie et de l'orientation vers ce type d'accompagnement. Une limite : « *que chacun reste dans son rôle* ». Ces structures doivent ainsi se limiter à leur champ restreint d'intervention, tandis que les branches ne doivent pas « *entretenir de confusion en présentant ces espaces comment des accueils à part entière* ». Un renforcement des partenariats suppose par ailleurs une meilleure formation des agents France services.

Freins au développement

Le déploiement des parcours se heurte à de nombreux freins. Outre l'hétérogénéité des « *approches adoptées* », la mission relève un manque d'instruments de pilotage et d'évaluation. Toutefois, l'intérêt des caisses ainsi que la volonté forte des équipes d'accompagner les usagers constituent de réels points forts. « *Le parcours (…) permet, pour une partie des agents d'une caisse dont ce n'est habituellement pas la mission, de s'intéresser à un public spécifique, d'entrer en relation avec lui et de lui consacrer plus de temps. Les agents rencontrés par la mission, positionnés sur ces nouvelles fonctions, sur la base du volontariat se disent unanimement satisfaits par cet enrichissement de leurs fonctions* », relève la mission. Mais, leur mobilisation pourrait être mise à mal par des instruments insuffisants ou incomplets. « *Globalement, outils et systèmes d'information sont aujourd'hui en retrait par rapport aux objectifs affichés pour les parcours, ce qui oblige les caisses à revoir au moins temporairement à la baisse leurs ambitions et à composer tant bien que mal avec l'existant* », pointe l'Igas.

En interbranche, l'échange de données reste encore lacunaire. Cependant, l'enrichissement, la fiabilisation et le partage des données de contact sont inscrits dans le Schéma stratégique des systèmes d'information de la Sécurité sociale (SSI) 2023-2027. Et la mise en place des parcours usagers homogènes et interbranches figure parmi ses orientations stratégiques. La mission recommande par ailleurs d'inclure dans les travaux du SSI un volet consacré aux parcours digitaux et d'ajouter dans les systèmes d'information des marqueurs qui permettraient aux agents de visualiser les usagers concernés par un parcours. Plus globalement, une des préconisations vise à doter ces derniers d'outils de travail commun « *ou au moins aisément interopérables* ». Autre faiblesse, l'« écoute usagers » demeure trop peu mobilisée dans la conception et l'amélioration des parcours. La mission conseille également sur ce point de développer une approche interbranche.

Prioriser les parcours existants

Après ces constats, l'Igas préconise de consolider les parcours existants, plutôt que d'en créer de nouveaux. À partir de sa définition, elle identifie plusieurs leviers en particulier la mise en place de modalités correspondant aux personnes accompagnées. « *D'un parcours entièrement digitalisé à un accompagnement renforcé, l'ensemble des usagers doivent être mis en mesure de suivre le parcours le plus adapté à leurs capacités* », souligne-t-elle. Dans cette même approche, des déclinaisons en « *parcours attentionnés* » sont évoquées, c'est-à-dire des versions adaptées à des populations exposées à des problématiques particulières (par exemple aux mères isolées pour le parcours « arrivée de l'enfant »). En matière de formation, les programmes devront être complétés pour que les équipes soient « *mieux préparées à accompagner des personnes confrontées à des moments de vie, notamment à gérer des émotions* ». Enfin, une évaluation et un suivi propres sont requis.

Pilotage interbranche

Pour impulser une politique « *ciblée* », « *outillée* » et « *transverse aux organismes de Sécurité sociale* », la mission insiste sur un indispensable pilotage en interbranche. Un comité de pilotage resserré devrait être installé sous la houlette de la Direction de la Sécurité sociale. Cette instance serait notamment chargée d'établir une feuille de route pluriannuelle et d'en assurer le suivi. L'Igas défend également la mise en place d'une méthodologie commune. La mission ne ferme pas complètement la porte à la création d'autres parcours. Les caisses envisagent d'en développer de nouveaux, par exemple « *je suis victime de violences conjugales* » ou « *je deviens parent* ». Toutefois, l'Igas insiste sur la nécessité de ne lancer qu'un nombre limité de ces nouveaux dispositifs « *après avoir priorisé les moments de vie retenus, en interbranche et en associant les usagers* ».

Émilie Guédé

Avons-nous réussi ?

Santé et Assurance Maladie : muter impérativement!

