

# Évaluation de rémunérations alternatives à l'acte (Era2)

Rapport (volet 2) du programme d'évaluation Era2  
sur l'expérimentation de Paiement en équipe de professionnels de santé en ville (Peps)  
inscrite dans l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018

## Synthèse

L'expérimentation Peps (Paiement en équipe de professionnels de santé en ville) constitue une première expérience en France de rémunération, non plus à l'activité ou individuelle mais à la capitation, à la fois collective et prospective. Elle se déroule exclusivement au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et de centres de santé (CDS). L'expérimentation a été menée en deux vagues, Peps 1 (2019-2024) et Peps 2 (2025-2026) et nous nous intéressons ici à la première. Dans ce cadre, la rémunération est forfaitisée et appliquée à un nombre de patients inscrits auprès des médecins traitants (MT) des structures expérimentatrices sur une période donnée, indépendamment de l'activité réalisée pour chacun de ces patients.

Cette rémunération avait été initialement pensée comme pluriprofessionnelle, incluant les actes de médecine générale et infirmiers, et pouvant être appliquée à différentes catégories de patientèle (la totalité de la patientèle inscrite « médecin traitant », ou, plus spécifiquement, la patientèle âgée ou diabétique). Cependant, les difficultés rencontrées dans la conception et la mise en œuvre de ces forfaits collectifs et différenciés ont conduit à simplifier le modèle qui n'a finalement concerné que l'activité des médecins généralistes pour leurs patients inscrits « médecin traitant »<sup>1</sup>.

En principe, la mise en place d'un forfait pour l'activité de médecine générale devrait permettre de dépasser les limites de la rémunération à l'activité en améliorant la pertinence et la qualité des actes délivrés ; elle devrait également favoriser le transfert d'activité des médecins à d'autres professionnels. Un paiement par capitation annualisée devrait également donner plus de visibilité sur les ressources perçues par patient et, partant, faciliter la planification des activités et projets de soins.

En revanche, le passage du paiement à l'acte à la capitation opère un transfert des risques financiers de l'Assurance maladie vers les structures, lié aux différences de volume de soins requis par chaque patient. En l'absence de mécanismes d'ajustement suffisants des forfaits aux caractéristiques de la patientèle, les professionnels peuvent être incités à sélectionner les patients les moins complexes. Un risque d'externalisation vers d'autres professionnels de santé, toujours rémunérés à l'acte, est également à prendre en compte, en particulier si ceux-ci sont également des médecins.

L'objectif de cette évaluation est de mesurer les impacts de Peps tels que mis en œuvre au cours de la vague 1, sur le volume et la nature de l'activité, la qualité et la pertinence des soins délivrés au sein des structures expérimentatrices, ou encore les parcours-recours des patients. Pour cela, nous avons conduit des analyses d'évolution comparatives, selon une méthodologie quasi expérimentale, entre des structures Peps dites « cas », et des structures « témoins », et entre leurs patientèles inscrites « médecin traitant » respectives.

Le champ de cette évaluation, pour des raisons méthodologiques précisées dans le corps du rapport, porte sur 11 CDS parmi les 16 CDS et 2 MSP ayant participé à l'expérimentation Peps 1. L'analyse se limite aux effets sur l'activité dite « nomenclaturée », c'est-à-dire l'activité remboursée par l'Assurance maladie dans le cadre du droit commun (consultations,

<sup>1</sup> Hormis pour certaines structures dans lesquelles les actes des infirmières salariées ont été intégrés à la rémunération mais représentaient moins de 0,5 % de la rémunération totale.

visites, actes techniques, etc.), qui a donné lieu à des remontées d'information spécifiques, celle-ci n'étant plus utilisée pour la rémunération des CDS.