La France conserve-t-elle la première place mondiale pour son système de santé et son Assurance Maladie ? Pas sûr, au vu de ses déboires financiers récurrents et démographiques professionnels si l'on porte le regard sur les carences croissantes d'accès aux soins. Il faut réagir et vite. Le pays dispose d'atouts pour réussir une mutation compliquée mais salutaire. Le voulons-nous ?

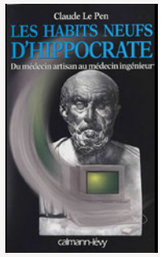
La France de la santé et de l'Assurance Maladie dans l'actualité, c'est souvent un mécontentement récurrent sur le thème du « jamais assez » s'agissant des moyens, des dépenses, des effectifs de soignants et même, sur les questions de fraudes. Au centre des préoccupations, la crise des hôpitaux vue au travers du prisme des urgences et surtout les problèmes de déserts médicaux. Des problèmes, il y en a. Des solutions existent cependant. Pour peu qu'on le veuille. Une mutation d'ensemble s'impose. Voici pourquoi.

Champion des paradoxes d'abord

En matière de santé, la France cultive de sacrés paradoxes. Les données sont incontestables. Jamais le pays n'a compté autant de médecins actifs. Notre niveau de dépenses est le plus élevé d'Europe bien que les recettes ne suivent pas ! Ce qu'on appelle le reste à charge (RAC) est le plus bas du monde. Notre tissu hospitalier est également le plus dense et les hôpitaux font toujours du bon travail. Le périmètre du panier de soins remboursable est peut-être le plus généreux. Quitte à constater des béances de prises en charge. Le prix des médicaments est le plus bas de l'UE et la politique des industries de santé est un fiasco. On se demande même, au vu des excès des médias (avec l'effet loupe des problèmes) et des réseaux sociaux comme on parvient à garantir encore une bonne qualité et sécurité des soins. Existe même une excellence médicale française dans le monde, quand bien même de lourds défis réapparaissent comme la mortalité infantile. Enviée pour ses prouesses dans le domaine de la chirurgie et de la biologie. Le bilan n'est donc pas catastrophique, loin s'en faut. Mais il faut réparer les trous croissants du système. Et surtout dire encore que ce-dernier est impréparé aux mutations et défis à venir.

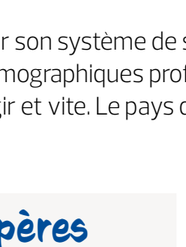
Livres repères

Les habits neufs d'Hippocrate. Claude Le Pen (Ed. Clamann-Levy, 1999). Un ouvrage majeur sur les mutations de la médecine. Pas une ride, 25 ans après !



Trop de médecine, trop peu de soins du Professeur Claude Béraud (Ed. Thierry Souccar, 2013).
Le fameux rapport de 1992 (actualisé) du Dr Béraud, ancien médecin au conseil national de la CNAMTS.

La médecine sans médecin ? Le numérique au service du malade (Ed. Gallimard, 2015).
du Professeur Guy Vallancien, membre de l'Académie de Médecine.
Provocateur mais fécond dans le débat santé, Guy Vallancien préfigure les fondametaux d'un futur système de santé, d'une « média-médecine ». Lire imprativement !



Obésité réglementaire, excès tutélaires

Parmi nos défauts, pas seulement dans la santé, nous cultivons une affection de longue durée sous forme d'une obésité réglementaire et d'une verticalité décisionnelle. La France sanitaire et Assurance Maladie est percluse de rhumatismes articulaires parce que la plus centralisée du monde. Pour quelle efficacité d'ailleurs ? Sommes-nous mieux avec la convention médicale de 168 pages de 2024 que celle de 1985 avec ses 50 pages et moins de déserts médicaux ? La prolifération de règles nationales est le corollaire d'un système nourrit par une méfiance séculaire du centre envers la périphérie et de l'extrême verticalité des organigrammes. Cela, c'est la haute fonction publique. Mais les politiques y contribuent. Le débat n'est plus vraiment droite-gauche car les visions se recoupent. À Paris, on pratique la démagogie, quitte sur le terrain à faire preuve de pragmatisme. « Résultat des courses », face à une coalition politico-médiatique, l'État, ses ministères pratiquent alors l'évitement, les propos suaves de circonstances (quel poids du politique avec 9 ministres de la santé en 8 ans ?) et l'autoritarisme finalement par peur du désordre sanitaire et financier. Quant à la CNAM, également bien placée pour nuancer les constats, elle abdique sa puissance ou atrophie les capacités d'action de son réseau en poussant trop sa dépendance au bon vouloir des professions de santé désireux de perpétuer un système daté.
À cela, il faut ajouter, ceci explique peut-être cela, l'anachronisme d'un pays doté d'une rare capacité d'introspection sur ses défauts, la santé parmi d'autres domaines, mais incapable toutefois de tirer les conséquences des expertises souvent réputées. Exemple, les avis « unanimes » du HCAAM, sans impacts sur le réel pour cause de refus de dérangements corporatifs des milieux professionnels.
Au final, un sentiment de frustration prévaut. Les talents sont partout. Mais le système annihile les ambitions.

Bousculer le système!

On sait qu'il y a trop d'actes et de produits de santé inutilement distribués, trop de patients hospitalisés, chaque année. Toutes les études le confirment. Et l'expertise n'en est qu'à ses débuts ! En même temps, l'absence d'organisation adaptée, en amont et en aval des soins aigus, se paie cher. Trop de patients dépourvus de vrais parcours de soins sont pris en charge dans de mauvaises conditions. Le travail éducatif sur la chronicité est faible. Le contenu de la production médicale de ville est trop lacunaire. La prise en charge domiciliaire bégaie.
Le pays a besoin d'une médecine d'équipe faite d'éducation, d'accompagnement, entrepreneuriale, coopérative et partagée. Publique ou privée, peu importe ! Pourvu « que le chat attrape la souris ». Le 50/50 de « part de marché » dans le partage des LFSS entre l'Ondam de ville et l'Ondam hospitalier est un exercice dépourvu de sens. Une fongibilité des moyens sur la base de projets doit s'opérer au niveau régional et local.Aucun autre système en UE ne fixe les rapports contractuels avec les professions de santé médicales en particulier, à l'échelon central comme l'opère la France. Existent des cadres de principe certesmais l'essentiels se réalise sur le terrain. Du bon sens ! L'Assurance Maladie doit intervenir directement et fortement sur l'offre de soins. La formation des médecins est à revoir. Il y a urgence à fonder une médecine autrement qu'académique. La montée en puissance des capacités des infirmiers sur le champ médical est un atout à développer prioritairement. Point n'est besoin de former des cohortes massives de praticiens dévalorisant le métier et le statut qui va avec, comme le disent l'Académie de médecine et l'Ordre des médecins.
Quant au mode d'exercice et des organisations de soins de terrain. « *Que naissent cent fleurs* » disait Mao Zedong. Laissons les acteurs territoriaux prendre l'initiative ! Place au pluralisme médical, à la flexibilité des structures, à la mobilité des professionnels, à un fort développement du numérique (I.A.) et des technologies dans la santé. La vie médicale et professionnelle sera plus compliquée à appréhender. Pas grave si cela permet des acteurs stimulés et efficients. D'autant qu'ils seront aidés par le tsunami des innovations futures et des succès thérapeutiques fulgurants à venir. Nous allons assister à des bouleversements majeurs au service du progrès. Les compétences, les métiers, les processus de soins, les frontières professionnelles, les organisations et même les structures de soins n'échapperont pas à ce mouvement.
Dans un registre proche, à titre complémentaire puisque l'on évoque brièvement quelques défis pour l'assurance maladie, il conviendrait de revoir le périmètre des prises en charge de soins. On l'a dit, la France couvre tout (trop ?) ou presque mais parfois mal. Le pays s'est doté d'un puissant secteur d'assurance mutualiste et complémentaire. Depuis 5 à 10 ans, État, CNAM et Ocam ne se parlent guère. Les tors sont partagés. Sortir « par le haut » passe par un vrai partenariat centré *a minima* sur l'information, l'éducation et la prévention.

Muter enfin

Si Paris ne s'est pas fait en un jour, la mutation du système de santé et de son Assurance Maladie principalement prendra aussi du temps. L'accès aux soins et les choix thérapeutiques sont des notions multidimensionnelles. Notamment pour affronter les défis du vieillissement et des pathologies chroniques croissantes. On ne saurait achever ce très court propos sans évoquer le défi de la prévention. *ESE* consacrera un volet sur ce demeure un défi permanent pour la Sécurité sociale.