L'arrêt de l'utilisation de la carte Vitale dans le cadre de l'expérimentation à partir de 2021 a pu porter préjudice à la qualité des données de recours, comme en témoigne l'absence de remontée pour deux structures en 2023 (exclues pour cette raison des analyses d'impact). Des mécanismes de modulation des forfaits Peps à l'activité constatée et au taux de fidélisation (part des actes réalisés dans la structure par rapport à l'ensemble des actes réalisés, y compris à l'extérieur) ont pu favoriser un bon renseignement de l'activité, mais ces derniers étaient peu contraignants<sup>2</sup>.

Aussi, cette évaluation ne traite pas d'autres formes d'activité qui ont pu se développer dans les structures expérimentatrices, en lien avec le passage à la capitation, et dites « hors nomenclature », mais qui ont pu faire l'objet de remontées d'information. En effet, il est d'une part impossible d'établir des comparaisons avec la période avant l'expérimentation pour les expérimentateurs ou encore avec le groupe témoin et, d'autre part, parce que les données remontées par l'Assurance maladie auprès des expérimentateurs souffrent de défauts d'exhaustivité et de robustesse sur ce champ « hors nomenclature ».

La principale limite de cette évaluation d'impact concerne sa validité externe, compte tenu de sa mise en œuvre qui n'a concerné qu'un faible nombre de structures expérimentatrices, avec 16 CDS et 2 MSP. Le faible nombre d'expérimentateurs invite à une prudence accrue concernant l'interprétation des non-résultats ou résultats non significatifs, qui ne sauraient être interprétés comme une preuve d'absence d'effet, mais plutôt comme une absence de preuve.

L'analyse des impacts du changement de mode de rémunération permet de mettre en évidence plusieurs types d'évolution. En particulier, les CDS « cas » et « témoins » de notre étude se distinguaient initialement par l'importance, dans les deux groupes, de la patientèle non-médecin traitant dans leur file active. La taille de la patientèle médecin généraliste – médecin traitant (MG-MT) des CDS Peps a augmenté significativement plus rapidement que dans les CDS témoins, à la suite de la mise en œuvre de l'expérimentation.

Cette augmentation a été rendue possible, à offre de travail quasi constante (sauf pour la dernière année 2023 avec une augmentation significative d'un équivalent temps plein (ETP) supplémentaire en médecine générale), par une concentration des CDS sur l'activité auprès des patients MG-MT, qui a quant à elle, pour corollaire, une réduction de la part des actes dédiés aux patients non-MT de la file active. Les analyses portant sur des transferts d'activité en interne, ou une externalisation de celle-ci (vers des médecins généralistes ou spécialistes, ou infirmières diplômées d'État hors-structure), n'ont révélé aucune différence significative d'évolution après le début de l'expérimentation.

Cette augmentation s'accompagne d'un *turnover* croissant de patients. Une part non négligeable des nouveaux patients MT n'était pas dans la file active de la structure l'année précédente, et disposait pour la plupart déjà d'un médecin traitant en dehors des CDS.

Cette augmentation du nombre de patients inscrits MT ne s'accompagne pas de mécanismes significatifs de sélection de certains profils de patients, tels que mesurés à partir d'un ensemble restreint de variables (atteints d'une affection de longue durée (ALD), ou

---

<sup>2</sup> À cet égard, le constat de l'absence de réduction significative de ces recours, conforte probablement la robustesse de ce résultat dans la mesure où c'est bien la sous-déclaration des recours qui serait à craindre.

bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), etc.). Ce résultat est à rapprocher des mécanismes d'ajustement des forfaits par tête qui visaient à les en prémunir.

Cette augmentation du nombre de patients inscrits MT ne s'accompagne pas non plus d'une évolution différente en matière de qualité et de pertinence des soins, de dépistage, de prévention et de suivi des patients souffrant de maladies chroniques, pour les patients inscrits MT dans ces centres de santé avant l'expérimentation.

L'augmentation de la patientèle MT, sans augmentation de l'activité totale, s'est traduite par une augmentation des ressources, à rapprocher des modalités de calcul du forfait, car aucune autre modification de l'activité ne semble expliquer cette hausse des ressources.