■ **Pascal Beau**

Chiffres repères

✔ 12 % du PIB de dépenses courantes de santé, 2ème place au sein de l'OCDE.
✔ 79 % de taux de remboursement moyen des soins par l'Assurance Maladie et un RAC de 7,5 % après intervention des ocam.
✔ 20 % des dépenses médicales sont jugées « inutiles » selon des travaux cités par la HAS.
✔ 15 % *a minima* de gaspillages, redondances, fraudes, mésusages des actes médicaux et produits de santé.
✔ 24 1300 médecins en activité en janvier 2025, dont 42 % en « pur libéral » et 46 % en salariat.
✔ 230 Mds € de dette sociale encore (cumul des déficits non résolus) à apurer d'ici 2033 ! Entre 1996 et 2033, le coût des intérêts de la dette sociale dépassera 100 Mds € *(source : Assemblée nationale)*.
✔ 40 % des communes des 27 États membres de l'UE sont françaises alors que la part de la population n'est que de 15 % du total. Une part de l'explication globale des difficultés ?
✔ 44,7 hôpitaux pour 1 million d'habitants en France contre 35 en Allemagne, 18 en Italie et 16 en Espagne.
✔ 53 spécialités médicales, record d'Europe.
✔ 34% des patients déclare avoir consulté une I.A. générative (Chat GPT, A1 Mistral) pour leur santé. ■

Prochain épisode :
Potitique familiale, une nécessité française.

Les IPA acteurs de prévention en soins primaires

Le nombre d'infirmier/es en pratiques avancée (IPA) ne cesse de croître depuis la création de la formation en 2019. Fin 2024, plus de 3 000 ont obtenu leur diplôme. Et près de 2 000 sont actuellement sur les bancs des universités, selon les chiffres de l'Union Nationale des Infirmier.es en Pratique Avancée (UNIPA). En application de la loi RIST II, un décret publié début 2025 redéfinit les conditions d'accès direct aux IPA, au sein des structures d'exercice coordonné où ils viennent seconder les médecins. Focus sur une profession en plein essor, qui pourrait constituer un levier de prévention, dans un secteur en grand besoin.

Selon un rapport du Sénat de 2022, 30 % des Français vivent dans des territoires sous-denses en offre de soins primaires ; 11 % des jeunes de 17 ans n'ont pas de médecin traitant ; et 1,6 million de personnes renoncent chaque année à des soins. Dans de nombreuses zones rurales ou périurbaines, trouver un praticien dont la file d'attente laisse entrevoir quelques sièges vacants est devenu une préoccupation pour les patients. Cette inégalité d'accès aux soins primaires se répercute sur l'hôpital public, impactant des services d'urgence et de médecine à l'équilibre fragile. La prévalence des maladies chroniques est passée de 14,6 % en 2008 à 17,8 % en 2021, selon la Drees ; faute d'un suivi en amont par manque de praticiens, la prise en charge de ces pathologies survient trop souvent lorsqu'elles décompensent. Certes, l'Assemblée nationale vient de repêcher in extremis la proposition de loi visant à réguler l'installation des médecins — une mesure polémique, encore loin d'aboutir. Mais d'autres solutions restent à explorer, comme le partage de compétences et la délégation de tâches au sein de structures pluridisciplinaires. Les IPA y ont un rôle à jouer, ainsi que le souligne l'Académie de médecine dans un rapport de 2023.

Une nouvelle profession d'appui

La possibilité d'une pratique avancée des professions paramédicales a été reconnue par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Mise en œuvre à partir de 2019, elle est ouverte aux infirmier.es disposant d'une ancienneté de pratique de trois ans. Elle consiste en une formation complémentaire de deux années, de niveau master : la première année propose un enseignement théorique commun ; la seconde implique une spécialisation obligatoire, dans l'une des cinq mentions retenues par le législateur (pathologies chroniques stabilisées ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ; psychiatrie et santé mentale ; urgences). Les IPA peuvent exercer en établissement de santé, en libéral, dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), ou dans des centres de soins spécialisés. Au sein de ces structures, ils bénéficient de compétences élargies, définies par l'article R 4301-3 du Code de la Santé Publique. Pour les patients atteints de pathologies dont ils sont habilités à assurer le suivi, leur champ d'action comprend la réalisation d'examens cliniques et de prélèvements, la prescription d'examens complémentaires, et le renouvellement ou l'adaptation de traitements (sous condition d'une procédure écrite avec le praticien). La Sécurité sociale prévoit jusqu'à quatre séances de soins par an avec l'IPA, pour le suivi et la surveillance de la file active de patients que lui confie le médecin. Ce positionnement en amont de la chaîne de soins favorise la mise en œuvre de stratégies préventives, réduisant les risques de décompensation et agissant sur les hospitalisations évitables, ou les ruptures du parcours de soins.

La prévention, pivot de la pratique avancée

Le cœur de métier des IPA s'inscrit dans une logique de prévention à plusieurs niveaux. D'abord, la prévention primaire, par des actions d'éducation à la santé et de sensibilisation aux comportements à risque (tabac, sédentarité, alimentation, etc.). Ensuite, la prévention secondaire, par le dépistage et le suivi régulier de populations à risque (personnes âgées, patients polypathologiques, etc). Enfin, la prévention tertiaire, par l'accompagnement au long cours de patients atteints de maladies chroniques, pour éviter les aggravations ou les complications.
En France, des expériences pilotes, notamment dans les centres de santé ou les MSP, ont montré que les IPA contribuent à améliorer la coordination des soins et à réduire les délais de prise en charge, tout en renforçant la qualité du suivi. Leur disponibilité, leur approche éducative et leur ancrage territorial favorisent des démarches préventives efficaces.

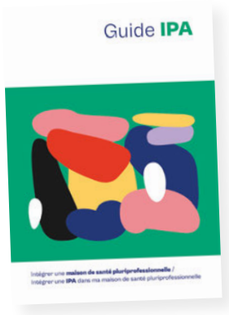
Des coopérations à structurer

Malgré leur potentiel, les IPA en soins primaires évoluent encore dans un environnement incertain. Le cadre réglementaire impose un protocole d'organisation signé avec chaque médecin partenaire, ce qui limite leur autonomie et complexifie leur intégration. Les modes de rémunération restent peu attractifs. Enfin, les représentations professionnelles, tant du côté médical qu'infirmier, freinent parfois les collaborations. La qualité de la coopération dépend fortement du contexte local, de la proximité sociale entre professionnels et de la culture d'équipe. À l'international,

notamment au Royaume-Uni ou au Canada, les IPA ont su s'imposer grâce à des dispositifs structurés, des formations soutenues et une reconnaissance institutionnelle claire. Ces modèles montrent l'importance d'une gouvernance partagée, d'un investissement dans la formation et d'un appui financier durable pour ancrer la pratique avancée dans le quotidien des soins de ville.

Une ressource peu exploitée en médecine de ville

Le décret 2025-55 du 20 janvier 2025 permet désormais un accès direct aux IPA, sans passer par une première consultation avec le médecin généraliste. Ces nouveaux acteurs de santé pourront réaliser un premier entretien et examen clinique, assorti d'éventuels examens complémentaires, afin de rassembler pour le praticien des éléments de diagnostic, tout en initiant un travail de prévention auprès du patient. Loin d'introduire une médecine à deux vitesses, cette innovation organisationnelle ouvre la voie à une coopération renforcée entre



Guide IPA publié par l'UNIPA

professionnels, centrée sur le concept de trajectoire de soins. Les généralistes ont l'habitude de travailler seuls ou en réseau avec les cabinets libéraux ; ce mode de collaboration directe va donc avoir besoin de temps pour s'installer, et l'UNIPA a publié en mars 2025 un « *Guide IPA* », pour faciliter l'implantation de la pratique avancée au sein des MSP. À terme, l'intégration des IPA dans les équipes de médecine de ville pourrait devenir un levier contribuant à un système de santé plus préventif, coordonné et centré sur le patient.attendent - et méritent - de vraies solutions. Les cliniques et hôpitaux privés, partout en Europe, remplissent des missions de service public qui doivent être reconnues et soutenues. Enfin, dans le contexte géopolitique actuel et contre tous les obscurantismes, nous portons plus que jamais, ensemble, les valeurs européennes du soin et la confiance dans le progrès scientifique.

Maxime Forcioli, expert des questions de santé et hospitalière.

La santé ne devrait pas faire débat.

Dans tous les territoires, le Groupe VYV agit pour rendre la santé accessible à tous.

GROUPE vyv

POUR UNE SANTÉ ACCESSIBLE À TOUS

Harmonie mutuelle · mgen · mmg · MNT · vyv 3 · groupe Arcade vyv

SANTÉ ASSURANCES & RETRAITE – SOINS & ACCOMPAGNEMENT – LOGEMENT

MUTUALITÉ MEMBRE DE LA FRANÇAISE Groupe VYV, union mutualiste de groupe soumise aux dispositions du Code de la mutualité, n° Siren 532 661 832, n° LEI 969500E0I6R1LLI4UF62. 03/25 The Good Company